

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- ไขแสง โปธิโกสม (2540) *การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาล ภาควิชาการบริบาล การศึกษาพยาบาลและบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์*
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศรีวัฒน์ชัยพร (2548) *แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล นนทบุรี โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมชนก*
- จรรยา น้อย่าง (2543) “การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเสนา” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา*
- จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) *เครื่องชี้วัดคุณภาพ โรงพยาบาล นนทบุรี สถาบันพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)*
- ณภัทร ธนะพุดินาท (2549) “ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพ การบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล หัวเฉียว” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบ สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และคณะ (2546) *การรับรู้บทบาทของพยาบาลผู้วางแผนจำหน่าย งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช*
- ธานีทร์ ศิลป์จารุ (2548) *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร วิ.อินเตอร์ พรินท์*
- นุสรรา สุขศิริ (2544) “ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาล ระยอง” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ พยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา*
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2550) “บันทึกทางการพยาบาล” (เอกสารวิชาการ) *สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2549) *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร จามจุรีโปรดักท์*

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2545) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2*
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประกาย จิโรจน์กุล (2548) *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ* นนทบุรี
โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมชนก
- ประคอง อินสอน (2548) “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน
ในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์” รายงานการศึกษาอิสระ
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ผ่องพรรณ อรุณแสง และมยุรี ลีทองอิน (2538) *การพยาบาลพื้นฐาน: การใช้กระบวนการ
พยาบาลเป็นหลัก* พิมพ์ครั้งที่ 3 ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- พรศิริ พันธสี (2553) *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*
พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร พิมพ์อักษร
- พานทิพย์ ร่มโพธิ์ตาล (2551) “การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
สถาบันราชประชาสมาสัย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมธราช
- พนิดา เขตอริกุล (2549) “การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา” รายงานการศึกษาอิสระ
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- นางสาวพัทธ์ริญา แก้วแพง (2549) “การพยาบาลด้านศัลยกรรม” (เอกสารวิชาการ) อาจารย์คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
- พรศิริ พันธสี, รัชณี นามจันทร์ และอรพินท์ สีขาว (2548) *การพัฒนารูปแบบการบันทึกทาง
การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ* กรุงเทพมหานคร
โรงพยาบาลหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- พลสุข หิงคานนท์ (2548) *เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องกระบวนการพยาบาล
และการบันทึกการพยาบาล* จัดโดย โรงพยาบาลหนองบุญมาก วันที่ 22 สิงหาคม
2548 โรงพยาบาลหนองบุญมาก

- พรชนก ชันชรุ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลกับคุณภาพการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ฟารีดา อิบราฮิม (2546) *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร สามเจริญพานิชย์
- ฟารีดา อิบราฮิม และคณะ (2541) *กระบวนการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล
- มาริษา สมบัติบุรณ์ (2545) *การศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อบันทึกทางการพยาบาล* ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
- ยูวดี เกตสัมพันธ์ (2550) “กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล” กรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- เขาวเรศ คุณแก้ว (2551) “การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีนจังหวัดขอนแก่น” รายงานการศึกษาดุษฎีปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (2551) “ความรู้และการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ” *วารสารพยาบาลสาร* 35, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม): 9
- ลินดา การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล เล่ม 1 แปลจาก Nursing Care Plans & Documentation Nursing Diagnosis and Collaborative Problems โดย วรณี ตปนียากร และคณะ (2552) กรุงเทพมหานคร ไอกรูปเพรส
- วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล (2549) “สถิติไม่อิงพารามิเตอร์” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน้าที่ 10 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และวรรณภา อัสวชัยสุวิกรม (2549) “เครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 1* หน้าที่ 5 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วัชชรีภรณ์ รัตสาร (2543) “ประสิทธิผลของการบันทึกโดยใช้แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุรินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- วิพร เสนารักษ์ (2548) *การวินิจฉัยการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 8* ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์
ศิริพร ชัมภลิจิต (2548) “บันทึกทางการพยาบาล: ความสำคัญ และปัญหา” ปทุมธานี
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (2553) *แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครราชสีมาปีงบประมาณ 2553* นครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นครราชสีมา
- สุปราณี เสนาดิษฐ์ และวรรณภา ประไพพานิช (2551) *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการ
ปฏิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 12* กรุงเทพมหานคร โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
สำนักงานการพยาบาล (2551) *ยุทธศาสตร์การบริการการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555*
กรุงเทพมหานคร สามเจริญพานิชย์
- สุพิศ กิตติรัชดา (2551) *คู่มือประเมินสมรรถนะและผลการปฏิบัติงาน* กรุงเทพมหานคร
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ
- สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2551)
แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน นนทบุรี สถาบัน
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2548) *การดูแลรักษาผู้สูงอายุ
แบบสหสาขาวิชา* กรุงเทพมหานคร ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ถิมอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ (2548) *กระบวนการพยาบาล
ทฤษฎีและการนำไปใช้ พิมพ์ครั้งที่ 15* ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์
- สภาการพยาบาล (2548) “มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิและ
ระดับตติยภูมิ” ประกาศ ณ วันที่ 14 กันยายน 2548
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2547) การ
ตรวจสอบคุณภาพ การให้รหัสโรคและเวชระเบียน พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.)
- สุวิภา ร่วมโพธิ์ชี และคณะ (2546) “การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อเตรียมรับการ
ตรวจสอบคุณภาพ” รายงานประกอบการศึกษาวิชาสัมมนาการบริหารจัดการทาง
คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) *กระบวนการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 4*
กรุงเทพมหานคร โครงการสวัสดิการ สบช.

- สายสมร พลซื่อ และ คณะ (2541) “ผลของการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพและการรับรู้คุณค่าในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ” *วารสารวิจัยทางการพยาบาล* 14, 1 (มกราคม-มีนาคม): 46-50
- อารี ทงทิพย์ (2550) “การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- อารี ชิวเกษมสุข (2534) “การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา” วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อารี ชิวเกษมสุข (2548) *การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์*
- อารี ชิวเกษมสุข (2551) *กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*
- Briggs and Dean (2010). “A qualitative analysis of the nursing Retrieved February 14, 2010, from <http://www3.interscience.wiley.com>
- Brian. (2007). “Changing roles of hospital/clinic committees, physician nurse informaticians to implement and sustain the clinical information technologies.” Siemens Medical Solution. Retrieved March 30, 2007, from <http://www.amia.org>
- _____. (2007). “Report of a statewide survey of nurses on issues with nursing documentation of patient care.” Siemens Medical Solution. Retrieved March 3, 2007, from <http://www.amia.org>
- Carina et al. (2006). “Nursing assessment documentation and care of hip fracture patient’s skin.” *Journal of Orthopaedic*. 11:4-14. Retrieved February 14, 2009, from <http://www.elsevierhealth.com>
- Cheevakasemsook, Aree. (2005). “Facilitating Change: The Development of an Effective Nursing Documentation System in A Medical-Surgical Ward in Thailand.” A thesis submitted in total fulfillment of the requirement of the degree of Doctor of Philosophy. Charles Sturt University. NSW Australia.

- _____. (2006). "The study of nursing documentation complexities." *International Journal of nursing Practice*. 12: 366-374.
- College of Registered Nurses of British Columbia. (2007). "Nursing Documentation." The CRNBC website. Retrieved March 15, 2007, from <http://www.crnbc.ca/NursingPractice/Requirement>
- Crisp and Taylor. (2005). *Fundamental of nursing Edition 2*. Elsevier Australia, Marrickville.
- Ruth and Constance (2002). *Fundamental of Nursing: human health and Function*. Philadelphia:Lippincott -Raven Publishers.
- Dawn. (1998). "Improving Nursing Documentation in a Computer-based Inpatient Hospital Setting." OJNI. Retrieved March 30, 2007, from <http://dawngapko.net>
- Donabedian. (1988). "The Quality of Care: How Can It Be Assessed." *The Journal of The American Medication Assosiation*. 260, 12: 1743-1748.
- Elske et al. (2007). "Effects of a Computer-based Nursing Documentation System on the Quality of Nursing." *Journal of Medical Systems*. 31, 4 (August): 274-282.
- Ehnfors and Smedby. (1993). "Nursing care as Documented in patient records" *Scandinavian Journal of caring sciences*. 7, 4: 209.
- Febe et al. (2006). "In search of details of patient teaching in nursing documentation – ananalysis of patient records in a medical ward in Sweden." *Journal of clinical Nursing*. 5, 12 (December): 1550-1558.
- Gordon. (1993). *Nursing Diagnosis Process and Application*. The United of America: Clarinda.
- Gun and Gardulf (1995). "Nursing Documentation in Patient Records." *Inter Science*. 1: 27-33. Retrieved February 14, 2010, from <http://www3.interscience.wiley.com>
- Gunningberg et al. (2004). "Accuracy and Quality in the Nursing Documentation of Pressure Ulcer: A Comparision of Record Content and Patient Examination." *Journal of Wound, Ostomy and Continance Nursing*. 6: 328-335. Retrieved February 14, 2009, from <http://Journals.lww.com>

- Gugety, Brian et al. (2007). *Challenges and Opportunities in Documentation of the Nursing Care of patient*. A Report of the Maryland Nursing Workforce Commission, Documentation Work Group.
- Merete. (2007). "Nursing care documentation and information technology in nursing homes. Will structure and content of nursing care documentation change when electronic charting is implementrd?" Section of Nursing Sciences, University of Bergen.
- Maria et al. (2007). "Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursingdiagnosis, Intervention, and Implementation Study." *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 18, 8 (April): 5-17.
- Stokke and Kalfoos. (1999). "Structure and content in Norwegian nursing care documentation" *Scandinavian Journal of caring sciences*. 13, 1: 18-25.
- Vanessa and Maria D'Innocenzo. (2009). "Evaluation of the quality of nursing documentation though the review of patient medical revord." *Acta Paul Enferm*. 22, 3: 313-7.
- Williams and Wilkins. (2002). *Charting Made Incredibly Easy*. The United States of America: Judith A. Schiling McCann, RN, MSN.
- _____. (2003). *Better Documentation*. The United States of America: Judith A. Schiling McCann, RN, MSN.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ดร. รัชนี นามจันทร์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. อาจารย์นิษฐิตา สีนะขุนางกูร อคิศจังหวัดการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
จ๊กกรัรัช
4. นางจรรุญ จันทรหอม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลสีคิ้ว
5. นางพนิดา เขตอริยกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลขามสะแกแสง

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

จ.บางพลี อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirath Open University Bangpood, Pakkred,
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่..... 53

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลปึกธงชัย
เลขที่โครงการ/รหัส ID 2485100669
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางฤดี ฉ่ำสูงเนิน
ที่ทำงาน โรงพยาบาลปึกธงชัย อ.ปึกธงชัย จ.นครราชสีมา

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงกานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง.....

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างหนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย



ที่ ศธ 0522.26/18๕๖

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๕ กันยายน 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์นิษฐิศา ดินะขุนนางกูร

ด้วยนาง ฤดี ฉ่ำสูงเนิน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลปึกธงชัย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบ
เครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ
ในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติติวิทยานันท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-2503-2620

โทรสาร 0-2504-8096

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลปักษ์ชัย

- คำชี้แจง** แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่
- ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล จำนวน 29 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก จำนวน 15 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

- คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้คู่มือสำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เป็นเกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนน

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก 1	ไม่บันทึก 0
1. การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
1.1 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย		
1.2 มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกายและ/หรือจากบันทึกของทีมสุขภาพและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
1.3 มีบันทึกอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการก่อนมาโรงพยาบาล		
1.4 มีบันทึกระยะเวลาที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน		
1.5 มีบันทึกลักษณะของความเจ็บป่วยในปัจจุบัน		
1.6 มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย และ/หรือวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติก่อนมาโรงพยาบาล		
1.7 มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และ/หรือการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ต้องเข้าโรงพยาบาล		
1.8 มีบันทึกประวัติการแพ้ยา/อาหารหรือสารอื่น ๆ		

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก 1	ไม่บันทึก 0
1.9 มีบันทึกประวัติโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือ โรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว		
1.10 มีบันทึกอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
1.11 มีบันทึกอาการและอาการแสดงทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยที่สังเกตและ/หรือ ประเมินได้เมื่อแรกรับ		
1.12 มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย/ญาติ เพื่อการวางแผนการจำหน่าย		
2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย		
2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกายได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
2.2 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณ ได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
2.3 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนการจำหน่ายได้อย่างถูกต้องตามรูปแบบการกำหนดปัญหาหรือการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
3. การวางแผนการพยาบาล		
3.1 มีบันทึกลำดับความสำคัญของปัญหา หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
3.2 มีบันทึกเป้าหมายหรือเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล		
3.3 มีบันทึกที่แสดงถึงแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย		
3.4 มีบันทึกแผนกิจกรรมการพยาบาล โดยครอบคลุมบทบาท 4 มิติของพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย		
3.5 มีบันทึกที่แสดงถึงแผนของกิจกรรมการพยาบาลของข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่าย		
3.6 มีการบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วย		

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก 1	ไม่บันทึก 0
4.การปฏิบัติการพยาบาล		
4.1 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด		
4.2 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด		
4.3 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด		
5. การประเมินผลการพยาบาล		
5.1 มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้		
5.2 มีบันทึกการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้		
5.3 มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้		
6. สรุปการจำหน่าย		
6.1 มีบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วยโดยระบุสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยและปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องก่อนจำหน่าย		
6.2 มีบันทึกการให้คำแนะนำหรือทบทวนคำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนการจำหน่ายที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย		

ส่วนที่ 2 แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึก
ทางการพยาบาล โดยใช้คู่มือสำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทาง
การพยาบาลเป็นเกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนน

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ	
	บันทึก 1	ไม่บันทึก 0
1. มีบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
2. มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
3. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลที่สนองความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง		
4. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุก		
5. มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง		
6. มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยถูกต้องตามความเป็นจริงทุกครั้ง		
7. มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้งตามความเหมาะสมของสถานการณ์		
8. มีบันทึกคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง		
9. มีบันทึกด้วยข้อความที่อ่านได้ง่ายทุกข้อความ		
10. มีบันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ		
11. มีบันทึกที่ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลทุกครั้ง		
12. มีการลงชื่อและตำแหน่ง ของผู้บันทึกด้วยตัวบรรจงที่อ่านง่ายภายหลังบันทึก		
13. มีบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน สีดำหรือตามที่นโยบายโรงพยาบาลกำหนดทุกครั้ง		
14. มีการขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิดแล้วลงชื่อกำกับเมื่อเขียนผิดทุกครั้ง		
15. มีการขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือไว้เพื่อป้องกันการต่อเติมข้อความภายหลังทุกครั้ง		

ส่วนที่ 3 แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริงที่ได้จากการตรวจสอบแบบบันทึก
ทางการพยาบาล โดยใช้คู่มือสำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทาง
การพยาบาลเป็นเกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนน

ข้อคำถาม	ผลการตรวจสอบ			
	3	2	1	0
1. การประเมินผู้ป่วย				
1.1 มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วยและบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมง				
1.2 มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย				
2. การวินิจฉัยการพยาบาล/การกำหนดปัญหา				
2.1 มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันต่อมาในแบบบันทึกแผนการพยาบาล				
3. การวางแผนการพยาบาล				
3.1 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องของกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล				
3.2 มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป				
4. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล				
4.1 มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวร				
5. การประเมินการพยาบาล				
5.1 มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาล				
5.2 มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่องกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขหรืออาการเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล				

คู่มือสำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

คู่มือสำหรับวิเคราะห์การตรวจสอบแบบบันทึกทางการแพทย์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. คู่มือวิเคราะห์ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล
2. คู่มือวิเคราะห์ความถูกต้องตามหลักการบันทึก
3. คู่มือวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการบันทึก

1. แบบตรวจสอบความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	
ขั้นตอนของกระบวนการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น จะถือว่า " มีการบันทึก " และได้คะแนน = 1 จะต้องมีการละเอียดดังนี้	
ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>1. การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ</p> <p>1. มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น กิจกรรมประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย (ยกเว้นกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และไม่มีญาติ)</p>	<p>- 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ หอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม</p>
<p>2. มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย และ/หรือจากบันทึกของทีมสุขภาพและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีการสังเกต และ/หรือตรวจร่างกายของผู้ป่วยเช่น สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ชันชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>	<p>- ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ หายใจหอบเหนื่อย นอนกระสับกระส่าย</p> <p>T = 37.8⁰C. P = 120/min</p> <p>R = 32/min BP = 100/60 mmHg.</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>3. มีบันทึกอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการก่อนมาโรงพยาบาล (แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง)</p> <p>: บันทึกเหตุการณ์เข้ารับการรักษา หรืออาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลพร้อมระยะเวลาที่เกิดอาการนั้นๆ ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล</p>	<p>- 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ หอบเหนื่อยหายใจไม่อึด</p>
<p>4. มีบันทึกระยะเวลาที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง)</p> <p>: มีการบันทึกระยะเวลาที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยในปัจจุบัน</p>	<p>- 1 ปีก่อนแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคถุงลมโป่งพอง</p> <p>- 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวกไปรักษาที่โรงพยาบาลแพทย์ให้ยากลับมารับประทานและรักษาตัวต่อที่บ้าน</p>
<p>5. มีบันทึกลักษณะของความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง)</p> <p>: มีการบันทึกรายละเอียดของอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยในปัจจุบัน</p>	<p>- 1 ปีก่อนแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคถุงลมโป่งพอง</p> <p>- 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวกไปรักษาที่โรงพยาบาลแพทย์ให้ยากลับมารับประทานและรักษาตัวต่อที่บ้าน</p>
<p>6. มีบันทึกระยะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย และ/หรือวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติก่อนมาโรงพยาบาล (แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง)</p> <p>: มีการบันทึกระยะเวลาที่มีอาการและอาการแสดง รวมถึงการบันทึกรายละเอียดของการแก้ไขอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล</p>	<p>- 1 ปีก่อนแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคถุงลมโป่งพอง</p> <p>- 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวกไปรักษาที่โรงพยาบาลให้ยากลับมารับประทานและรักษาตัวต่อที่บ้านแต่อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล</p>
<p>7. มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และ/หรือการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ต้องเข้าโรงพยาบาล (แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง)</p> <p>: มีการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีตที่ครอบคลุมถึงการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ได้รับ มีอาการอย่างไร เคยรับการรักษาที่ไหน ผลการรักษาเป็นอย่างไร</p>	<p>- ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานไปรักษาที่โรงพยาบาลนาน 2 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาแต่ไม่สม่ำเสมอ ไม่มีประวัติการผ่าตัดหรือเคยประสบอุบัติเหตุร้ายแรงใด ๆ</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>8. มีบันทึกประวัติการแพ้ยา/อาหารหรือสารอื่น ๆ (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกอาการแพ้ต่างๆที่เกิดจากการใช้ยา อาหาร และอื่น ๆ เช่น ผื่นละอองจากการสีข้าว เกสรดอกไม้ เป็นต้น</p>	<p>- ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา แต่แพ้อาหารทะเล รับประทานแล้วมีผื่นขึ้นตามตัวและมีอาการ หอบเหนื่อย</p>
<p>9. มีบันทึกประวัติโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของครอบครัว ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย</p>	<p>- มารดาเป็นโรคเบาหวาน ส่วนญาติพี่น้องคนอื่น ๆ ไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรม หรือโรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ</p>
<p>10. มีบันทึกอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ที่สังเกตและ/หรือประเมินได้เมื่อแรกรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>- แรกรับมีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก $T = 37.8^{\circ} C$. $P = 120/min$ $R = 32/min$ $BP = 100/60$ mmHg.</p>
<p>11. มีบันทึกอาการและอาการแสดงทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยที่สังเกตและ/หรือประเมินได้เมื่อแรกรับ (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ของผู้ป่วยที่สังเกตและ/หรือประเมินได้เมื่อแรกรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>- แรกรับผู้ป่วยมีสีหน้าไม่แจ่มใสบอกว่าวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล</p>
<p>12. มีบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความสามารถ และข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย/ญาติ เพื่อการวางแผนการจำหน่าย (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ และแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการบันทึกการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย/ญาติ เพื่อวางแผนการจำหน่าย</p>	<p>- ผู้ป่วยไม่สามารถพ่นยาแก้อาการหอบเหนื่อยได้ด้วยตนเอง</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>13. มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกาย ได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ)</p> <p>: มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกาย ในรูปของปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>- เสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจเนื่องจากมีเสมหะมากและไอไม่มีประสิทธิภาพ</p>
<p>14. มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณได้ถูกต้องตามรูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย ด้านจิตใจในรูปของปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>- วิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากไม่มีเงินค่ารักษาเพียงพอ</p>
<p>15. มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนการจำหน่ายได้อย่างถูกต้องตามรูปแบบการกำหนดปัญหา หรือการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (แบบบันทึกแผนการพยาบาล และแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อการวางแผนการจำหน่ายได้ถูกต้องครบถ้วนตามความต้องการของผู้ป่วยในรูปแบบการกำหนดปัญหาหรือการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือปัญหาสุขภาพ+เนื่องจาก+ สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>- ไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อมีความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้และทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้อง</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>3. การวางแผนการพยาบาล</p> <p>16. มีบันทึกลำดับความสำคัญของปัญหา หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาผู้ป่วย หรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนการพยาบาล</p>	<p>1. การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง เนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ</p> <p>2. วิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากไม่มีเงินค่ารักษาเพียงพอ</p>
<p>17. มีบันทึกเป้าหมายหรือเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกเป้าหมายหรือเกณฑ์การประเมินผลเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง เนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ <p>เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง หายใจสะดวก <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยบอกว่าหายใจสะดวกและไม่มีอาการหายใจลำบาก - ปราศจากเสียงเสมหะตลอดทางเดินหายใจ - ระดับของออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมขณะกระทำกิจกรรมต่างๆ - ไม่มีอาการอ่อนเพลีย มึนงง สับสน หรือง่วงนอน - สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
<p>18. มีบันทึกที่แสดงถึงแผนกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกหรือมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงแผนกิจกรรมการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยทุกข้อ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>: เสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจเนื่องจากเสมหะมากและไอไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>แผนกิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.สอนการไออย่างถูกวิธีและให้ผู้ป่วยแสดงการไออย่างถูกวิธีให้ดู 2.แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 8-10 แก้ว/วัน

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>19. มีบันทึกแผนกิจกรรมการพยาบาล โดยครอบคลุม บทบาท 4 มิติของพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยครอบคลุม บทบาท 4 มิติของพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจาก เสมหะมากและไอไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>แผนกิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตและประเมินอาการหอบเหนื่อยทุกเวร 2. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 8-10 แก้ว/วัน 3. สอนและสาธิตการไออย่างถูกวิธีเมื่อผู้ป่วยทำไม่ได้ 4. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา 5. สอนและสาธิตเกี่ยวกับการพ่นยาขยายหลอดลม 6. เผื่อระวังและสังเกตอาการข้างเคียงของยาขยายหลอดลมที่ผู้ป่วยได้รับ 7. สอนผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการขาดออกซิเจน
<p>20. มีบันทึกที่แสดงถึงแผนของกิจกรรมการพยาบาลของข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่าย (แบบบันทึกแผนการพยาบาล และแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการบันทึกที่แสดงให้เห็นถึงแผนกิจกรรมการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่าย</p> <p>21. มีการบันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วย (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกแสดงถึงการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามปัญหาและข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกแผนการพยาบาล</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล - ไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมที่ถูกต้อง</p> <p>แผนกิจกรรมการพยาบาล - สอนและสาธิตวิธีการพ่นยาขยายหลอดลมเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม</p> <p>แผนกิจกรรมการพยาบาล - สอนและสาธิตวิธีการพ่นยาขยายหลอดลมเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม</p> <p>-เพิ่มเติมให้คำแนะนำและสอนเกี่ยวกับการออกกำลังกายตามความสามารถของผู้ป่วยเมื่อพยาบาลเห็นผู้ป่วยมีอาการหอบลดลง</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>4.การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>22. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด (แบบบันทึกการพยาบาล) : มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง - สังเกตและประเมินอาการหอบเหนื่อย <p>ทุกเวร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย - เฝ้ารวังและสังเกตอาการข้างเคียงของยาขยายหลอดลมที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังได้รับยาทุกครั้ง - สอนและสาธิตเกี่ยวกับการพ่นยาขยายหลอดลมเมื่อผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบลดลง
<p>23. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด (แบบบันทึกการพยาบาล) : มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณ</p> <p>24. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนด (แบบบันทึกการพยาบาลและแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย) : มีการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่าย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลฟรีเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจการใช้บัตรประกันสุขภาพ - เตรียมผู้ป่วย สอนและสาธิตเกี่ยวกับการพ่นยาขยายหลอดลม

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>5. การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>25. มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้ (แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์หรือ พฤติกรรมของผู้ป่วยด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>- ปล่อยให้ออกซิเจนบำบัดและยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา จัดทำให้ออนสิริระสูงต่อมาชั่วโมงผู้ป่วยบอกว่าหายใจสะดวกไม่มีเสียงเสมหะในทางเดินหายใจ</p>
<p>26. มีบันทึกการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้ (แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์หรือ พฤติกรรมของผู้ป่วยด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>- ภายหลังอธิบายการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลฟรีผู้ป่วยมีหน้าตาสดชื่นบอกว่าสบายใจขึ้น</p>
<p>27. มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผลตามที่กำหนดไว้ (แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และแบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์หรือ พฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเข้าใจและปฏิบัติได้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>- ไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อมีอาการ หอบเหนื่อยเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมที่ถูกต้อง</p> <p>เป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>- ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมที่ถูกต้อง</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>- ผู้ป่วยสามารถพ่นยาขยายหลอดลมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องภายหลังได้รับการสอนและสาธิตเกี่ยวกับการพ่นยาขยายหลอดลม</p>

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>6. สรุปการจำหน่าย</p> <p>28. มีบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วยโดยระบุสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยและปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องก่อนจำหน่าย (แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและแบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่แสดงว่าอาการทุเลาขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย</p>	<p>ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการ หอบเหนื่อย กลางคืนนอนหลับได้ 5 ชั่วโมง</p> <p>T = 37.5⁰ C P = 88/min R = 22/min</p> <p>BP = 120/80 mmHg.</p>
<p>29. มีบันทึกการให้คำแนะนำหรือทบทวนคำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนการจำหน่ายที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย (แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและแบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำแนะนำหรือทบทวนคำแนะนำที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยและ/ หรือญาติเกี่ยวกับยา การปฏิบัติตนและ/หรือการมาพบแพทย์ตามนัด โดยสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย</p>	<p>-การให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการออกดูแลสังเกตการหายใจ/อาการหอบที่ควรมาพบแพทย์ 2. แนะนำผู้ป่วยให้ศึกษาและลดสิ่งกระตุ้นความเครียด และความวิตกกังวล 3. แนะนำการรับประทานยาและการฟื้นฟูขยายหลอดลม 4. แนะนำผู้ป่วยระวังการใช้ยาต่างๆที่มีผลต่อการหายใจ 5. แนะนำญาติในการให้กำลังใจผู้ป่วย 6. แนะนำการมาพบแพทย์ตามนัด <p>วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2551 เวลา 9.00 น.</p>

รายการตรวจสอบและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>2. แบบตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบันทึก</p> <p>ขั้นตอนของกระบวนการการบันทึกที่ปรากฏในแบบบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้นจะถือว่า " มีการบันทึก " และได้คะแนน = 1 จะต้องมียาละเอียดดังนี้</p>	
<p>1. มีบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง (แบบประเมินผู้ป่วยแรก รับ แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักการประเมินภาวะสุขภาพเช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย</p>	<p>- หายใจหอบเหนื่อย R= 32 /min P= 104 /min BP = 110/80 mmHg</p>
<p>2. มีบันทึกการวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่ประเมินหรือรวบรวมได้อย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง (แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุนที่รวบรวมได้</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>: เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากเสมหะมากและไอไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>S: ผู้ป่วยบอกรายใจไม่สะดวกมีเสมหะเหนียวในลำคอ</p> <p>O: จากการสังเกตผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย</p> <p>T= 37.5⁰ C P = 100/min R = 36/min BP = 120/80 mmHg</p> <p>- ฟังปอดมีเสียง Rhochi</p>
<p>3. มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลที่สนองความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลทุกครั้ง (แบบบันทึกแผนการพยาบาล)</p> <p>: มีบันทึกการวางแผนการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางการแพทย์</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>: เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากเสมหะมากและไอไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>การวางแผนการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตและประเมินอาการหอบเหนื่อยทุกแวน 2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 8-10 แก้ว/วัน 3. สอนและสาธิตการไออย่างถูกวิธีเมื่อผู้ป่วยทำไม่ได้ 4. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตาม

รายการตรวจสอบและความหมาย	ตัวอย่าง
	<p>แผนการรักษา</p> <p>5. สอนและสาธิตเกี่ยวกับการพ่นยาขยายหลอดลม</p> <p>6. เฝ้าระวังและสังเกตอาการข้างเคียงของยาขยายหลอดลมที่ผู้ป่วยได้รับ</p> <p>7. สอนผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการขาดออกซิเจน</p>
<p>4. มีบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง (แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาที่มี</p>	<p>- มีอาการหายใจหอบเหนื่อย</p> <p>T= 37.5⁰ C P = 100/min R = 36/min</p> <p>BP = 120/80 mmHg</p> <p>จัดให้ออนท่าศีรษะสูงและให้ออกซิเจนในขนาดต่ำตามแผนการรักษา</p>
<p>5: มีบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการพยาบาลและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทุกครั้ง (แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีการบันทึกข้อความที่แสดงถึงผลลัพธ์หรือ พฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังจากการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาที่มี</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>: เสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจเนื่องจากเสมหะมากและไอ ไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>การประเมินการปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>- หลังจากให้ออกซิเจนบำบัดและขยายขยายหลอดลมตามแผนการรักษารวมถึงจัดทำให้นอนศีรษะสูง ดูแลความสบายทั่วไปผู้ป่วยบอกว่าหายใจสะดวกไม่มีเสียงเสมหะในทางเดินหายใจ</p>
<p>6. มีบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยถูกต้องตามความเป็นจริงทุกครั้ง (แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีบันทึกวันและเวลาจริงที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง ตามความเป็นจริง</p>	<p>- วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2551 เวลา 15.00 น.</p> <p>สอนและสาธิตเกี่ยวกับการพ่นยาขยายหลอดลมด้วยตนเองแก่ผู้ป่วย</p>

รายการตรวจสอบและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>7. มีบันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาล และ/หรือการรักษาทุกครั้งตามความเหมาะสมของสถานการณ์ (แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>: มีบันทึกสภาพของผู้ป่วยที่สังเกต สัมภาษณ์ และ/หรือตรวจร่างกายก่อนและหลังการให้การพยาบาลและ/หรือการรักษา</p>	<p>- มีอาการหายใจหอบเหนื่อย</p> <p>T= 37.5⁰ C P = 100/min R = 36/min</p> <p>BP = 120/80 mmHg</p> <p>จัดให้นอนท่าศีรษะสูงและให้ออกซิเจนในขนาดต่ำตามแผนการรักษาหลังจากให้ออกซิเจนบำบัดและยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา รวมถึงจัดทำให้นอนศีรษะสูง ดูแลความสะอาดทั่ว ไปผู้ป่วยบอกว่าหายใจสะดวก ไม่มีเสียงเสมหะในทางเดินหายใจ T= 37.5⁰ C. P = 96/min</p> <p>R = 29/min BP = 120/80 mmHg</p>
<p>8. มีบันทึกคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีบันทึกข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยด้วยคำพูดของผู้ป่วย</p>	<p>- ผู้ป่วยบอกว่าเจ็บป่วยครั้งนี้เพราะผลกรรมที่ทำในอดีต</p>
<p>9. มีบันทึกด้วยข้อความที่อ่านได้ง่ายทุกข้อความ (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและแบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีบันทึกด้วยลายมือที่ผู้อ่านสามารถอ่านได้รู้เรื่องอย่างรวดเร็ว</p>	<p>- (ตรวจดูลายมือผู้บันทึก สามารถอ่านออก)</p>
<p>10. มีบันทึกทุกข้อความด้วยคำที่สั้น กระชับรัดกุม ได้ใจความ (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีบันทึกข้อมูลโดยใช้คำที่สั้น เข้าใจง่าย สื่อความหมายได้ชัดเจน</p>	<p>-หายใจหอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้</p>

รายการตรวจสอบและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>11. มีบันทึกที่ใช้คำย่อและ/หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลทุกครั้ง (แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีบันทึกโดยใช้คำย่อ สัญลักษณ์ ศัพท์เทคนิคต่างๆที่นิยมใช้และเป็นที่ยอมรับกันในที่ปฏิบัติงาน</p>	<p>- COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease</p> <p>- a.c. = ante cibum (ก่อนอาหาร)</p>
<p>12. มีการลงชื่อและตำแหน่ง ของผู้บันทึกด้วยตัวบรรจงที่อ่านง่ายภายหลังบันทึก (แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีบันทึกชื่อและตำแหน่งของพยาบาลผู้บันทึกด้วยตัวบรรจงอ่านง่ายและวันที่เวลาทุกครั้งที่มีการบันทึก</p>	<p>- (ตรวจดูบันทึกที่มีการลงชื่อและตำแหน่ง ของผู้บันทึกด้วยตัวบรรจง อ่านง่ายและวัน เวลาทุกครั้งที่มีการบันทึก)</p>
<p>13. มีบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน สีดำหรือตามที่นโยบายโรงพยาบาลกำหนดทุกครั้ง (แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีบันทึกข้อความต่างๆในแบบบันทึกที่สร้างขึ้น โดยใช้ปากกาสีน้ำเงินหรือสีดำ</p>	<p>-</p>
<p>14. มีการขีดเส้นตรงทับข้อความที่เขียนผิดแล้วลงชื่อกำกับเมื่อเขียนผิดทุกครั้ง (แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย)</p> <p>: มีการแก้ไขคำหรือข้อความที่ผิดโดยขีดเส้นตรงทับคำหรือข้อความที่เขียนผิดและเซ็นชื่อเหนือคำหรือข้อความที่ผิดแล้วเขียนคำที่ถูกต้องต่อไป</p>	<p>- มีกลิ่น ใ้สู่อาเจียน^{สมศรี} แต่ไม่อาเจียน</p>

รายการตรวจสอบและความหมาย	ตัวอย่าง
<p>15. มีการขีดเส้นตรงทับช่องว่างที่เหลือไว้เพื่อป้องกันการต่อเติมข้อความภายหลังทุกครั้ง (แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วย) : มีการขีดเส้นตรงหนึ่งเส้นในบริเวณที่เป็นช่องว่างระหว่างคำสุดท้ายของการบันทึกในแต่ละครั้งกับชื่อของผู้บันทึกเพื่อป้องกันการเพิ่มเติมข้อความภายหลัง</p>	<p>- หลังจากให้ออกซิเจนบำบัดและขยายหลอดลมตามแผนการรักษาแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น _____ สมศรี</p>
<p>3.แบบตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึก รายละเอียดในการวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการบันทึกและเกณฑ์ในการให้คะแนน มีรายละเอียดดังนี้</p>	
รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>การประเมินผู้ป่วย</p> <p>1. มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบประเมินผู้ป่วยและบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>- มีบันทึกการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและบันทึกการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมทุกเวรภายใน 24 ชั่วโมงที่รับไว้ในโรงพยาบาลโดยบันทึกได้ดังนี้</p> <p>1) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อแรกรับในแบบประเมินผู้ป่วย</p> <p>2) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรที่แรกรับผู้ป่วย</p> <p>3) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรถัดจากเวรที่แรกรับ</p> <p>4) มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในแบบบันทึกการพยาบาลในเวรที่ 3 ของ 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล</p>	<p>- 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อ 1, 2, 3 และ 4 ครบถ้วน</p> <p>- 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อที่ 1, 2 และ 3 หรือ - ข้อที่ 1, 2 และ 4 หรือ - ข้อที่ 1, 3 และ 4 <p>- 1คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อที่ 1 และ 2 หรือ - ข้อที่ 1 และ 3 หรือ - ข้อที่ 1 และ 4 <p>- 0 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามข้อที่ 1 เท่านั้นหรือ ไม่มีเลย</p>

รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>2. มีบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยใหม่ในแบบบันทึกการพยาบาลทุกเวรภายหลังจาก 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย (แบบบันทึกการพยาบาล)</p> <p>:1. มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในเวรต่อจาก 24 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล</p> <p>:2. มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย</p> <p>:3. มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยต่อจาก 24 ชั่วโมงแรก ประมาณ 1 ใน 2 ส่วน และไม่ทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย</p> <p>:4. มีบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยต่อจาก 24 ชั่วโมงแรก ประมาณ 1 ใน 4 ส่วน และไม่ทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 3 คะแนน เมื่อมีบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ 2 ครบถ้วน - 2 คะแนน เมื่อมีบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3 (อาจมีการบันทึกตามที่ระบุในข้อที่ 1 หรือไม่มีก็ได้) - 1 คะแนน เมื่อมีบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 4 (อาจมีการบันทึกตามที่ระบุในข้อที่ 1 หรือไม่มีก็ได้) - 0 คะแนน เมื่อมีบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 เท่านั้นหรือไม่มีเลย
<p>การวินิจฉัยการพยาบาล/การกำหนดปัญหา</p> <p>3. มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และมีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันต่อมาในแบบบันทึกแผนการพยาบาล</p> <p>- มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในวันแรกรับ และในวันต่อมาอย่างต่อเนื่อง โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <p>1) มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล</p> <p>2) มีบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มเติมภายหลังจาก 24 ชั่วโมงแรก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ 2 ครบถ้วน - 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 หรือ 2 - 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 และ 2

รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>การวางแผนการพยาบาล</p> <p>4. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องของกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล</p> <p>- มีบันทึก/หลักฐานเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องโดยบันทึกได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3) 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 - 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2 - 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3 - 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1, 2 หรือ 3 เลย
<p>5. มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป</p> <p>- มีบันทึก/หลักฐานที่แสดงถึงการวางแผนการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไปโดยบันทึกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3) 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 - 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2 - 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3 - 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1, 2 หรือ 3 เลย

รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>6. มีบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวร</p> <p>- มีบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อแก้ไขแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่องกันทุกเวร โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3) 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 - 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2 - 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3 - 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1, 2 หรือ 3 เลย
<p>การประเมินการพยาบาล</p> <p>7. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องกันทุกเวรในแบบบันทึกการพยาบาล</p> <p>- มีการบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยสืบเนื่องกันทุกเวร โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3) 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 - 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2 - 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3 - 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1, 2 หรือ 3 เลย

รายการตรวจสอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>8. มีบันทึกที่แสดงถึงการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่อกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขหรืออาการเปลี่ยนแปลงไปในแบบบันทึกแผนการพยาบาล</p> <p>- มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยสืบเนื่อกันทุกเวรตั้งแต่มีการแก้ไขจนกระทั่งได้รับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงไป โดยบันทึกได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีบันทึกครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย 2) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 2) 3) มีบันทึกไม่ครบทุกวันทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย (อย่างน้อย 1 ใน 3) 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1 - 2 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 2 - 1 คะแนน เมื่อบันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 3 - 0 คะแนน เมื่อไม่บันทึกข้อมูลตามที่ระบุในข้อที่ 1, 2 หรือ 3 เลย

**แบบสอบถามความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาล
ตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ**

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย

เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของ
โรงพยาบาลปัทมราช” แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วนดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โดยเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง
ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการ
พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 27 ข้อย่อย.

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ครบถ้วน จึงขอความร่วมมือจาก
ท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง ทั้งนี้คำตอบที่ได้จาก
แบบสอบถามจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพในด้านการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ คำตอบ
ของท่านจะถูกนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัดและจะไม่
มีผลใดๆต่อท่าน และขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็น
อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

(นางฤดี ฉ่ำสูงเนิน)

นักศึกษาปริญญาโท วิชาเอกบริหารการพยาบาล
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

- คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ตามความเป็นจริง
1. อายุ _____ ปี
 2. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ปริญญาตรี
 - ปริญญาโท
 - อื่นๆระบุ _____
 3. ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ _____ ปี _____ เดือน
 4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแห่งนี้นาน _____ ปี _____ เดือน
 5. เคยได้รับการอบรมเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล ไม่เคย เคย เมื่อปี
พ.ศ. _____
 6. เคยได้รับการอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาล ไม่เคย เคย เมื่อปี
พ.ศ. _____

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลตาม
กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง แบบสอบถามมีทั้งหมดจำนวน 27 ข้อย่อย ขอให้ท่านเติมค่าลงในช่องว่างหรือทำ
เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ตามความเป็นจริงที่ตรงกับความสามารถของท่านมากที่สุด
โดย

แต่ละช่องมีความหมายดังนี้

5 คะแนน = ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด (ร้อยละ 80-100)

4 คะแนน = ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก (ร้อยละ 70-79)

3 คะแนน = ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง (ร้อยละ 60-69)

2 คะแนน = ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย (ร้อยละ 50-59)

1 คะแนน = ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยมาก (ต่ำกว่าร้อยละ 50)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม				
	5	4	3	2	1
<p>ความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาล</p> <p>การประเมินผู้ป่วย (Assessment)</p> <p>1. ท่านสามารถบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย</p>					
<p>2. ท่านสามารถบันทึกข้อมูลจากการสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ/หรือจากบันทึกของทีมสุขภาพ</p>					
<p>3. ท่านสามารถบันทึกอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ถูกต้องโดยระบุอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการ</p>					
<p>4. ท่านสามารถบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันได้ถูกต้องและครบถ้วน โดยระบุลักษณะของการเจ็บป่วย เวลาที่เริ่มมีอาการ และวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติก่อนมาโรงพยาบาล</p>					
<p>5. ท่านสามารถบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตได้ถูกต้องและครบถ้วน โดยระบุเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและ/หรือการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุได้</p>					
<p>6. ท่านสามารถบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเกี่ยวกับการแพ้ยา สารอาหารและ/หรือสิ่งทำให้เกิดอาการแพ้ได้ถูกต้อง</p>					
<p>7. ท่านสามารถบันทึกประวัติภาวะสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยโดยระบุประวัติโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัวได้</p>					
<p>8. ท่านสามารถบันทึกอาการและอาการแสดงแรกเริ่มของผู้ป่วยได้โดยครอบคลุมสภาพร่างกายและจิตใจ หรืออารมณ์ของผู้ป่วย</p>					
<p>9. ท่านสามารถบันทึกข้อมูลจากการประเมินความสามารถ และข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย/ญาติเพื่อการวางแผนการจำหน่ายได้</p>					

ข้อคำถาม	ระดับความถี่เห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม				
	5	4	3	2	1
การวินิจฉัยการพยาบาล หรือการกำหนดปัญหาสุขภาพ (Nursing Diagnosis) 10. ท่านสามารถบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านร่างกายได้ถูกต้องตามรูปแบบของปัญหา + เนื่องจาก + สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง					
11. ท่านสามารถบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณได้ถูกต้องตามรูปแบบของปัญหา + เนื่องจาก + สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง					
12. ท่านสามารถบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนการจำหน่ายได้ถูกต้องตามรูปแบบของปัญหา + เนื่องจาก + สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง					
การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) 13. ท่านสามารถกำหนดและบันทึกเป้าหมายและ/หรือเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลได้ทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล					
14. ท่านสามารถกำหนดและบันทึกกิจกรรมการพยาบาลได้ทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ปัญหาของผู้ป่วย					
15. ท่านสามารถกำหนดและบันทึกกิจกรรมการพยาบาลได้ครอบคลุมบทบาท 4 มิติของพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ					
16. ท่านสามารถกำหนดและบันทึกกิจกรรมการพยาบาลของข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนการจำหน่ายได้					
การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Implementation) 17. ท่านสามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยได้					
18. ท่านสามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคมและ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม				
	5	4	3	2	1
19. ท่านสามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้					
20. ท่านสามารถบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้สอดคล้องกับแผนการพยาบาล					
21. ท่านสามารถบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล					
การประเมินผลการพยาบาล (Nursing Evaluation)					
22. ท่านสามารถบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยและ/หรือปัญหาและอุปสรรคได้					
23. ท่านสามารถบันทึกประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และ/หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยและ/หรือปัญหาและอุปสรรคได้					
24. ท่านสามารถบันทึกผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยและ/หรือญาติเพื่อการจำหน่ายได้					
25. ท่านสามารถบันทึกการประเมินผลว่าปัญหาของผู้ป่วย/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขหรือยุติในแบบบันทึกแผนการพยาบาลได้					
26. ท่านสามารถบันทึกสรุปผลการจำหน่ายผู้ป่วยโดยระบุสัญญาณชีพ อาการ อาการแสดงของผู้ป่วยและ/หรือปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องก่อนจำหน่ายได้					
27. ท่านสามารถบันทึกการให้คำแนะนำ หรือทบทวนการให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนการจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยได้					

ทดสอบครั้งที่.....ชื่อ.....สกุล.....วันที่...../...../.....

แบบทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่คิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวจากตัวเลือกที่กำหนดให้
4 ตัวเลือก

1. ข้อใดไม่ใช่ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล
 - ก. ใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ
 - ข. ใช้ตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล
 - ค. แสดงถึงเอกสิทธิ์แห่งวิชาชีพของทีมสุขภาพ
 - ง. เป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
2. เมื่อพิจารณาการบันทึกข้อมูลตามลำดับของกระบวนการพยาบาล การบันทึกขั้นตอนใดสำคัญที่สุด
 - ก. การประเมินผู้ป่วย (Assessment)
 - ข. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
 - ค. การวางแผนการพยาบาล(Planning)
 - ง. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
3. ข้อมูลใดเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective Data)
 - ก. ความดันโลหิต 180/ 110 มิลลิเมตรปรอท
 - ข. ผู้ป่วยผมร่วง ใช้ผ้าคลุมศีรษะตลอดเวลา
 - ค. ผู้ป่วยบอกว่าท้องผูกบ่อย ไม่ถ่ายอุจจาระมา 5 วัน
 - ง. ผู้ป่วยมีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้
4. ข้อใดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้อง
 - ก. ท้องเสียเนื่องจากถ่ายเหลวหลายครั้ง
 - ข. นอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากปวดแผล
 - ค. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจากการไม่ได้เปลี่ยนท่านอนนานๆ
 - ง. เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

5. ข้อใดเป็นเกณฑ์การประเมินผลของวัตถุประสงค์: ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน
- 1) ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว
 - 2) ไม่สับสน
 - 3) อัตราการหายใจปกติ
 - 4) ไม่มีตาพร่ามัว
- ก. ข้อ 1, 2, 3
 ข. ข้อ 2, 3, 4
 ค. ข้อ 1, 3, 4
 ง. ข้อ 1, 2, 3, 4
6. ข้อใดกำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ครบถ้วน ถูกต้อง
- ก. จัดให้นอนท่า Fowler's position
 - ข. Dressing แผลด้วย NSS. OD.
 - ค. กระตุ้นผู้ป่วยให้ดื่มน้ำมากๆ
 - ง. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย
7. ข้อใดเป็นตัวอย่างของการเขียนบันทึกการพยาบาล (Nurse's note) ที่สะท้อนกระบวนการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน
- ก. ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้องให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
 - ข. มีแผลกดทับที่ก้นกบเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 ซม. พลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง
 - ค. รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียนให้นอนพักบนเตียงต่อมา 20 นาทีอาการดีขึ้น
 - ง. มีไข้ $T = 38.9^{\circ}C$. กระตุ้นให้ดื่มน้ำและเช็ดตัวลดไข้
8. การบันทึกการประเมินผลการพยาบาลควรกระทำเมื่อใด
- ก. ตอนสรุป Chart ก่อนส่งवर
 - ข. เมื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้สำเร็จ
 - ค. เมื่อมีเวลารว่างจากการปฏิบัติงาน
 - ง. ภายหลังให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยทันที
9. พยาบาลจะบันทึกการประเมินผลว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายและยุติปัญหานั้นได้ในแบบบันทึกใด
- ก. แบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note form)
 - ข. แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan form)
 - ค. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary form)
 - ง. คาร์เด็กซ์ (Kardex)

10. ข้อใดเป็นการแก้ไขข้อความที่เขียนผิดพลาดที่ถูกต้องตามหลักการบันทึก
- ก. ลบข้อความที่ผิด แล้วบันทึกข้อความที่ถูกต้องแทน
 - ข. ลบข้อความที่ผิด เช่นชื่อกำกับแล้วบันทึกข้อความที่ถูกต้องแทน
 - ค. ลบข้อความที่ผิด แล้วเว้นว่างไว้บันทึกข้อความที่ถูกต้องต่อไป
 - ง. ชีดเส้นตรงมาข้อความที่ผิด เช่นชื่อกำกับแล้วบันทึกข้อความที่ถูกต้องแทน

การหาความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพของกรบันทึกทางการแพทย์ของ
โรงพยาบาลป๋กชงชัยโดยการคำนวณหาดัชนีของความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต

ตารางที่ 1 คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบ
คุณภาพกรบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

แบบบันทึกของ พยาบาลคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	18	0.092	19	0.099	0.007
2	19	0.097	18	0.094	0.003
3	22	0.113	19	0.099	0.014
4	20	0.103	18	0.094	0.009
5	19	0.097	20	0.104	0.007
6	20	0.103	18	0.094	0.009
7	19	0.097	20	0.104	0.007
8	19	0.097	20	0.104	0.007
9	19	0.097	19	0.099	0.002
10	19	0.097	20	0.104	0.007
รวม	194	0.993	191	0.995	0.072

การคำนวณหาดัชนีของความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต

$$K = \frac{P_0 - P_c}{1 - P_c}$$

P_0 = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

P_c = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่
สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง (ในที่นี้เลือก
ผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนที่ 1 ค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบ
ได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา คือ 0.113 และ 0.103)

$$P_o = 1.00 - 0.072$$

$$= 0.928$$

$$P_e = (0.113)^2 + (0.103)^2$$

$$= 0.022$$

$$0.928 - 0.022$$

$$\text{ความเที่ยง} = \frac{\quad}{1.00 - 0.022}$$

$$1.00 - 0.022$$

$$= 0.926$$

$$= 0.92$$

ตารางที่ 2 คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน ของแบบตรวจสอบ
คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก

แบบบันทึกของ พยาบาลคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	12	0.096	11	0.096	0
2	13	0.104	11	0.096	0.008
3	13	0.104	11	0.096	0.008
4	12	0.096	10	0.087	0.009
5	10	0.080	11	0.096	0.016
6	13	0.104	12	0.105	0.001
7	13	0.104	12	0.105	0.001
8	13	0.104	12	0.105	0.001
9	13	0.104	12	0.105	0.001
10	13	0.104	12	0.105	0.001
รวม	125	1	114	0.996	0.046

การคำนวณหาดัชนีของความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต

$$\eta = \frac{P_0 - P_c}{1 - P_c}$$

P_0 = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

P_c = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง (ในที่นี้เลือกผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนที่ 1 ค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้ สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา คือ 0.104 และ 0.096)

$$P_0 = 1.00 - 0.046$$

$$= 0.954$$

$$P_c = (0.104)^2 + (0.096)^2$$

$$= 0.019$$

$$0.954 - 0.019$$

$$\text{ความเที่ยง} = \frac{\quad}{1.00 - 0.019}$$

$$1.00 - 0.019$$

$$= 0.953$$

$$= 0.95$$

ตารางที่ 3 คะแนนของการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คนของแบบตรวจสอบ
คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านความต่อเนื่องของการบันทึก

แบบบันทึกของ พยาบาลคนที่	ผู้ตรวจสอบคนที่ 1		ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		ความแตกต่างระหว่างสัดส่วน จากผู้ตรวจสอบ 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
1	12	0.099	11	0.096	0.003
2	12	0.099	11	0.096	0.003
3	12	0.099	11	0.096	0.003
4	12	0.099	10	0.087	0.012
5	11	0.091	11	0.096	0.005
6	12	0.099	12	0.105	0.006
7	12	0.099	12	0.105	0.006
8	12	0.099	12	0.105	0.006
9	13	0.108	12	0.105	0.003
10	12	0.099	12	0.105	0.006
รวม	120	0.991	114	0.996	0.053

การคำนวณหาดัชนีของความสอดคล้องตามสูตรของสก็อต

$$K = \frac{P_0 - P_c}{1 - P_c}$$

P_0 = ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลบวกของสัดส่วนความแตกต่างระหว่างผู้ตรวจสอบ 2 คน

P_c = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา โดยเลือกเอาผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนใดคนหนึ่ง (ในที่นี้เลือกผลของการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบคนที่ 1 ค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่ตรวจสอบได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมา คือ 0.108 และ 0.099)

$$\begin{aligned}
 P_0 &= 1.00 - 0.053 \\
 &= 0.947 \\
 P_c &= (0.108)^2 + (0.099)^2 \\
 &= 0.020 \\
 \text{ความเที่ยง} &= \frac{0.947 - 0.020}{1.00 - 0.020} \\
 &= 0.945 \\
 &= 0.94
 \end{aligned}$$

ผลการประเมินค่าความเที่ยงจะประเมินจากค่า 0 ถึง +1 ถ้าค่าใกล้ 0 แสดงว่า มีความเที่ยงต่ำ ถ้าใกล้ 1 แสดงว่า มีความเที่ยงสูง ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือต่างๆ ไปควรมีความเที่ยง 0.80 ขึ้นไป

สรุปผลการหาความเที่ยงของแบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลปัทมราช

ส่วนที่ 1 ด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลมีค่าความเที่ยง 0.92

ส่วนที่ 2 ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึกมีค่าความเที่ยง 0.95

ส่วนที่ 3 ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกมีค่าความเที่ยง 0.94

การคำนวณหาค่าความเที่ยง แบบสอบถามความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์ตาม
กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปึกธงชัย

โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Cronbach' Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูปในการคำนวณดังนี้

ตาราง คะแนนของแบบสอบถามความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์ตาม
กระบวนการ พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

tem-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q1	97.7949	169.378	.606	.962
q2	97.8974	163.568	.818	.961
q3	97.7179	167.208	.608	.963
q4	97.9487	166.787	.677	.962
q5	98.0000	164.526	.825	.961
q6	97.6410	171.131	.484	.963
q7	98.3333	162.807	.631	.963
q8	98.1026	164.358	.774	.961
q9	98.1538	164.502	.840	.961
q10	98.1795	166.625	.748	.961
q11	98.3846	167.874	.681	.962
q12	98.3846	168.717	.545	.963
q13	98.1538	158.660	.686	.963
q14	98.1795	164.520	.778	.961
q15	98.3846	164.874	.770	.961
q16	98.2051	163.536	.783	.961
q17	97.8974	167.568	.670	.962
q18	98.2564	169.985	.451	.964
q19	98.1026	169.042	.624	.962
q20	98.0000	170.368	.548	.963
q21	98.1538	168.239	.608	.962
q22	98.1282	164.273	.767	.961
q23	98.3590	167.184	.676	.962
q24	98.1795	163.677	.827	.961
q25	98.2564	164.301	.770	.961
q26	97.9487	165.524	.807	.961
q27	97.9231	165.020	.807	.961

Reliability Coefficients

N of Cases = 40 (Valid 39 cases, Exclude 1 case)

N of Item = 27

Cronbach' Alpha = 0 .963

ผลการวิเคราะห์

1. จำนวนตัวอย่างจากผลการวิเคราะห์ 40 ชุดประกอบด้วยข้อมูลสมบุรณ์ครบถ้วน 39 ชุด ข้อมูลไม่สมบุรณ์ครบถ้วน 1 ชุด

2. จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ

3. ค่าความเที่ยงของเครื่องมือต่างๆ ไปควรมีค่าความเที่ยง 0.80 ขึ้นไป จากผลการวิเคราะห์ ได้ค่า Cronbach'alpha = 0 .963 ซึ่งมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจึงสามารถนำข้อคำถามชุดนี้ไปรวบรวมข้อมูลได้

4. Corrected Item-Total Correlation เป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามนั้นๆกับข้อคำถามทั้งหมดที่ใช้ในการวิเคราะห์โดยเกณฑ์กำหนดต้องมีค่ามากกว่า 0.30 ซึ่งแสดงถึงข้อคำถามนั้นมีความชัดเจนและอ่านเข้าใจง่าย จากผลการวิเคราะห์ทุกข้อคำถามแสดงค่ามากกว่า 0.30 แสดงว่าคำถามทุกข้อมีความสัมพันธ์กับข้อคำถามทั้งหมดที่ใช้ในการวิเคราะห์

การประเมินค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยจะประเมินจากค่า 0 ถึง +1 ถ้าค่าใกล้ 0 แสดงว่ามีความเที่ยงต่ำ ค่าใกล้ 1 แสดงว่า มีความเที่ยงสูง เครื่องมือวิจัยต่างๆ ไปควรมีค่าความเที่ยง 0 .80 ขึ้นไป สรุปผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถในการบันทึก ตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปึกธงชัยมีค่าเท่ากับ 0.963

ภาคผนวก จ

โครงการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลปัทมราช

โครงการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลปักษ์ชัย

หลักการและเหตุผล

การบันทึกทางการแพทย์เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการบันทึกข้อมูลต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถใช้สื่อสารได้อย่างชัดเจน ถูกต้อง เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ จึงจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่ได้จากการบันทึก เป็นสื่อกลางเพื่อช่วยให้มีการวางแผนการรักษาพยาบาล การปฏิบัติการรักษาพยาบาล และติดตาม ประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

จากผลการประเมินการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มการ พยาบาลพบว่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดคือร้อยละ 70 ในขณะที่กำหนดให้ต้องผ่านเกณฑ์ที่ ร้อยละ 80 ขึ้นไปจึงจะถือว่าปฏิบัติได้ตามมาตรฐานที่กำหนด กลุ่มการพยาบาลตระหนักถึง ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ จึงได้จัดประชุมวิชาการเพื่อให้พยาบาลมีรูปแบบบันทึก ทางพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกันและการบันทึกที่มีความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก และความต่อเนื่องของการบันทึกเพื่อแสดงถึงองค์ความรู้และ มาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญทางกฎหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลปักษ์ชัย
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์และความสามารถในการ บันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบ บันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น
3. เพื่อใช้ตรวจสอบคุณภาพทางการแพทย์
4. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกทางการแพทย์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
5. เพื่อแสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
6. เพื่อใช้เป็นเอกสารหลักฐานทางกฎหมาย

กลุ่มเป้าหมาย

- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 20 คน

วิธีดำเนินการ

- พัฒนาแบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

(1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2552)

- ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่รวมรับย้ายจากที่อื่นอย่างน้อย 2 วัน ตั้งแต่รับใหม่ถึงจำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 193 ชุด (1-31 มิถุนายน 2552)

- แจกแบบทดสอบความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ (20-27 มิถุนายน 2552)

- ประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายเพื่อสรุปประเด็นปัญหาอุปสรรคที่พบจากการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ผลทดสอบความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์แนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามประเด็นปัญหาที่สรุปได้ (18 กรกฎาคม 2552)

- อบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายครั้งที่ 1 เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเพื่อให้มีความรู้เรื่องระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามประเด็นปัญหาที่พบ (2 สิงหาคม 2552)

- พัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการพัฒนา (2 - 20 สิงหาคม 2552)

- อบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายครั้งที่ 2 เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น (12 กันยายน 2552)

- ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายหัดบันทึกโดยใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นในหอผู้ป่วยจริง 1 สัปดาห์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ปรับปรุงแก้ไขการบันทึกและคุ้นเคยกับรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น (13 - 20 กันยายน 2552)

- ทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 เดือน (21 กันยายน - 21 ตุลาคม 2552)

- ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแจกแบบทดสอบความสามารถในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการทดลองใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่เพื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา (1-30 พฤศจิกายน 2552)

ระยะเวลาดำเนินการ

- 1 เมษายน - 30 พฤศจิกายน 2552

สถานที่

- ห้องประชุมโรงพยาบาลปึกธงชัย

งบประมาณ

- ค่าอาหารว่าง 20 คน X 2 วัน x 25 บาท = 1,000 บาท
 - ค่าเอกสารประกอบการอบรม 300 บาท
- รวมเป็นเงิน 1,300 บาท (หนึ่งพันสามร้อยบาทถ้วน)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการตรวจสอบวิเคราะห์เขียนด้านการพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินตามที่กำหนด
2. มีรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน สะดวกในการบันทึก ไม่ซ้ำซ้อน
3. แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
4. บันทึกถูกต้องตามหลักการบันทึก มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้
5. พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผู้เสนอโครงการ

(นางฤดี ฉ่ำสูงเนิน)

หัวหน้าพยาบาล

ผู้อนุมัติโครงการ

(นายสมบัติ รัตนสกุล)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปึกธงชัย

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ (ครั้งที่ 1) เรื่อง ประเภทของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
ณ. ห้องประชุมโรงพยาบาลปึกธงชัย วันที่ 2 สิงหาคม 2552

เวลา	
12.30 - 13.00 น.	ลงทะเบียน
13.00 - 13.20 น.	เปิดการอบรม โดยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปึกธงชัย
13.20 - 14.45 น.	อบรมเรื่อง ประเภทของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
14.45 - 15.00น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.00 -16.00 น.	อบรมเรื่อง ประเภทของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ต่อ)
16.00 - 17.00 น.	ประชุมหารือสรุปร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใหม่ของกลุ่มการพยาบาล

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ (ครั้งที่ 2) เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
ตามกระบวนการพยาบาล ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลปทุมธานี วันที่ 12 กันยายน 2552

เวลา	
12.30 - 13.00 น.	ลงทะเบียน
13.00 - 13.20 น.	เปิดการอบรมโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี
13.20 - 13.40 น.	ทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลก่อนการอบรม
13.40 - 14.30 น.	อบรมเรื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
14.30 - 14.45 น.	แนะนำและสาธิตการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตามรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่และคู่มือการใช้
14.45 - 15.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.00 - 15.45 น.	แนะนำและสาธิตการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตามรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่และคู่มือการใช้(ต่อ)
15.45 - 16.00 น.	ทดสอบความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาลหลังการอบรม
16.00 - 17.00 น.	ฝึกบันทึกตามรูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากสถานการณ์จำลองและอภิปรายผล



ภาคผนวก ฉ

ตัวอย่างแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลเก่าของ โรงพยาบาลปึกธงชัย

โรงพยาบาลปทุมธานี จ.นครราชสีมา		แผนกผู้ป่วยใน Attend physician..... Diagnosis.....
---	--	--

แบบประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment Form)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 29 (61) เวลา 7.30 น. มาถึงโดย เดินมา รถนั่ง รถนอน อื่นๆ

การวินิจฉัยเบื้องต้น NIDDM

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล หนึ่งสัปดาห์ก่อนมา พบ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน หนึ่งสัปดาห์ ก่อนมา พบ หนึ่งสัปดาห์ เจ็บป่วยหนัก 10 ปีที่แล้ว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มี มี ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต เบาหวาน หอบหืด โรคเลือด มะเร็ง

คับแฉะ ลมชัก วัณโรค โรคไต ความดันโลหิตสูง อื่นๆ

การปฏิบัติกรณเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว รับประทานยา 1 เม็ด ทุกวัน 5 ปีที่แล้ว

ประวัติภูมิแพ้ ไม่มี แพ้อาหาร แพ้ยา อื่นๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว 4 ปีที่แล้ว

ประวัติการผ่าตัด 2 ปีที่แล้ว

สภาพแรกรับ

T. 37.5 C P. 96 /min R. 20 /min BP. 160/90 mm.Hg BW. 62 gm/Kg

ระดับความรู้สึกตัว : รู้สึกตัวดี สับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว

การหายใจ ปกติ เจ็บเวลาหายใจเข้าออก หายใจลำบาก หอบ

หืดหายใจ อื่นๆ

ผิวหนัง : สีผิว ปกติ ปลายมือปลายเท้าเขียว ริมฝีปากเขียว เขียวทั้งตัว ซีด เหลือง

: อาการบวม ไม่มี บวมทั้งตัว บวมบริเวณ

: คื่น/คัน ไม่มี มี

: บาดแผล ไม่มี มี

: รังสีเอก ไม่มี มี

การติดต่อสื่อสาร : ได้ยิน ปกติ ผิดปกติ ใช้เครื่องช่วยฟัง

: การมองเห็น ปกติ แขนงตา คอนแทกเลนส์ ผิดปกติ

: การพูด ปกติ พูดติดขัด เป็นใบ้ อื่นๆ

สภาพจิตใจแรกรับ

การแสดงออกด้านพฤติกรรม เฉยๆ กระวนกระวาย ก้าวร้าว เอะอะไว้อวว

ร้องไห้ ไม่ให้ความร่วมมือ อื่นๆ

การแสดงออกด้านอารมณ์ โกรธ/โมโห หงุดหงิด กลัว ซึม

สิ้นหน้ำมีความวิตกกังวล อื่นๆ

สิ่งที่ทำให้กังวลใจ/ไม่สบายใจขณะเจ็บป่วย ไม่มี มี (-) การเจ็บป่วย () ค่าใช้จ่าย () อื่นๆ

แบบแผนการคัมภีร์ชีวิตประจำวัน

กำลงเคลื่อนไหว : การเดิน เดินได้เอง อาศัยคนอื่นช่วย ใช้อุปกรณ์ช่วย ได้แก่.....
 อื่นๆ ระบุ.....

การพักผ่อนนอนหลับ..... ๙ ชม./วัน การใช้ยานอนหลับ เป็นครั้งคราว ประจำ ไม่เคยใช้

การรับประทานอาหาร รับประทานเอง อาศัยคนอื่นป้อน
 จำนวนมือที่รับประทาน..... 3..... ครั้ง/วัน

ปัญหาในการรับประทานอาหาร ไม่มี เคี้ยวลำบาก กลืนลำบาก อื่นๆระบุ.....

อาหารเฉพาะโรค ไม่มี มี ได้แก่.....

การขับถ่าย

: อุจจาระ พฤติกรรมการขับถ่าย..... 1..... ครั้ง/วัน

ถ่ายอุจจาระ..... วัน/ครั้ง ท้องเสียเป็นประจำ ริดสีดวงทวาร
 กลั้นอุจจาระไม่ได้ ขับถ่ายทางหน้าท้อง อื่นๆระบุ.....

การถ่ายอุจจาระ เป็นครั้งคราว ประจำ

: ปัสสาวะ ลักษณะปัสสาวะ ปกติ ผิดปกติ
 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ แสบขัดเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะลำบาก
 ไตสลายปนปัสสาวะคาไว้ การขับถ่ายปัสสาวะทางอื่น ระบุ.....
 อื่นๆ ระบุ.....

สิ่งเสพติด

: สุรา ไม่ดื่ม นานๆครั้ง เป็นประจำ..... วัน เลิกดื่ม..... ปี
 : บุหรี่ ไม่สูบ นานๆครั้ง เป็นประจำ..... วัน เลิกสูบ..... ปี
 : การใช้อื่นๆสิ่งเสพติดอื่นๆ ไม่มี ระบุ.....

สภาพสังคมและเศรษฐกิจ

บทบาทในครอบครัว หัวหน้าครอบครัว สมาชิกครอบครัว

สมาชิกในครอบครัว..... 2..... คน มีบุตร..... 2..... คน G.P.P.....

สถานภาพ โสด คู่ หย่า สมณะ *อยู่คนเดียว คนเดียว*

ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคือ *นางปาน นตกรู* เกี่ยวข้องเป็น *ภรรยา* ที่อยู่ *14 ม. 17/1-11 ต.หนองปรือ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ*

ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา..... 4..... มัธยม อนุปริญญา ปริญญา.....

อาชีพ เกษตรกร รับจ้าง รับราชการ อื่นๆ.....

การปฐมพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ

แนะนำเกี่ยวกับสิทธิการรักษา สอบถามความต้องการของพิเศษ อธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์

บริการเพื่อค้นหาหยิกนั้นแก้วน้ำ อาหารเฉพาะโรค แนะนำเกี่ยวกับวิธีใช้ห้องน้ำห้องส้วม

แนะนำที่ถึงจะ/ที่ถึงฝ่ายอนามัย แจ้งชื่อแพทย์ผู้รักษา เวลาเยี่ยมญาติอาหาร อาการที่ต้องมาพบมาก

ชื่อผู้ปฐมพยาบาล..... วันที่..... ๒๕/๖/๕๙..... เวลา..... ๙.๓๐..... น.

<p>โรงพยาบาลนักษชัย จ.นครราชสีมา</p>	 โรงพยาบาลนักษชัย ถนนสุขุมวิท ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โทร : 043-251111 โทรสาร : 043-251111	แพทย์ผู้รับ Attend physician..... Diagnosis.....
--	--	--

Nursing care plan

แผนวันที่.....

Date/Time	Nursing Diagnosis	Goal & Outcome Criteria	Nursing care plan	Expire Date
15/11/55	1. ความผิดปกติของ H ₂ O ₂ - Hyperglycemia 2. ความดันโลหิตสูง 3. ความผิดปกติของไต D. DTX & BUN > 4 mg/dl	1. ไข้ < 38.5 องศาเซลเซียส 2. DTX & BUN < 4 mg/dl	1. งดอาหารรสเค็ม 2. งดอาหารรสหวาน 3. งดอาหารที่มีไขมันสูง 4. ระวัง signs ใน Hyper-Hypernatremia DTX & BUN > 4 mg/dl	
	1. ความผิดปกติของไต 2. ความผิดปกติของไต 3. ความผิดปกติของไต 4. ความผิดปกติของไต 5. ความผิดปกติของไต	1. ไม่มีอาการไตวาย 2. ไม่มีอาการไตวาย 3. ไม่มีอาการไตวาย 4. ไม่มีอาการไตวาย 5. ไม่มีอาการไตวาย	1. งดอาหารรสเค็ม 2. งดอาหารรสหวาน 3. งดอาหารที่มีไขมันสูง 4. ระวัง signs ใน Hyper-Hypernatremia DTX & BUN > 4 mg/dl	15/11/55

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดหน้าข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก

- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม
- กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง

ประเภทผู้ป่วย 4 ()เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ชื่อ..... () มี () เสี่ยง ต่อการกำจัด เสมหะด้วย ตนเองพร้อม เนื่องจาก () ไอไม่มี ประสิทธิภาพ () เสมหะมาก เหนียวข้น () ไม่รู้สึกตัว () อื่น ๆ ระบุ	1. เสียงหายใจปกติ (เช่น Rhonchi Wheezes ลดลงหรือไม่มีเลย) 2. ไม่มี Peripheral Cyanosis: ปลายเล็บมือ-เท้า และ ปลายจมูกเขียวคล้ำ 3. ไม่มี Central Cyanosis: ลิ้น เยื่อบุได้หนังตา ริมฝีปากด้านในและ กระพุ้งแก้มเขียวคล้ำ	1. จัดทำนอนในท่าศีรษะสูง ตลอดเวลา 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมี ประสิทธิภาพ 3. ดูแลเสมหะในหลอดลม คอ จมูก และปากเมื่อมีเสมหะ 4. วัด V/S และฟังเสียงหายใจทุก.....ชม. และในช่วงที่ผู้ป่วยตื่น 5. ประเมินลักษณะของเสมหะและ ความสามารถในการไอทุกเวร 6. ช่วยเหลือและแนะนำให้ผู้ป่วย พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชม. 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ - น้ำอย่างน้อย 2,500 ซีซี/วัน - ออกซิเจนที่มีความชื้นสูงตาม แผนการรักษาของแพทย์ - ยาตามแผนการรักษา เช่น ยาขับ เสมหะ 8.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลป๋กธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดมา ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึกโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ การแลกเปลี่ยน ก๊าซไม่มี ประสิทธิภาพ เนื่องจาก () มีการอุดกั้น ทางเดินหายใจ () เสี่ยงสมมูลการ หายใจและการ แลกเปลี่ยนก๊าซ () หลอดลมหด เกร็ง () ปอดอักเสบ () อื่น ๆ ระบุ	1. V/S ปกติ ไม่หอบ เหนื่อย หายใจสม่ำเสมอ 2. ไม่กระสับกระส่าย มีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่สับสน 3. ไม่มีปลายมือ-ปลาย เท้า หรือ ริมฝีปากเขียว คล้ำ	1. จัดทำนอนในท่าศีรษะสูง ตลอดเวลา 2. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่าง เพียงพอ 3. ดูแลเสมหะในหลอดลมคอ จมูก และปากเมื่อมีเสมหะ 4. สังเกตอาการและวัด V/S ทุก..... ชม. ถ้าพบอาการผิดปกติรายงาน แพทย์ 5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่มี ความชื้นสูงตามแผนการรักษาของ แพทย์ 6. ติดตามวัดค่าออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด ดำตามแผนการรักษา 8. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการ รักษา 9. 10. ....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปทุมธานี

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดมา ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ ภาวะ () สารน้ำ () กลือแร่ () ขาด () เกิน เนื่องจาก () มีไข้ () ท้องเสีย () อาเจียน () ภาวะ Metabolic Acidosis () ไตสูญเสีย หน้าที่ () อื่น ๆ ระบุ	1. V/S ปกติ หัวใจเต้น สม่ำเสมอ 2. ไม่มีภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวหนังและเยื่อเมือกต่าง ๆ ชุ่มชื้น หรือ Skin Turgor ปกติ ริมฝีปาก-คอไม่ แห้ง ปัสสาวะปกติ 3. ไม่มีอาการและอาการ แสดงของภาวะน้ำเกิน เช่น บวม 4. ผลเลือด Na^+ , K^+ อยู่ ในเกณฑ์ปกติ 5. ไม่พบภาวะ Na^+ , K^+ ต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อน แรง หรือภาวะหัวใจเต้น ผิดจังหวะ	1. วัด V/S ทุก ชม. 2. ติดตามสังเกตอาการและอาการ แสดงของความไม่สมดุลของน้ำ และเกลือแร่ทุกเวร ผิดปกติรายงาน แพทย์ 3. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออก ทุกเวร และจำกัดปริมาณน้ำตาม แผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ เพียงพอตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ ตามแผนการรักษา 6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการ รักษาของแพทย์ 7. ติดตามผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการทุกวัน 8..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชี้คมา ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึกโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม **แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม**
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ ไม่สุขสบาย / ปวด เนื่องจาก () เนื้อเยื่อได้รับ บาดเจ็บ () กล้ามเนื้อหัวใจ ตาย/ขาดเลือด () การอักเสบ บริเวณ..... () อื่น ๆ ระบุ	1. ปวดลดลงระดับปวด < 3 หรือ ไม่ปวด 2. บอกว่า สบายขึ้น 3. สีหน้าไม่แสดงอาการ ปวด 4. นอนในท่าที่ผ่อนคลาย	1. ประเมินอาการปวด ระดับความ ไม่สุขสบายและสาเหตุของความ เจ็บปวดทุกเวร 2. ตรวจสอบอาการอักเสบบริเวณที่ ก่อให้เกิดอาการปวดทุกเวร เช่น แผลบวมแดงหรือไม่ 3. จัดให้นอนในท่าที่ผู้ป่วยรู้สึก สบายตลอดเวลา 4. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ของแพทย์ และติดตามผลหลังให้ยา 5. สอนใช้เทคนิคผ่อนคลายเมื่อยังมี อาการปวด 6..... 7..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดฆ่า
ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เดิม
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาคด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ การติดเชื้อที่..... เนื่องจาก () ภูมิคุ้มกันต่ำ () ผิวหนังมีการ แตกทำลาย () มีการใส่สาย ต่าง ๆ เข้าไปใน ร่างกาย () อื่น ๆ ระบุ	1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ ระหว่าง T. 36.5 °C - 37.5 °C 2. แผลไม่มี Discharge ซึม 3. ผิวหนังปกติ ไม่มีบวม แดง ร้อน 4. ปัสสาวะใส ไม่มี ตะกอน U/A ปกติ 5. ผลการตรวจเลือด WBC และ PMN ปกติ	1. วัด V/S ทุก..... ชม. โดยเฉพาะ อุณหภูมิร่างกาย 2. ประเมินการติดเชื้อตามปัญหา ทุกเวร เช่น ตรวจสอบแผลว่ามี บวม แดง ร้อน discharge มีสี ผิดปกติหรือปัสสาวะขุ่นมีตะกอน หรือไม่ 3. ตรวจสอบสายหรือท่อระบายต่างๆ ทุกเวรว่าอุดตันหรือไม่ และ สังเกต จำนวนและลักษณะของ content 4. ปฏิบัติการพยาบาลอย่าง Aseptic Technique เช่น การทำแผล, การ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตาม แผนการรักษา 6..... 7..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดฆ่า
 ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม **แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม**
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ชื่อ..... () มี () เสี่ยงต่อ การเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจาก () สับสน () มึนงง วิงเวียน () ระดับการรับรู้ เปลี่ยนไป () อื่น ๆ ระบุ	1. ไม่เกิดอุบัติเหตุ เช่น ลื่นล้ม หรือตกเตียง 2. ไม่มีร่องรอยจากการ ได้รับบาดเจ็บ 3. ไม่มีความเสี่ยงตาม risk of fall	1. แนะนำผู้ป่วย/ญาติเรื่องการใช้ กริ่งขอความช่วยเหลือ 2. ยกравกั้นเตียงขึ้น 2 ข้าง ตลอดเวลา 3. ดูแลพื้นห้องและพื้นห้องน้ำให้ แห้งอยู่เสมอ 4. เดินเยี่ยมอาการผู้ป่วยทุก 2 ชม. หรือตามสภาพอาการของผู้ป่วย 5. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เสี่ยง ต่อการเกิดอุบัติเหตุทุกระดับ เช่น วิงเวียน หน้ามืด อ่อนแรง 6..... 7..... 8..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลป๋อങซัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ () ท้องเสีย () ท้องผูก () ท้องอืด เนื่องจาก () ไม่มีกร เคลื่อนไหวเป็น เวลานาน () ติดเชือในลำไส้ () อื่น ๆ ระบุ	1. ลักษณะของอุจจาระ ปกติ (อุจจาระอ่อนนุ่ม ลำไส้ เคลื่อนไหว 5-12 ครั้ง/ นาที) 2. ถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ หรือตามความถี่ปกติ ของผู้ป่วย 3. ผลการตรวจอุจจาระ/ ปัสสาวะปกติ	1. แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหาร () อาหารประเภทกากใยในรายท้องผูก () อาหารอ่อนย่อยง่ายในรายท้องเสีย ทุกมื้อ 2. แนะนำ/กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว หลังมื้ออาหาร/ออกกำลังกายทุกวัน กรณีท้องผูก 3. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. ในรายที่ ท้องผูกกรณีช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 4. ดูแลและแนะนำญาติเรื่องการ จับถ่ายและความสะอาดหลังจับถ่าย ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อ 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด ดำตามแผนการรักษาในรายท้องเสีย 6. ให้ () ชาระเบาในรายท้องผูก () ขาปฏิชีวนะในรายท้องเสีย 7. ประเมินการจับถ่ายอุจจาระความถี่ และลักษณะของอุจจาระทุกวัน 8..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชี้ค่า ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึกโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม **แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เดิม**
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาคด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ ภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจาก () เบื่ออาหาร () กลืนลำบาก () อื่น ๆ ระบุ	1. รับประทานอาหารได้ อย่างน้อย 75% ของที่จัด ให้ 2. ไม่อ่อนเพลีย 3. น้ำหนักตัวปกติ (BMI = 18 – 23) $BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัว กก.}}{\text{ส่วนสูง ม}^2}$ 4. ผล Albumin ปกติ	1. ค้นหาเหตุของการได้รับอาหารไม่ เพียงพอทุกวัน เช่น อาการเบื่ออาหาร เจ็บแผลในช่องปาก กลืนลำบาก ภาวะ ถ่ายเหลว 2. จัดให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายและทำ กิจกรรมต่าง ๆ นาน 15 นาที ก่อน อาหาร ½ ชม. 3. ดูแลความสะอาดปากฟันเข้า-เย็น และ ก่อนอาหารทุกมือ 4. สอบถามความต้องการอาหารของ ผู้ป่วยและดูแลการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยทุกมือ ถ้าได้รับไม่เพียงพอ รายงานให้แพทย์ 5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ ละน้อยแต่บ่อย ๆ ครั้งและไม่รีบเร่ง ทุกมือ 5. ดูแลให้ได้รับอาหารเพียงพอทุกมือ เช่น ป้อนอาหาร การ feed อาหาร 6. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ต่อร่างกายหากผู้ป่วยไม่ ทราบ 7.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปทุมธานี

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดจน่า
 ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม **แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม**
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ บกพร่องในการ ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน เนื่องจาก () ไม่รู้สึกตัว () เคลื่อนไหว ไม่ได้ตามปกติ () ถูกจำกัด กิจกรรม () อื่นๆระบุ	1. ทุกส่วนของร่างกาย สะอาด 2. ได้รับความช่วยเหลือ ในการทำกิจวัตร ประจำวัน	1. ช่วยเหลือผู้ป่วยทำความสะอาด ร่างกายปากและฟัน วันละ 2 ครั้ง 2. ดูแลเตียงและสิ่งแวดล้อมให้ สะอาดอยู่เสมอ 3. ช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการ รับประทานอาหาร การพักผ่อนนอน หลับและกิจกรรมอื่น ๆ ทุกเวร 4. ช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องขับถ่าย และทำความสะอาดหลังขับถ่าย 5..... 6..... 7..... ..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดมา ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผนที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม **แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม**
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ วิตกกังวล เนื่องจาก () ภาวะเจ็บป่วย เรื้อรัง () ได้รับการรักษา ที่ยาวนาน () ไม่ได้รับการ ตอบสนองความ ต้องการ () มีการสูญเสีย หน้าที่ของอวัยวะ ระบุ..... () อื่น ๆ ระบุ	1. ผู้ป่วยบอกสบายใจ ขึ้น - สีหน้าท่าทาง ผ่อนคลาย สดชื่นขึ้น 2. ระบุสิ่งที่วิตกกังวลได้ 3. เผชิญกับความวิตก กังวลได้และแสดงท่าที เชื่อมั่นขึ้น 4. ยอมรับผลการรักษา และให้ความร่วมมือใน การรักษาพยาบาล	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี สม่่าเสมอ และให้ความไว้วางใจให้กำลังใจ ความเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วย 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติ ได้ แสดงความรู้สึก ชักถามแผนการ รักษา ให้คำปรึกษาตามปัญหา รวมทั้งเปิดโอกาสให้ได้พบปะ พูดคุยกับผู้ป่วยที่มีอาการเหมือนกัน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ กำลังใจซึ่งกันและกัน 3. อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ และแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ที่ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมี ส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล 4..... 5..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชี้คมาข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึกโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม **แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เดิม**
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ชื่อ..... () มี () เสี่ยงต่อ () ผู้ป่วย () ญาติ ขาดความพร้อมใน การดูแลตนเอง/ ผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจาก () ขาดความรู้ () ไม่มี ประสบการณ์ () ไม่พร้อมใน การเรียนรู้ () อื่น ๆ ระบุ	1. บอกว่าสามารถดูแล ตนเอง/ผู้ป่วยได้ 2. ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถูกต้อง 3. ตอบข้อซักถามในสิ่ง ที่เรียนรู้ได้ 4. มีข้อมูลด้านแหล่ง ประโยชน์ เช่น สถาน บริการใกล้บ้าน 5. ผู้ป่วยและญาติ วางแผนร่วมกันในการ ดูแลผู้ป่วย	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และญาติอย่างสม่ำเสมอ 2. ประเมินความรู้และความสามารถ ของผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วย 3. ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ ก่อนสอนหรือแนะนำ 4. แนะนำ สอนหรือสาธิต และให้ คำปรึกษาเรื่องวิธีการปฏิบัติตน เช่น อาหาร การออกกำลังกาย 5. สนับสนุน/เสริมกำลังใจผู้ป่วย/ ญาติ/ผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ 6. ประสาน PCU ในการดูแล ต่อเนื่อง 7..... 8..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชี้คํา ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึกโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เดิม
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ การล้ม เนื่องจาก () การกลืนผิดปกติ () มีคลื่นไส้ อาเจียน () มุมปากตก ลิ้นแข็ง () ซึม () อื่น ๆ ระบุ.....	1. ไม่มีการล้ม 2. สามารถกลืนอาหาร ได้ 3. หายใจไม่มีเสียง ครืดคราด	1. สังเกตการกลืน อาการคลื่นไส้ อาเจียน ไอ และล้มระหว่างมือ อาหารและหลังมืออาหารถ้ามีอาการ ผิดปกติรายงานแพทย์ 2. ไขหัวเตียงสูงมากกว่า 60 องศา ระหว่างมืออาหารและหลังทาน อาหาร ½ ชม. 3. ดูแลเสมหะทางหลอดลมเมื่อมีเสียง เสมหะหรือก่อนรับประทานอาหาร 4. ป้อนอาหารช้า ๆ คำเล็ก ๆ หรือ ให้อาหารทางสายยางช้า ๆ ทุกมือ และสอนญาติเรื่องการป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยางตาม แผนการรักษาเมื่อญาติพร้อม 5..... 6..... 7..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสับสนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เดิม
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ () มี () เสี่ยงต่อ ภาวะ Shock เนื่องจาก () มีเลือดออกที่ (ระบุ)..... () ท้องเสีย () อาเจียน () ถ่ายเป็นเลือด () ประจำเดือน ออกมากผิดปกติ () อื่น ๆ ระบุ	1. ไม่กระสับกระส่าย มี ระดับความรู้สึกตัวดีไม่ สับสน 2. V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ BP. Diastolic > 90 mmHg 3. ปัสสาวะออกปกติ (30 cc./hr.)	1. สังเกตอาการและ V/S ทุก..... ชม. เพื่อประเมินภาวะ Shock ผิดปกติรายงานแพทย์ 2. Absolute bed rest เพื่อลดการ ทำงานของหัวใจ 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ/เลือดทาง หลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตาม แผนการรักษา 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตาม แผนการรักษาและสังเกตอาการ ขณะได้รับยาและผลข้างเคียงของยา 5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า - ออกทุก เวร และ/หรือจำกัดปริมาณน้ำตาม แผนการรักษา 6. ติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการทุกวัน ผิดปกติ รายงานแพทย์ 7.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชี้เฉพาะข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ การเกิดแผลกดทับที่..... เนื่องจาก () ความสามารถในการเคลื่อนไหว ลดลง () มีความผิดปกติ ของระบบประสาท เช่น มึนชา หรือไม่มี ความรู้สึก บริเวณ..... () ผิวหนังถูกกด เป็นเวลานาน () อื่น ๆ ระบุ.....	1. ไม่มีแผลกดทับ/ไม่มี รอยแดง/แผลลอกหรือ แผลพุพอง 2. อาการแผลกดทับดีขึ้น/หาย 3. ไม่เกิดแผลกดทับ ใหม่เพิ่มขึ้น	1. เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ แบบประเมิน Braden's score ทุกเวร 2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนบนที่นอนนิ่ม ผ้าปูเรียบตึงและจัดท่านอนโดยใช้ หมอนหรือผ้านุ่มรองบริเวณปุ่ม กระดูกทุกเวร เช่น ฟองน้ำ ถุงมือใส่ น้ำ หรือใช้เตียงลม 3. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 4. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีการยกไม่ ดึง ลาก เพื่อลดการเสียดสีกับที่นอน ทุกครั้ง 5. ดูแลและสอนญาติรักษาความ สะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะ ผิวหนังให้แห้ง สะอาดอยู่เสมอด้วย การ ทา โลชั่น/วาสลีน หลังเช็ดตัว ทุกครั้ง 6. ดูแลให้ได้รับอาหาร โปรตีนสูง และแคลอรีสูงทุกมื้อ 7. สอนและสาธิตการดูแล/วิธีการทำ แผลกดทับ ให้ผู้ป่วยแก่ญาติเมื่อ จำหน่ายกลับบ้าน 8.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม จดมาข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ () มี () เสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อน () ข้อติดแข็ง () กล้ามเนื้อลีบ () ปอดอักเสบ เนื่องจาก () ขาดการออกกำลังกาย กำลังข้อและ กล้ามเนื้อ () ถูกจำกัดการ เคลื่อนไหว () กล้ามเนื้อเกร็ง () อื่น ๆ ระบุ	1. กล้ามเนื้อไม่ลีบ หรือไม่ลีบลงกว่าเดิม 2. ไม่มีข้อติดแข็ง หรือไม่มีข้อติดแข็ง เพิ่มขึ้นจากเดิม	1. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือ แนะนำกระตุ้นให้เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ 2. สอนและแนะนำผู้ป่วย/ญาติ บริหารข้อต่าง ๆ อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 15-20 นาที 3. สอน/สาธิต/แนะนำผู้ป่วยหรือ ญาติผู้ป่วยให้ออกกำลังกายและเท้า แบบ Active/Passive Exercise อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที 4. ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกร็ง กล้ามเนื้อบ่อยครั้งอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที 5. ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำ กิจกรรมและออกกำลังกายตามแผน การรักษาของแพทย์/นัก กายภาพบำบัด 6..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลป๋กธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดมา ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึกโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม **แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม**
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () ผู้ป่วย ()ญาติ () มี () เสี่ยงต่อ การเผชิญปัญหาไม่มี ประสิทธิภาพ เนื่องจาก () ความเจ็บป่วย () การรักษาตัวอยู่ใน รพ.นาน () อื่น ๆ ระบุ	1. บอกว่าเข้าใจ สถานการณ์ปัจจุบันและ แผนการรักษา 2. ให้ความร่วมมือใน การรักษาพยาบาล 3. พักผ่อนนอนหลับได้ ไม่อ่อนเพลีย 4. ทำกิจวัตรประจำวัน ได้ตามปกติ	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีสม่ำเสมอ และให้ความไว้วางใจ ให้กำลังใจ ความเห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วย 2. ประเมินความสามารถในการ เผชิญปัญหาของผู้ป่วย/ญาติ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติ ได้ แสดงความรู้สึกซักถามแผนการ รักษาและให้คำปรึกษาตามปัญหา ของผู้ป่วย 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วน ร่วมในการรักษาพยาบาล 5. ประสานงานแพทย์และ ผู้เกี่ยวข้องกรณีผู้ป่วยมีปัญหาในการ การเผชิญปัญหาเพื่อการดูแล ต่อเนื่อง 6..... ..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชี้คําข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึกโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสับสนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาคด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ ขาดพลังอำนาจ เนื่องจาก () ขาดแหล่ง ประโยชน์ () รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง () ขาดการวางแผน แก้ไขที่ดีก่อน จำหน่ายผู้ป่วย () อื่น ๆ ระบุ	1. มีพลังอำนาจ <input type="checkbox"/> 5 2. มีความมั่นใจว่า สามารถควบคุมหรือ จัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ 3. สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย ไม่ซึม 4. ทำกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเองตาม ศักยภาพอย่างเหมาะสม	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และญาติอย่างสม่ำเสมอ 2. ประเมินผู้ป่วย/ญาติว่ามี สูญเสียพลังอำนาจ/กำลังใจหรือไม่ ระดับใด 3. ยอมรับพฤติกรรมและการแสดง ความรู้สึกของผู้ป่วย/ญาติทั้ง ทางบวกและทางลบ 4. ส่งเสริมการสำรวจศักยภาพของ ตนเองและใช้ศักยภาพอย่าง สร้างสรรค์ 5. ประสานนักสังคมสงเคราะห์/ PCU ในการดูแลต่อเนื่อง 6..... 7..... 8..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปักษ์ชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดฆ่า
 ข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่างพร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม **แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม**
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ ภาวะขาด/พร่อง ออกซิเจนในสมอง สัมพันธ์กับการเกิด อุบัติเหตุโรคหลอดเลือด สมอง ตีบ/ตัน/ แตก เนื่องจาก ความดันโลหิตสูง จาก () รับประทาน อาหารที่มีปริมาณ เกลือ/โซเดียมสูง () ไขมันในเลือดสูง () ได้รับบาดเจ็บที่ ศีรษะ () อื่น ๆ ระบุ	1. ความดันโลหิตปกติ คือ Systolic BP <input type="checkbox"/> 140 Diastolic BP. <input type="checkbox"/> 90 2. รู้สึกตัวดี ไม่มีตาพร่า มัว แขน/ขาปกติหรือไม่ มีอาการอ่อนแรง 3. ไม่มีอาการปวดศีรษะ เฉียบพลัน ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง 4. ระดับไขมันในเลือด ปกติ (ค่าปกติ = 150- 200 mg/ml)	1. ตรวจวัด V/S, N/S ทุก..... ชั่วโมง จนกว่าความดันโลหิตคงที่หรือตาม แผนการรักษาของแพทย์ 2. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษา 3. สังเกตอาการแสดงของอุบัติเหตุโรค หลอดเลือดสมอง ตีบ/ตัน/แตกทุกแ เช่น ปวดศีรษะอย่างเฉียบพลัน ตาพร่า มัวพบผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 4. แนะนำให้ญาติดูแลความปลอดภัย จากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากระดับ ความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปของ ผู้ป่วยทุกวัน 5. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ ให้เพียงพอและงดทำ กิจกรรมในช่วงที่ ความดันโลหิตสูงมากทุกวัน 6. ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน ไม่เค็ม และโปรตีนสูงทุกมื้อ 7. แนะนำให้ผู้ป่วยระวังความดันโลหิต สูง จากอาการไอ จาม การเบ่งถ่าย อุจจาระ ภาวะเครียด เมื่อผู้ป่วยขาด ความรู้ 8.....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โรงพยาบาลปึกธงชัย

- คำชี้แจง - ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช่องอื่น ๆ ให้เขียนรายละเอียดตามความเหมาะสม ชิดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก
- กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว ให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้ว โดยเขียนต่อลงมาที่ว่างข้างล่าง พร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึกโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและกิจกรรมการพยาบาลเดิม แต่ในกรณีที่ข้อมูลสนับสนุนหรืออาการที่เปลี่ยนไปจากที่วางแผนไว้เดิมให้เขียนข้อวินิจฉัยใหม่ในหน้าที่มีช่องว่างให้เติม
 - กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน-เวลา สิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง
- ประเภทผู้ป่วย 4 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 3 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....
 2 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ..... 1 ()/...../.....เวลา.....น. ลงชื่อ.....

วันเริ่ม ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการ พยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย)	แผนการพยาบาล	วันสิ้นสุด ปัญหา
...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.	ข้อ..... () มี () เสี่ยงต่อ () ภาวะน้ำตาลใน เลือดสูง () ภาวะน้ำตาลใน เลือดต่ำ เนื่องจาก () ตับอ่อนทำงาน ไม่ได้ตามปกติ () ได้รับความปรับ ระดับน้ำตาลมาก/ น้อยเกินไป () ปฏิบัติตัวที่ เหมาะสมกับโรคไม่ ถูกต้อง เช่น ขาดยา รับประทานอาหาร ไม่ถูกต้อง () อื่น ๆ ระบุ	1. ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับปกติ (80- 126 mg/dl) 2. ไม่มีอาการของน้ำตาล ในเลือดสูงเช่น ปัสสาวะ บ่อย หิวบ่อย กระหาย น้ำ หอบ คลื่นไส้ อาเจียน 3. ไม่มีอาการของ น้ำตาลในเลือดต่ำเช่น คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อ ออก ตัวเย็น ระดับความ รู้สึกตัวลดลง หมคสติ 4. V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ประเมินสภาพผู้ป่วย สังเกตอาการ และอาการแสดงวัด V/S ทุก.....ชม. ถ้าพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ เช่น () น้ำตาลในเลือดสูง เช่น ปัสสาวะ บ่อย หิวบ่อย กระหายน้ำ หอบ คลื่นไส้ อาเจียน () น้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชีพจร หดรสติ 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ/เกลือแร่ตาม แผนการรักษา 3. ดูแลให้ได้รับยากระดับน้ำตาลตาม แผนการรักษาของแพทย์ และสอน ผู้ป่วย/ญาติสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลัง ได้รับยาเบาหวานทุกครั้ง 4. แนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ ญาติเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ผู้ป่วย รับประทานได้โดยไม่ขัดต่อแผนการ รักษา เช่น หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกแป้ง - ไขมันสูง - น้ำตาลสูง ให้บริโภคผัก และผลไม้ที่ไม่หวานจัดทุกมื้อ 5..... .....	...../...../..... เวลา..... ลงชื่อ..... RN.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....เตียง.....

ภาคผนวก ซ

คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลปทุมธานี

คู่มือ

การใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์
ของโรงพยาบาลปักธงชัย

คำนำ

รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลป๋กซงซัย จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลสามารถบันทึกทางการแพทย์ได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์การให้บริการที่แตกต่างกันทำให้มีการบันทึกทางการแพทย์ที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องรวมถึงมีการบันทึกยังไม่ถูกต้องตามหลักการบันทึก ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาลมีหน้าที่ในการพัฒนาความรู้ความสามารถแก่พยาบาลทุกคนให้ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์ จึงมีแนวคิดในการพัฒนาคู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลป๋กซงซัยขึ้น เพื่อใช้เป็นคู่มือของพยาบาลให้มีการปฏิบัติการพยาบาลได้ตามกระบวนการพยาบาลและบันทึกไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีคุณภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลป๋กซงซัยที่จัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์โดยกำหนดรูปแบบการบันทึกและวิธีการบันทึกตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกแผนการพยาบาล แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวันแบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งแนวทางในการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ คือมีการบันทึกได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกได้ถูกต้องตามหลักการบันทึก และมีการความต่อเนื่อง มีคำอธิบายวิธีการบันทึก และคำศัพท์ต่าง ๆ เพื่อให้ง่ายและสะดวกในการบันทึก ลดภาระงานและการบันทึกที่ซ้ำซ้อนรวมถึงช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการบันทึกมากขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข และอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้ให้คำแนะนำในการจัดทำคู่มือด้วยดีตลอดมา พร้อมทั้งขอขอบคุณพยาบาลผู้เกี่ยวข้องทุกคนที่ร่วมมือกันในการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์ครั้งนี้จนสำเร็จ ลุล่วงเป็นอย่างดี เพื่อความก้าวหน้าของวิชาชีพต่อไป

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	205
แนวคิดของการบันทึกทางการพยาบาล	207
แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ.....	208
แบบบันทึกแผนการพยาบาล.....	211
แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน	214
แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน.....	215
แบบบันทึกการพยาบาล.....	217
แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.....	218
แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย.....	220
บรรณานุกรม	221

คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลป๋กรงค์ชัย

แนวคิดของการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์ เป็นการเขียนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำกับผู้ป่วยเฉพาะราย การเขียนบันทึกทางการแพทย์ช่วยให้บุคคลทั่วไปทราบถึงการทำงานของพยาบาลที่แสดงถึงทักษะด้านการเขียน สถิติปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเทคนิคการปฏิบัติงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ทางศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างทีมสุขภาพ 2) เพื่อเป็นข้อมูลรายงานแสดงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล หรือการปฏิบัติการต่าง ๆ ตลอดจนผลการการปฏิบัตินั้น ๆ 3) เป็นเครื่องมือสำคัญในการตรวจสอบคุณภาพ การประกันคุณภาพทางการแพทย์ 4) ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงทางกฎหมาย 5) เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับศึกษาค้นคว้าและวิจัยเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ 6) เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานและการคิดค่าตอบแทน

กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหายาอย่างเป็นระบบโดยอาศัยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือพยาบาลที่มีคุณภาพ กระบวนการพยาบาลจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วย ขั้นตอน การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการบันทึกทางการแพทย์ด้านอายุรกรรม-ศัลยกรรมของโรงพยาบาลป๋กรงค์ชัย ใช้เป็นเกณฑ์ในการบันทึกเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน และมีการบันทึกเป็นแนวทางเดียวกันซึ่งแสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย รายละเอียดของคู่มือแสดงถึงเอกสารรูปแบบบันทึกทางการแพทย์และแนวทางการบันทึก คำอธิบายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความสะดวกในการบันทึกและมีความมั่นใจในการบันทึกยิ่งขึ้น โดยคู่มือแสดงถึงรายละเอียด แนวทางการบันทึกในแบบฟอร์ม 7 แบบฟอร์ม คือ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ 2) แบบบันทึกแผนการพยาบาล 3) แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน 4) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน 5) แบบบันทึกการพยาบาล 6) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 7) แบบบันทึกสรุปลงการจำหน่ายผู้ป่วย

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง (Assessment Form)

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง: เป็นแบบบันทึกทางการแพทย์ที่รวบรวมข้อมูล และประเมินปัญหาต่างๆของผู้ป่วยตั้งแต่เรื้อรัง

แนวทางการบันทึก: พยาบาลวิชาชีพรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโดยการซักประวัติการเจ็บป่วย การสังเกตสภาพร่างกายและจิตใจทั่วไป การตรวจร่างกายเช่น การประเมินอาการปวด การวัดสัญญาณชีพแล้วบันทึกในแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง โดยกำหนดให้รวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชม. กรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อมูลสำคัญก่อนและส่งต่อเวรถัดไปรวบรวมข้อมูลให้เสร็จสมบูรณ์ครบถ้วนตามที่กำหนด

คำแนะนำการบันทึกในแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง

รายการ	วิธีการ
1. หลักการบันทึกทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกทันทีที่รับผู้ป่วย - บันทึกลงในแบบฟอร์มให้ถูกต้องครบถ้วน สั้น กระชับและได้ใจความ - ใช้คำย่อหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากล - เขียนผิดห้ามลบให้ขีดฆ่าข้อความที่ผิดแล้วเซ็นชื่อกำกับก่อนเขียนข้อความต่อไป
2. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ระบุเหตุผลหรืออาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ส่วนมากไม่เกิน 2 อาการ - พร้อมระบุระยะเวลาที่เกิดอาการนั้นๆตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล โดยไม่แปลความหมายของข้อมูล

รายการ	วิธีการ
3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	- บันทึกทรายละเอียดของอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วย รวมถึงวิธีการแก้ไขที่ได้ปฏิบัติก่อนมาโรงพยาบาล โดยเรียงลำดับเหตุการณ์วันเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงวันและเวลาที่มาโรงพยาบาล
4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีตที่ครอบคลุมถึงการผ่าตัด และ/หรืออุบัติเหตุที่ได้รับ มีอาการอย่างไร เคยรับการรักษาที่ไหน ผลการรักษาเป็นอย่างไร - บันทึกอาการแพ้ต่างๆที่เกิดจากการใช้ยา อาหารและอื่นๆเช่น ผื่นระคายเคืองจากการสีข้าว เกสรดอกไม้ เป็นต้น
5. ประวัติโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว	- บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ที่เกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และ/หรือโรคร้ายแรง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือไม่ก็ได้ เช่น วัณโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โดยระบุโรคที่เป็นและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
6. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	- บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทางด้านร่างกาย และ/หรือทางด้านจิตใจอารมณ์ของผู้ป่วย ที่สังเกตและ/หรือประเมินจากการตรวจร่างกายได้ เมื่อแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้รวบรวมแล้วสรุปลงในแบบบันทึก

รายการ	วิธีการ
7.ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน	- บันทึกที่แสดงถึงความต้องการด้านร่างกาย สังคม จิตใจและจิตวิญญาณ โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/ญาติ โดยสังเกตตามที่ระบุในแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ ซึ่งกำหนดให้เติมข้อความลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ()

หมายเหตุ รวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง กรณีเร่งด่วนให้รวบรวมข้อมูลสำคัญก่อน และส่งต่อเวรถัดไปรวบรวมข้อมูลให้เสร็จสมบูรณ์ครบถ้วนตามที่กำหนด

แบบบันทึกแผนการพยาบาล (Nursing care plan Form)

แบบบันทึกแผนการพยาบาล: เป็นแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกการวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งการวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนหลังจากที่ศึกษาข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ และพิจารณาแล้วว่าข้อมูลดังกล่าวจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ พยาบาลจะวินิจฉัยผลที่จะเกิดขึ้นจากข้อมูลที่รวบรวมได้ว่าจะเกิดปัญหา หรือผู้ป่วยกำลังเผชิญปัญหาสุขภาพใดอยู่ พยาบาลจะมีการวางแผนเพื่อป้องกัน บรรเทา หรือช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามการวินิจฉัยการพยาบาล โดยแบบบันทึกแผนการพยาบาลเป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างและจัดทำเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดจะเกิดกับผู้ป่วย) แผนการพยาบาลที่พบข้อบ่งชี้ในหอผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมการดูแล 4 มิติองค์รวม ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ และวันสิ้นสุดปัญหา ซึ่งในแต่ละข้อประกอบด้วยหัวข้อ

1. วันที่เริ่มพบปัญหา รวมถึงการลงลายมือชื่อของพยาบาลผู้วางแผนการพยาบาล
2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล
3. เกณฑ์การประเมินผล (ผลที่คาดจะเกิดกับผู้ป่วย)
4. แผนการพยาบาล
5. วันสิ้นสุดปัญหา รวมถึงการลงลายมือชื่อของพยาบาลผู้ประเมินผลข้อวินิจฉัย/ปัญหาของผู้ป่วยซึ่งได้รับการแก้ไข เปลี่ยนเป็นปัญหาใหม่หรือปัญหาหมดไป

แนวทางการบันทึก:

1. ประเมินปัญหาของผู้ป่วยและเลือกแบบบันทึกแผนการพยาบาลที่จัดทำเป็นแผนการพยาบาลมาตรฐานสำเร็จรูปตามปัญหาที่กำหนดแผ่นละปัญหาจากคอมพิวเตอร์ จากนั้นรวบรวมปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยที่วิเคราะห์ได้มาใส่หมายเลขหน้าข้อการวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดเรียงลำดับตามความรุนแรงของปัญหา คือ ปัญหาที่มีความสำคัญมากคุกคามต่อชีวิต ปัญหาที่มีความสำคัญปานกลางไม่คุกคามต่อชีวิต และปัญหาที่มีความสำคัญน้อยต้องการการพยาบาลแต่รอได้ตามลำดับ
2. ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ต้องการ ช่องอื่น ๆ ให้เขียนบรรยายรายละเอียดเพิ่มเติมตามความเหมาะสม หรือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลจากแนวทางที่กำหนด รวมถึงขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกพร้อมลงชื่อผู้บันทึก

3. กรณีต้องการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ที่ซ้ำกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิมที่สิ้นสุดไปแล้วให้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ในแผ่นที่ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลเดิม โดยกำหนดให้เขียนต่อลงมาที่ช่องว่างข้างล่างพร้อมระบุวัน, เวลา และลงชื่อผู้บันทึก โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลและแผนกิจกรรมการพยาบาลเดิม

4. กรณีเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้ป่วยหรือปัญหาสิ้นสุดให้ระบุวัน, เวลาสิ้นสุดปัญหาด้วยปากกาสีแดงทุกครั้ง

5. บันทึกชื่อ-สกุล, อายุ, HN, AN, เติง และประเภทผู้ป่วยให้ครบทุกช่อง

วิธีการบันทึก

1. **ช่องวันเริ่มปัญหา** ให้บันทึก วัน เดือน ปี เวลา และลงลายมือชื่อของพยาบาลผู้วางแผนการพยาบาล รวมถึงทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ/แผนการพยาบาล

2. **ช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล** ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.1 กำหนดข้อความ () มี () เสี่ยงต่อ หมายถึง ให้บันทึกว่ามีปัญหาสุขภาพหรือภาวะเสี่ยง ด้านร่างกายปัญหาและ/ด้านจิตใจ

2.2 กำหนดให้ระบุปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และใช้คำว่า “เนื่องจาก” เป็นตัวเชื่อมสาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลสนับสนุนของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3. **ช่องเกณฑ์การประเมินผล** (ผลที่คาดว่าจะเกิดกับผู้ป่วย) หมายถึง ให้บันทึกมาตรฐานที่ใช้ในการวัดหรือประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาล ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรืออาการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

4. **ช่องแผนการพยาบาล** หมายถึง ให้บันทึกการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการแก้ไขปัญหาให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และใช้เกณฑ์การประเมินผลเป็นเครื่องวัดว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้ว โดยการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องครอบคลุมหน้าที่หลักของการพยาบาลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งประเภทกิจกรรมพยาบาลมี 5 ประเภท คือ

- 1) ให้การดูแล (Caring) เช่น ดูแลความสะอาดร่างกาย
- 2) ให้ความช่วยเหลือ (Helping) เช่น ช่วยพยุง ช่วยในการบริหารกล้ามเนื้อ
- 3) ให้บริการ (Giving) เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม นวดหลังให้
- 4) ตรวจสอบ (Monitoring) เช่น สังเกตพฤติกรรม วัตถุประสงค์
- 5) การสอน (Teaching) เช่น สอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย

ส่วนประกอบของการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

- 1) วันที่ ที่เขียนกิจกรรมการพยาบาล
- 2) ประธานของประโยค ในส่วนนี้จะเขียนหรือไม่ก็ได้ เพราะกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลเสมอ
- 3) คำกริยาบอกการกระทำ เป็นคำที่ชี้ว่าจะให้พยาบาลทำอะไร เช่น ช่วย, ประเมิน, สาริตพลิกตะแคงตัว ตัวอย่าง พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
- 4) ส่วนขยายความ จะบอกให้รู้ว่าพยาบาลทำกิจกรรมอย่างไร เมื่อไร และที่ไหน เช่น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล
- 5) เวลา ต้องบอกว่าจะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเมื่อไร บ่อยครั้งแค่ไหน นานเท่าไร เช่น Dressing แผลด้วย NSS. OD.
- 6) ปลายเซ็น พยาบาลที่เขียนกิจกรรมการพยาบาลต้องลงชื่อกำกับ เพื่อเป็นการบอกถึงความรับผิดชอบ และทำให้ผู้ร่วมงานมี โอกาสสอบถามข้อมูลได้อย่างชัดเจน

แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน

แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน: เป็นแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ประเมินอาการ/ปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยให้บันทึกทุกวัน ทุกเวรภายหลังรับเวรทันทีในแบบฟอร์ม Checklist ที่กำหนด

แนวทางในการบันทึก:

1. กำหนดหัวข้อ การประเมินอาการผู้ป่วยต่อเนื่องภายหลังรับเวรทุกเวร โดยรายละเอียดแสดงถึงลำดับของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่สำคัญที่ต้องประเมินจำนวน 14 หัวข้อ ได้แก่ 1) ระบบผิวหนัง 2) ระบบประสาทและการรับรู้ความรู้สึก 3) ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด 4) ระบบการหายใจ 5) ภาวะโภชนาการ 6) ภาวะสมดุลของน้ำ/เกลือแร่ในร่างกาย 7) ระบบการขับถ่าย 8) ระบบการย่อยอาหาร 9) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 10) ความสุขสบาย 11) จิตใจ อารมณ์ สังคม 12) พลังอำนาจ 13) การดูแลตนเอง และ 4) ความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งในแต่ละหัวข้อมีคำอธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ปกติไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินที่สะดวก รวดเร็ว

2. กำหนดหัวข้อ การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามที่กำหนด

3. กำหนดหัวข้อ วันที่, เดือน, ปี และเวร ดึก-เช้า-บ่าย โดยให้ใส่ผลการประเมินอาการผู้ป่วยตามที่ประเมินได้จริง ถ้าไม่พบอาการผิดปกติให้ใส่เครื่องหมาย (✓) แต่ถ้าพบอาการผิดปกติให้ใส่เครื่องหมาย (X) พยาบาลนำผลการประเมินอาการผู้ป่วยที่ผิดปกติไปวางแผนการพยาบาลต่อไป

แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน

แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน: เป็นการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละวันตามช่วงเวลาที่กำหนดโดยใช้แบบฟอร์ม Checklist โดยกำหนดคำจำกัดความดังนี้

- | | |
|---|---|
| 1. Personal care | หมายถึง การดูแล/การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ได้แก่ |
| Self bath (S) | หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดร่างกายด้วยตัวเอง |
| Partial bed bath (P) | หมายถึง การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยโดยพยาบาลทำใ้บางส่วน |
| Complete bed bath (C) | หมายถึง การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยโดยพยาบาลทำใ้ทั้งหมด |
| 2. Nutrition care | หมายถึง การดูแลด้าน โภชนาการ |
| Nothing per mouth (NPO = N) | หมายถึง งดน้ำงดอาหาร |
| Naso-Gastic tube feeding (NG) | หมายถึง การดูแลให้อาหารเหลวทางสายยาง |
| Assist (A) | หมายถึง การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโดยมีพยาบาลคอยดูแลช่วยเหลือ |
| Self care (S) | หมายถึง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง |
| 3. Perineal care | หมายถึง การดูแล/การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก |
| Self clean (S) | หมายถึง การดูแล/การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกโดยผู้ป่วยเอง |
| Clean and dry (C) | หมายถึง การดูแล/การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกโดยพยาบาลทำใ้ทั้งหมด |
| 4. Wound care | หมายถึง การดูแล/การพยาบาลผู้ป่วยมีบาดแผล |
| Wet dressing (W) | หมายถึง การทำความสะอาดแผลชนิดเปียก |
| Dry dressing (D) | หมายถึง การทำความสะอาดแผลชนิดแห้ง |
| 5. Foley catheter care (Free drainage) | หมายถึง การดูแล/การพยาบาลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะให้ไหลสะดวกไม่อุดตัน โดยการตรวจสอบทุกเวร |
| 6. Safety precaution | หมายถึง การดูแล/เฝ้าระวังเพื่อใ้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายต่าง ๆ |

2-side rail up	หมายถึง การดูแลยกเหล็กกันเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล
Call bell within reach	หมายถึง มีกริ่งสัญญาณหรือกระดิ่งให้ผู้ป่วยกดเรียกขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา
7. Environment check	หมายถึง การตรวจสอบสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วยเพื่อความ สุขสบายและปลอดภัย
Check light	หมายถึง การดูแลแสงสว่างให้พอเพียงบริเวณเตียงผู้ป่วย หรือ ปิดไฟให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน
Temperature	หมายถึง การดูแลอุณหภูมิรอบๆตัวผู้ป่วยไม่ให้ร้อนหรือเย็น เกินไปตามความเหมาะสม
Noise	หมายถึง การดูแลด้านเสียงไม่ให้รบกวนผู้ป่วย
Cleanliness	หมายถึง การดูแลด้านความสะอาดบริเวณเตียงผู้ป่วย
8. IV. Check	หมายถึง การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้สาร น้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น การดูแลควบคุมจำนวน หยดของสารน้ำตามแนวทางการรักษาของแพทย์ การ ป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบบริเวณให้สารน้ำ

แนวทางในการบันทึก:

1. แบบฟอร์ม 1 แผ่น ใช้บันทึกเวลาทำกิจกรรมการพยาบาลได้ 3 วัน
2. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเวลาใดให้ใส่ตัวอักษรย่อตามที่กำหนด หรือใส่
เครื่องหมาย ✓ ในช่องเวลานั้น ๆ
3. กิจกรรมการพยาบาลข้อ 1-8 เป็นกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน ส่วนข้อ 9-10 ให้
บันทึก เพิ่มเติมได้ตามต้องการ

แบบบันทึกการพยาบาล (Nurses' Note)

แบบบันทึกการพยาบาล: เป็นการบันทึกขั้นตอนที่พยาบาลนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยกำหนดให้เขียนบรรยายในแบบบันทึกการพยาบาลทุกวัน ทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย ตามหัวข้อการวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดในรูปแบบของ DAR ได้แก่

D = Data ได้แก่ พฤติกรรมของผู้ป่วย สภาพของผู้ป่วยและข้อมูลการสังเกตของพยาบาล

A = Action ได้แก่ แผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

R = Response ได้แก่ การตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล

แนวทางในการบันทึก:

1. ช่องวันที่/เวลา ให้บันทึกวันที่และเวลาที่พบปัญหา รวมถึงกิจกรรมการพยาบาล
2. ช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล (N. Dx. #) ให้บันทึกตามลำดับ
3. ช่องอาการ/อาการแสดงและกิจกรรมการพยาบาล ให้บันทึกอาการ/อาการแสดงของผู้ป่วย ตามอาการ/ปัญหาที่ประเมินได้จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ และการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวัน รวมถึงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลตามที่วางแผนไว้ โดยมีการบันทึกวันและเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยถูกต้องตามความเป็นจริงทุกครั้ง บันทึกให้เห็นสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลและ/หรือการรักษาทุกครั้งตามความเหมาะสมของสถานการณ์ และบันทึกคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยไม่แปลความหมายทุกครั้ง
4. ช่องเวลา/การประเมินผล ให้บันทึกเวลาและผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลหลังให้การพยาบาล
5. ช่องลงนาม/ตำแหน่ง ให้บันทึกชื่อและตำแหน่งของพยาบาลผู้ประเมินผลการพยาบาล

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan)

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพ และช่วยเหลือตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ หรือแม้ว่าจะมีความพิการหลงเหลืออยู่บ้าง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย ขั้นตอนของการประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

แนวทางในการบันทึก:

1. เริ่มต้นวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน คำนึงถึงระดับความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ และการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องประจำวันทุกเวร
2. การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการบันทึกควรทำเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง กำหนดให้ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายภายหลังรับผู้ป่วยไว้ใน รพ. 24 ชั่วโมง ทุกเวรเช้าหรือตามความเหมาะสม และทำต่อเนื่องจนจำหน่าย
3. การวางแผนจำหน่ายไม่ควรบันทึกทุกอย่างพร้อมกันในวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ปฏิบัติและบันทึกการวางแผนจำหน่ายให้ครอบคลุมแนวทาง (ของกิวคัสโซ่) ในการเตรียมผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน โดยวิธี METHOD ดังนี้คือ

M = Medication แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยให้รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพของยา อาการข้างเคียง ขนาดที่ใช้ เวลา และวิธีรับประทานยาให้ถูกต้อง

E = Economic & Environment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานะเศรษฐกิจของผู้ป่วย รวมทั้งการประกอบอาชีพที่เหมาะสมหลังการเจ็บป่วย การขอความช่วยเหลือทางการเงินจากหน่วยงานต่าง ๆ และผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน

T = Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการตนเองและรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์/ทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล

H = Health ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองเช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากความเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสมกับข้อจำกัด ด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

O = Outpatient Referral ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตาม นัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการรักษาและ แผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่นที่จะมารับช่วงดูแลต่อเช่น สถานีนอนมัย

D = Diet ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้าน สุขภาพ รวมทั้งนำคัมเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

กำหนดให้หัวข้อ Medication, Diet, Treatment ให้ปฏิบัติในวันแรกของการรับใหม่ หัวข้อ Health, Environment & Economic and Outpatient referral ให้ปฏิบัติวันที่ 2 ของการรับใหม่ และทบทวน/ติดตามหรือสอนเพิ่มเติมตามความเหมาะสมในวันที่เหลือ

4. กรณีอยู่รพ.< 3 วันให้บันทึกในแบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ถ้าอยู่รพ. 3 วัน ให้ บันทึกในแบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย

5. กำหนดให้มีการประเมินผลการสอน การให้ข้อมูล การสาธิต และการฝึกทักษะ ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและ/ญาติ หรือผู้ดูแลจนกว่าจะเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

6. ในช่องวันที่/เวลา/ลงนาม ให้ลงวันที่ เวลา และเซ็นชื่อพร้อมตำแหน่งของพยาบาล ผู้สอน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นคนเดียวกันทุกครั้ง

7. ในช่องข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่กำหนดหรือเขียน เพิ่มเติมรายละเอียดตามความเหมาะสม หรือขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการและลงนามกำกับ

8. ในช่องกิจกรรมการพยาบาลให้เขียนเพิ่มเติมรายละเอียดตามความเหมาะสมในช่อง ที่กำหนด หรือขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการและลงนามกำกับ

9. ในช่องเวลา/ประเมินผล ให้ลงเวลา และให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่กำหนดหรือ เขียนเพิ่มเติมรายละเอียดตามความเหมาะสม

แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge summary Form)

แบบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย: เป็นการสรุปข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แนวทางในการบันทึก:

1. การบันทึกให้เต็มคำในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่กำหนดตามข้อมูลที่กำหนด
2. ชื่อผู้ป่วย, วันที่จำหน่าย, แพทย์ผู้จำหน่าย, ประเภทของการจำหน่าย บันทึกให้ชัดเจนครบทุกช่อง
3. บันทึกสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยให้ระบุสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว กำลังของกล้ามเนื้อ ชนิดของบาดแผล ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อนำมาวิเคราะห์เรื่องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
4. บันทึกการให้คำแนะนำและ/หรือทบทวนคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย คือ การนัดครั้งต่อไป, อุปกรณ์ที่ติดตัวกลับบ้าน, ยากลับบ้าน, อาหาร, การออกกำลังกาย, การสังเกตอาการ/อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และคำแนะนำอื่นๆ ต้องสอดคล้องกับบันทึกสภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายภายหลังจากที่พยาบาลให้คำแนะนำต้องมีการประเมินผลให้สามารถปฏิบัติได้จริงก่อนจำหน่าย
5. บันทึกการส่งต่อต้องระบุปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง สถานที่ส่งต่อและผู้ที่รับส่งต่อ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านกรณีจำเป็น
6. บันทึกชื่อผู้รับกลับบ้าน/ผู้รับคำแนะนำพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และชื่อพยาบาลผู้จำหน่าย/ให้คำแนะนำ ตำแหน่ง วันที่ เวลา เพื่อสะดวกในการติดตามและหาข้อมูลเพิ่มเติม

บรรณานุกรม

- คณะกรรมการพัฒนาการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลวิทยาลัยกองทัพบก
(2550) คู่มือการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร อรุณการพิมพ์
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชาและคณะ (2548) การรับรู้บทบาทของพยาบาลผู้วางแผนจำหน่าย
งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (2549) คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล
กรุงเทพมหานคร พี. เอ. ลิฟวิ่ง ด
- ฟารีดา อิบราฮิม (2546) ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล กรุงเทพมหานคร
สามเจริญพานิชย์
- วิพร เสนารักษ์ (2542) การวินิจฉัยการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 8 ขอนแก่น ขอนแก่นการพิมพ์
- อารี ชิวเกษมสุข (2551) กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ
กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- อารี ชิวเกษมสุข (2534) “การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบันทึกโดยใช้รูปแบบการบันทึกทางการ
พยาบาลที่บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับรูปแบบที่มุ่งปัญหา” วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฅ

ตัวอย่าง รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นใหม่และตัวอย่างการบันทึก

ข้อมูลแบบแผนความต้องการด้านร่างกาย	
<p>4. กิจกรรมและภาวะของกล้ามเนื้อ</p> <p>ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน: ช่วยเหลือตัวเอง (/) ได้ () ไม่ได้ในเรื่อง () การรับประทานอาหาร () แปรงฟัน () อาบน้ำ () การเดิน () การขับถ่าย () อื่นๆระบุ.....</p> <p>ข้อ (/) ปกติ () บวม แดง ร้อน () ตึง แข็ง ระบุตำแหน่ง.....</p> <p>กำลังของกล้ามเนื้อ (/) ปกติ ระดับ 5 () อ่อนแรง ระดับ 2 3 4 () อัมพาต ระดับ 0 1 ระดับ 5 เคลื่อนไหวข้อและด้านแรงผู้ตรวจได้ ระดับ 4 เคลื่อนไหวข้อและด้านแรงผู้ตรวจได้บ้าง ระดับ 3 เคลื่อนไหวข้อและด้านแรงไม่ถ่วงได้ ระดับ 2 เคลื่อนไหวข้อและด้านแรงไม่ถ่วงไม่ได้ แต่เคลื่อนที่แนวราบได้ ระดับ 1 ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อได้ เมื่อกล้ามเนื้อมีการหดตัวของกล้ามเนื้อบ้าง ระดับ 0 ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อได้ และไม่มีภาวะหดตัวของกล้ามเนื้อ</p> <p>ระดับความรู้สึกตัว (/) รู้สึกตัวดี () ง่วงซึม () ซึม () ใกล้เคียงสติ () มลสติ ลักษณะการหายใจ (/) ปกติ () ผิดปกติ () หายใจเร็ว () เบาเร็ว มีฟอง () ออกแรงมาก ใช้ กล้ามเนื้อคอ-หน้าท้องช่วย () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>ลักษณะจิตใจ (/) สม่ำเสมอ () ไม่สม่ำเสมอ ระบุ.....</p> <p>หัวใจ (/) เสียงปกติ () เสียงผิดปกติ () ไม่มีปกติ () เสียงผิดปกติ () สมบูรณ์</p> <p>5. การพักผ่อนนอนหลับ</p> <p>คุณภาพการนอนหลับ ปกตินอนวันละ.....6.....ชม. นอนกลางวัน () ไม่มี () มี.....ชม. ปัญหาการนอนหลับ (/) ไม่มี () มี ระบุ.....</p> <p>การใช้ยานอนหลับ (/) ไม่เคย () เป็นครั้งคราว () ใช้ประจำ ระบุ.....</p>	<p>ความสามารถของผู้ป่วย/ญาติในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วยที่บ้าน () มีความสามารถ (/) ไม่สามารถ/ มีข้อจำกัด สาเหตุ ระบุ.....ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว.....</p> <p>6.สติปัญญาและการเรียนรู้</p> <p>การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ (/) ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>การรับรู้ประสาทสัมผัสและการตอบสนอง</p> <p>การมองเห็น (/) ปกติ () สายตาสั้น () สายตายาว () สายตาเขิน () ได้เห็น () มือกระดก () คาบอด () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>การได้ยิน (/) ปกติ () หูอื้อ () หูตึง () หูหนวก () ใช้เครื่องช่วยฟัง () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>ความจำและการโต้ตอบ (/) ปกติ () ความจำไม่ดี () สูญเสียความทรงจำ () โต้ตอบไม่เหมาะสม () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>ความเจ็บปวด () ไม่มี (/) มี Pain score =.....8.....คะแนน ระดับ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (น้อยไปมาก)</p> <p>7. เกณฑ์ภาวะฉุกเฉิน (เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบนี้)</p> <p>ประจำเดือน ครั้งแรก อายุ.....ปี ประจำเดือนครั้งสุดท้าย เดือน/พ.ศ.....</p> <p>การมีประจำเดือน รอบประจำเดือน.....วัน/รอบ เป็นนาน.....วัน/ครั้ง G.....P.....A.....L.....อาการที่ผิดปกติอื่นๆที่เกี่ยวข้องระบุ.....</p> <p>การป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์ () ไม่มี () มี ระบุ.....</p>
ข้อมูลแบบแผนความต้องการด้านสังคม	ข้อมูลแบบแผนความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
<p>8.บทบาทและสัมพันธภาพ</p> <p>อาชีพปัจจุบัน () ว่าง (/) รับจ้าง () ว่างราชการ () ไม่ได้ทำงาน รายได้ (/) เพียงพอ () ไม่เพียงพอ งบแก้ไข.....</p> <p>ความเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อครอบครัว/อาชีพการเรียน (/) ไม่มี () มี ระบุ.....</p> <p>บทบาทและความรับผิดชอบในครอบครัว () หัวหน้าครอบครัว (/) สมาชิก ความรับผิดชอบในการหารายได้ของครอบครัว () ทั้งหมด (/) บางส่วน () ไม่ต้องรับผิดชอบ</p> <p>จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ (/) ไม่มี () มี ระบุ.....</p> <p>ความช่วยเหลือของครอบครัว () ไม่มี (/) มี ระบุ.....ที่สาว.....</p> <p>ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว (/) ราบรื่น () ไม่ราบรื่น ระบุ.....</p> <p>9. การรับรู้ตนเองและอัตลักษณ์ คิดว่าตนเองเป็นคนอย่างไร () ทุกข์ (/) เดียว () มีอารมณ์ขัน () วิตกกังวล () หงุดหงิดง่าย () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>ปัจจุบันท่านมีความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตาของตนเองอย่างไร (เฉพาะรายที่มีปัญหา) (/) ปกติ () ไม่ดี () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>ผู้ป่วยเคยมีกำลังใจ/สามารถจัดการสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง (เฉพาะรายที่มีปัญหา) (/) มี () ไม่มี ระบุสาเหตุ.....</p> <p>หัวข้อประเมิน.....1-6.....ลงชื่อผู้ประเมิน.....น.ศ. ๕.....RN. ว.ด.ป.....13 ธันวาคม 2552.....เวลา.....7.05 น.</p> <p>หัวข้อประเมิน.....7-11.....ลงชื่อผู้ประเมิน.....น.ศ. ๖.....RN. ว.ด.ป.....13 ธันวาคม 2552.....เวลา.....11.45 น.</p> <p>ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....น.ศ. ก..... อายุ.....25.....ปี HN.....1852.....AN.....539.....เตียง ...9</p>	<p>9-10 มีพลังอำนาจเพียงพอที่จะเผชิญเหตุการณ์ต่างๆได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่ง ผู้อื่นแต่อาจต้องการคำแนะนำจากบุคคลที่ไว้ใจได้</p> <p>6-8 มีพลังอำนาจปานกลางต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในบาง เหตุการณ์ที่ไม่มั่นใจว่าจะทำได้ด้วยตนเอง</p> <p>3-5 มีพลังอำนาจน้อยต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการความช่วยเหลือมากกว่า 50 %</p> <p>0-2 ไม่มีหรือมีพลังอำนาจน้อยมากจนไม่สามารถเผชิญเหตุการณ์ต่างๆได้ด้วยตนเอง</p> <p>10. ภาวะสุขภาพจิตและภาวะปรับตัว</p> <p>การตัดสินใจในเรื่องสำคัญ (/) ตัดสินใจได้เอง () ผู้อื่นตัดสินใจให้ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด/ไม่สบายใจในปัจจุบัน (/) ไม่มี () ความเจ็บป่วย () ครอบครัว () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>วิธีแก้ไขความเครียดเมื่อไม่สบายใจ (/) ระบายให้ผู้ฟัง () ใจอา () ทำบุญ () เล่นกีฬา () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>11. ค่านิยมและความเชื่อ</p> <p>นับถือศาสนา (/) พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจของจะเจ็บป่วย (/) ครอบครัว () ศาสนา () อื่นๆ ระบุ.....</p>

ประวัติผู้วิจัย



ชื่อ	นางฤดี น้าสูงเนิน
วัน เดือน ปีเกิด	14 มกราคม 2503
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2526
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลปักธงชัย อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

