



การบันทึกทางกายภาพ

ที่มีคุณภาพ

พว.ดร.นภัสภรณ์ เริงสะอาด

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

# ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล :

## การบันทึกทางการพยาบาล

เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล และเป็น ❤️ ของการปฏิบัติการพยาบาล เอื้ออำนวยต่อการนำแผนการพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ ภายใต้อบรมเขตของวิชาชีพ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560)



# จุดประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล :

(เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2550)

1. เพื่อสื่อสารให้ทีมสุขภาพใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปฏิบัติงาน
2. เพื่อการวางแผนการพยาบาลและวางแผนการดูแล ผป.
3. เพื่อการตรวจสอบทางการพยาบาล
4. เพื่อการวิจัย โดยใช้เครื่องมือในการวิจัย
5. เพื่อการศึกษา เช่น ใช้บันทึกเพื่อศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อ ผป./การประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
6. เพื่อเป็นเอกสารทางกฎหมายในกรณีที่มีปัญหาเรียกร้องสิทธิที่ ผป.พึงมีตามกฎหมาย



# การบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาล :

1. มาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาลระบุในข้อ 5 คือ การบันทึกและการรายงาน รายละเอียด ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2548)

- ❖ การบันทึกและรายงานการพยาบาลมีความครอบคลุมการพยาบาลในทุกระยะต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายโดยสรุปรายงานด้านพยาบาล ผน.ทุกราย
- ❖ การบันทึกมีความชัดเจนในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน
- ❖ มีการใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่มีมาตรฐาน และมีการพัฒนาแบบบันทึกให้สามารถบันทึกได้อย่างครบถ้วน แปลผลการบันทึกได้อย่างแม่นยำ
- ❖ ผลการบันทึกสามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้

## การบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาล :

- ❖ มีระบบตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ของการบันทึกเพื่อการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ
- ❖ ข้อมูลที่บันทึกนำมาใช้เพื่อการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับภาวะและความก้าวหน้าในอาการ ผล.ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ
- ❖ ข้อมูลที่บันทึกสามารถนำมารวบรวมเปรียบเทียบและประเมินความต้องการการดูแลของ ผล.
- ❖ การบันทึกมีความชัดเจนในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน
- ❖ ช่วยในการวางแผนการพยาบาลและให้ ผล.ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องรวมทั้งได้รับการดูแลที่ปลอดภัย



## การบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาล :

- ❖ ช่วยในการแยกแยะบทบาทของพยาบาลจากวิชาชีพอื่น
- ❖ ใช้เป็นเกณฑ์ในการจำแนก ฌป.
- ❖ ให้ข้อมูลแก่ฝ่ายบริหารในการวางแผน
- ❖ นำมาใช้เป็นเครื่องมือในกระบวนการประกันคุณภาพการดูแลรักษา ฌป.และเป็นหลักฐานในการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและ รพ.
- ❖ ใช้เป็นหลักฐานทาง กม.

# การบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาล :

## 2. มาตรฐานการรับรองคุณภาพ รพ. (Hospital Accreditation: HA) (สรพ, 2561)

เป็นมาตรฐานระดับ รพ. ต้องมีการดำเนินการเรื่อง การบันทึกข้อมูล ฅป.ในมาตรฐานการกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาล ข้อ 2.2 หมวด ข.ปฏิบัติการพยาบาล

- พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิ ฅป.และจริยธรรมวิชาชีพ โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น
- พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลที่ทันสมัย
- พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของ ฅป.อย่างต่อเนื่องโดยวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ แรกรับจนหลังจำหน่าย ร่วมกับทีมสุขภาพ ฅป./ครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อให้ ฅป.ได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง เปิดเสรีจผสมผสาน และเป็นองค์รวม

## การบันทึกตามมาตรฐานการพยาบาล :

- บันทึกการทำงานพยาบาลและรายงานการพยาบาลแสดงถึงบทบาทพยาบาลในการดูแล ผป. แบบองค์รวม เป็นประโยชน์ในการสื่อสาร ดูแลต่อเนื่อง ประเมินคุณภาพการพยาบาล วิจัย และใช้เป็นหลักฐานทาง กม.
- มีการติดตามประเมินผลปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การบันทึกทางการพยาบาลเป็น KPI ที่สำคัญ ที่แสดงออกถึงคุณภาพของบริการพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งที่จะต้องผ่านการตรวจสอบเพื่อการรับรองคุณภาพ รพ. สปสช.ระบุให้มีการบันทึกองค์ประกอบทางการพยาบาลโดยใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม (Caring) ตอบสนองความต้องการของ ผป. (Giving) ความพร้อมช่วยเหลือสนับสนุน (Supporting) การสอนให้คำแนะนำ (Teaching) การติดตามแผนที่วางไว้ (Monitoring)



การประเมินตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่

- การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)
- กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)
- ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcome)

เป็นกระบวนการสำคัญที่เป็นข้อมูลป้อนกลับให้นำ  
กลับไปพัฒนาระบบ (สรพ., สภาการพยาบาล,  
กรมบัญชีกลาง, ปกส., สปสช., 2563)

MRA Accept

LEAN

กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนได้แก่

- การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)
- การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)
- การวางแผนการพยาบาล (Planning)
- การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
- การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การดำเนินงานตามขั้นตอนเป็นพลวัตรตลอด 24  
ชม. (เพ็ญจันทร์ แสงประสาน, 2560)

# การประเมินภาวะสุขภาพและรวบรวมข้อมูล : Assessment



Objective data: เป็นข้อมูลที่พยาบาลสังเกตและรวบรวมข้อมูลจากการประเมิน ผลที่เป็นจริง เช่น PE, LAB, BW, BT, PR, RR, BP เป็นต้น



Subjective data: เป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของ ผล. หรือที่เรียกว่า “Symptoms” เช่น ปวด N/V เหนื่อย กังวล เบื่อ เป็นต้น

การรวบรวมข้อมูล เพื่อช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจในการกำหนดปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ใช้แนวคิด **OLDCART** มาใช้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) ได้แก่

- เมื่อใดที่เริ่มมีอาการ (Onset)
- บริเวณที่มีอาการเจ็บปวดหรือปัญหาสุขภาพ (Location)
- ความถี่หรือระยะเวลาที่เป็น (Duration)
- ลักษณะอาการ อาการแสดงที่พบ (Characteristics)
- ปัจจัยร่วมมีอะไรบ้าง รายละเอียด (Aggravating factors)
- ทำอย่างไรอาการจึงดีขึ้น ได้รับการรักษาบำบัดอะไรบ้าง (Relieving and Treatment factors)

# รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล :

## 1.การบันทึกบอกเล่าเรื่องราว (Narrative record)

เป็นรูปแบบที่ N. มีความคุ้นเคย มีการบันทึกโดยการบรรยายลำดับเหตุการณ์หลังหรือสรุปปัญหาการพยาบาลและการตอบสนองของ ผป. ซึ่งการบันทึกมี 3 ส่วนคือ การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล



## 2.PIE Charing

เป็นวิธีการบันทึกเรียงลำดับความก้าวหน้าของอาการ ผป. โดยมีรูปแบบการเขียนเรียกว่า PIE (P=Problem; I=Intervention; E=Evaluation) เช่น

11/9/65 P: หายใจหอบมีเสียง Wheezing BL

10.15น. I: พ่นยาขยายหลอดลม,ให้O25LPM,bedrest

E: RR=24bpm,O2sat=98%,เสียงWheeze

ลดลงเหลือเสียง Wheeze Lt lung ผป.หายใจสะดวกขึ้นไม่บ่นเหนื่อย

นภัสภรณ์ เชิงสะอาด RN

# รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล :

3. การบันทึกโดยระบบปัญหา (Problem oriented record) มีองค์ประกอบสำคัญ 4 อย่างคือ

1. ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) เป็นข้อมูลพื้นฐานที่รวบรวมจากการ Assessment ผล. ประกอบด้วย Sub.data, Obj.data
2. รายงานปัญหา (Problem list) ปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์และนำมาเรียงลำดับความสำคัญ
3. แผนการพยาบาล (Nursing care plan) เป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหาตามที่ระบุไว้ พิจารณาตามความรุนแรงของปัญหา
4. บันทึกความก้าวหน้าของ ผล. (Progress note) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของ ผล.

4. รูปแบบการบันทึก SOAP note พัฒนาเป็น SOAPIE note

ประกอบด้วย

1. S: Subjective data
2. O: Objective data
3. A: Analysis
4. P: Plan
5. I: Intervention
6. E: Evaluation



# บูรณาการการบันทึกทางการพยาบาลแนวใหม่เน้นจุดสำคัญ : Focus Charting

## ความหมายของ Focus Charting:

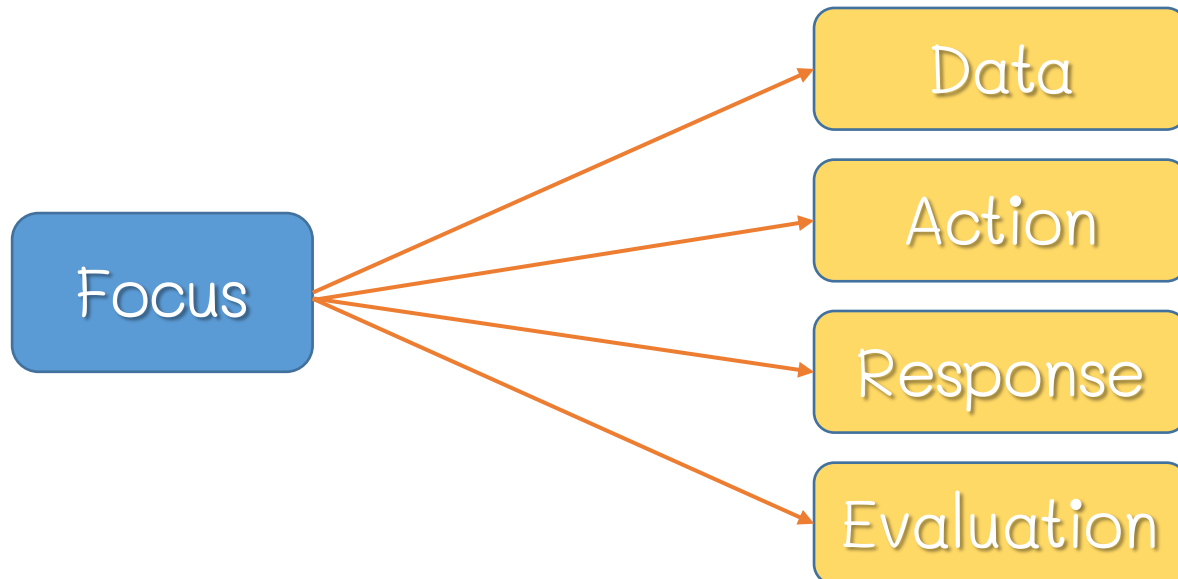
- Wheeland (1993) เป็นการบันทึก NN ที่เน้น ฅป.เป็นศูนย์กลาง สามารถบอกถึงภาวะของ ฅป. การพยาบาลที่ใ้ ฅป. และสื่อสารกับทีมได้ด้วย เป็นบันทึกที่ง่ายต่อการอ่าน
- Smith (2000) เป็นรูปแบบการบันทึก NN รูปแบบใหม่ที่สะท้อนกระบวนการพยาบาล เป็นการบันทึกข้อมูลที่รวบรวม าระขับ ประกอบด้วย Data, Action, Response และสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล
- ยุวดี เกตุลัมพันธ์ (2555) เป็นโครงสร้างบันทึกที่มีชีวิต สะท้อนกระบวนการพยาบาล ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ/ปัญหา ของ ฅป.ได้อย่างรวดเร็ว สื่อสารข้อมูลที่สำคัญให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในการดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น เป็นการบันทึกที่รวบรวม ะขับ ชัดเจน

สรุป Focus Charting เป็นการบันทึก NN เน้นการปฏิบัติการพยาบาลในสภาพการจริง สะท้อนถึงกระบวนการพยาบาล บอกถึงจุดเน้นการดูแล ฅป.เป็นรายบุคคลและสื่อสารข้อมูลสำคัญของ ฅป.ให้บุคลากรในทีมการพยาบาล และสหวิชาชีพได้ตรง ประเด็น ในเวลาและสภาพที่เป็นจริงของ ฅป. (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560)



# Focus Charting แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. ส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญ (Focus) เป็นการบันทึกข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญหรือระบุเหตุการณ์ในการดูแลรักษา โดยบรรยายสภาวะสุขภาพของ ผป.ในปัจจุบัน พิจารณา Patient concern, Diagnosis, Behaviors, Treatment/Therapy, Response
2. ส่วนที่เป็นเนื้อหาหรือ Progress note ส่วนนี้ใช้ Format DAR (Data, Action, Response) หรือ AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) บุคลากรเป็น DARE (Data, Action, Response, Evaluation)



# ตารางความสอดคล้องระหว่าง Focus Charting และ Nursing Process (Smith,2000)

	Focus Charting	Nursing Process
Focus	จุดเน้น ปัญหา	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล
Data	ข้อมูลสนับสนุน	การรวบรวมข้อมูล
Action	การวางแผนและการพยาบาลต่อเนื่อง	การวางแผนและการพยาบาลต่อเนื่อง
Response	ประเมินผลที่ ฃป. และรวบรวมข้อมูลซ้ำ	ประเมินผลที่ ฃป. และรวบรวมข้อมูลซ้ำ



# ตัวอย่างแบบบันทึก Focus Form

Date/Time	Focus	DARE
9/9/65	มีไข้ ปวดศีรษะ	A: BT=38C, PS=8คะแนน, สีหน้าไม่สุขสบาย, Complainedปวด
18.35 น.		I: ประคบเย็นที่ศีรษะ, เช็ดตัวลดไข้, ให้อาหารแก้ปวด, ประเมิน BT PS ซ้ำ
		E: บอกลดไข้ปวดลดลง BT=37.2C PS=2คะแนน หลับพักได้ทั้งคืน
10/9/65	ไม่สุขสบายจาก ปัสสาวะไม่ออก	D: ปวดท้องน้อยมาก PS=10 มี bladder full หลัง off Cath ไม่ void มา 8 ชม. แล้ว
		A: ช่วยเหลือกระตุ้นเรื่อง void เช่น นวดบริเวณกระเพาะปัสสาวะ ช่วยเหลือในการจับถ่ายปัสสาวะที่ห้องน้ำ/ รายงานแพทย์ให้ Intermittent Cath ให้หรือ Retained Cath ให้
		R: ปัสสาวะออกนิดเดียวไม่สุด เบ่งไม่ออก ไม่ void/ urine ออก 700 ml.
		E: ยังบ่นปวดท้องน้อยไม่สุขสบาย PSไม่ลดลง/urine เหลือเข้ม PS=3 สุขสบายขึ้น

} ช่วงแรก

## ลักษณะของการบันทึก Focus ประกอบด้วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน,2560)

1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) หรือปัญหาาร่วมระหว่างทีม (Collaborative problem)
2. อาการ (Sign) หรืออาการแสดง (Symptom) ที่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยของแพทย์ (Medical diagnosis) หรือแผนการดูแลรักษา (Treatment plan) หรือตัวบอเหตุ (Trigger) ที่ยังไม่สามารถอธิบายความเกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. สิ่งที่ทำให้มีความสำคัญหรือพฤติกรรมปัจจุบัน (Current patient concern or behavior) และ N. ต้องเป็นผู้ดูแล
4. การเปลี่ยนแปลงอาการของ ผป.เฉียบพลัน (Acute change and patient's condition) และ N. ต้องช่วยเหลือเบื้องต้น
5. เหตุการณ์ในการดูแล ผป.หรือการดูแลเฉพาะ (A significant event in patient care or patient's treatment)
6. ความต้องการเฉพาะของ ผป. (Special patient need or consulting physicians or multidisciplinary care)
7. การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแล ผป. หรือนโยบาย รพ. (Standard of care or Policy)
8. ความเสี่ยงที่อาจเกิดกับ ผป. ทั้งจากสิ่งแวดล้อมและปัญหาของ ผป.เฉพาะราย (Risk factors)

## ข้อดีของ Focus Charting (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560)

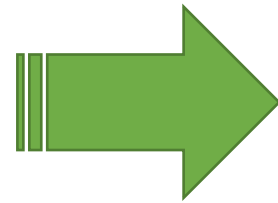
1. เป็นการบันทึกเฉพาะสิ่งสำคัญ เนื้อหาในการบันทึกเป็นเรื่องราว/เหตุการณ์ที่สำคัญของ ผป. ใช้ในการดูแล ผป.รายบุคคล
2. Patient focus โดยมุ่งประเด็นภาวะสุขภาพของ ผป.ปัจจุบันและการเปลี่ยนแปลง ผป.ต่อเป้าหมายการรักษาพยาบาล
3. ยืดหยุ่น ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงานบริการพยาบาล
4. สะท้อนกระบวนการพยาบาล
5. เอื้อถึงการบันทึกข้อมูลที่รวบรัด กระชับ ชัดเจน
6. ง่ายต่อการหาข้อมูลที่สำคัญของ ผป.
7. สื่อสารข้อมูลสำคัญของ ผป.กับบุคลากรวิชาชีพอื่นได้ชัดเจน
8. สามารถปรับใช้ได้ง่ายกับระบบการบันทึกด้วย Computer







การประเมินคุณภาพ  
การบันทึก  
ทางการพยาบาล



Focus Charting

# แบบประเมินการบันทึกทางการพยาบาล Focus charting

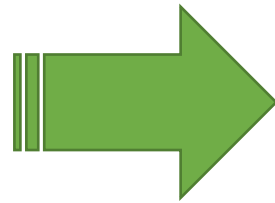
รายการประเมิน	เต็ม	ได้
<b>1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ (Assessment)</b>	13	12.10
1.1 บอกถึงสภาวะผู้ป่วยและอาการสำคัญ/เหตุผลที่รับไว้ในความดูแล	2	2.00
1.2 มีการประเมินสภาพร่างกายตามระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย	4	3.82
1.3 การประเมินบอกถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย	2	1.50
1.4 บอกถึงสถานะและสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยต่อครอบครัวและสังคม	2	1.82
1.5 ประเมินความต้องการความรู้ด้านสุขภาพ	3	2.96
<b>2. การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Intervention)</b>	20	17.76
2.1 ระบุถึงกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและสภาพอาการที่เปลี่ยนแปลง	8	7.59
2.2 ระบุเรื่อง/หัวข้อการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย	4	3.43
2.3 ใ้เฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก	4	3.27
2.4. การประเมินต่อเนื่อง	4	3.47
<b>3. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)</b>	4	2.44
3.1 มีการประเมินผลที่ชัดเจนสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลที่ต่อเนื่อง	4	2.44
รวม	37	32.30



ผลการประเมินโดยการสุ่มตรวจ  
ประเมินเวชระเบียนผู้ป่วย งาน  
ผู้ป่วยใน จำนวน 30 chart  
รอบที่ 1/65 : คุณภาพการ  
บันทึกทางการพยาบาลในงาน  
ผู้ป่วยใน ร้อยละ 87.29



การประเมินคุณภาพ  
การบันทึก  
ทางการพยาบาล



คู่มือการตรวจประเมิน  
คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน  
(Medical Record Audit Guideline)  
2563



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)  
สภากาชาดไทย  
กรมบัญชีกลาง  
สำนักงานประกันสังคม  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการตรวจ  
ประเมินคุณภาพ  
การบันทึกเวชระเบียน  
ผู้ป่วยใน



## 12. Nurses' note บันทึกการพยาบาล

### เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (nurses' note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่
  - 2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่น ๆ เช่น
    - ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ
    - บันทึกการให้ยา (medication administration record)
    - ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอรัมปรอท (graphic sheet) เป็นต้น
  - 2.2 ใบบันทึกของสาขาวิชาชีพ เช่น ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบประเมิน/ประเมินซ้ำ เช่น search out severity score (SOS score) เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพ  
ได้ลงลายมือชื่อกำกับกับการบันทึกนั้น **และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด**
4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าชื่อพยาบาลผู้ใดเป็นผู้บันทึก



# เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

**เกณฑ์ข้อที่ 1** การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

1.1 อาการสำคัญ: อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดที่ต้องมาพบแพทย์ โดยระบุอาการหลักเพียง 1- 2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการ

ส่วนประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง คือการซักถามถึงอาการหรือ เหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้นนั้น และ

1.2 อาการผู้ป่วยแรกรับ ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย และระบุเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล



# เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

## เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

2.1 มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ/หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

## เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

3.1 ระบุกิจกรรมการพยาบาล ที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย และ

3.2 มีการประเมินซ้ำ: ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล โดยในบันทึกการพยาบาล ควรระบุอาการหรืออาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม ทันเวลา และ/หรือ

3.3 ระบุกิจกรรมที่ตอบสนอง ต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)



# เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

## เกณฑ์ข้อที่ 4 การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล

- 4.1 มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วย ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือ การรักษาของแพทย์
- 4.2 มีบันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด โดยบันทึก วันเดือนปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น

## เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาล

- 5.1 มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือด้านร่างกาย และหรือ ด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว



# เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

## เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเองที่บ้าน (Discharge plan)

- 6.1 มีการบันทึกระบุนอาการ หรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น  
หลังจำหน่าย และ
- 6.2 มีการบันทึก
  - 6.2.1 การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเอง  
ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และหรือ อาจมีการจัดกิจกรรม  
เสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
  - 6.2.2 มีการระบุข้อมูล ที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และหรือ ฝึกทักษะของ  
ผู้ป่วย/ครอบครัว



# เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

## เกณฑ์ข้อที่ 7 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- 7.1 มีการระบุปัญหา ความต้องการ ข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาล และในเครือข่าย/ชุมชน
- 7.2 มีบันทึกการนัดหมายผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม (ถ้ามี)

## เกณฑ์ข้อที่ 8 การจำหน่ายผู้ป่วย

- 8.1 มีการสรุปอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพ รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และ
- 8.2 มีการระบุ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- 8.3 ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)





# เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

## เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

### 9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

9.1.1 แกรับ: ระบุวันเดือนปี และเวลา แกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

9.1.2 ระหว่างการดูแล:

9.1.2.1 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม  
ทันการณ์และการตอบสนอง

9.1.2.2 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ในคำสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา

9.1.2.3 มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (medication administration record) ที่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา

9.1.3 ก่อนจำหน่าย: ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

### 9.2 การบันทึกและลงลายมือชื่อ

9.2.1 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

9.2.2 มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา (medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก

หมายเหตุ หัก 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ในกรณีมีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวันและทุกเวร



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
Medical Record Audit Form (IPD)

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
Medication Record Audit Form (IPD)

Medical record audit of.....(Hospital name) HN.....AN.....Date admitted.....Date discharged.....

การบันทึก : กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1

กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีที่ไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ใดๆ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องให้กากบาทในช่อง NA

กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน กากบาทในช่อง Missing

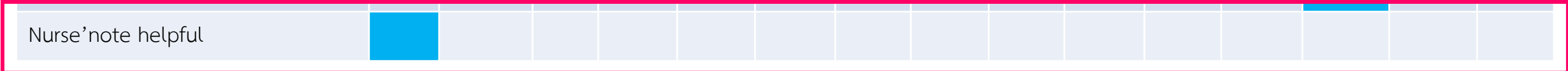
กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนั้น ให้ กากบาทในช่อง No

ไม่มีให้ตรวจสอบ ไม่ครบ หายไป ให้ X

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
Medication Record Audit Form (IPD)

Content of medical record	NA	Missing	NO	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เกณฑ์ ข้อ 8	เกณฑ์ ข้อ 9	หัก คะแนน	รวม คะแนน	หมายเหตุ
Discharge summary: Dx., OP.															
Discharge summary: Other															
Informed consent															
History															
Physical exam															
Progress note															
Consultation record															
Anesthetic record															
Operation note															
Labour record															
Rehabilitation record															
Nurse'note helpful															

มีแต่ไม่บันทึก ให้ X



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
Medication Record Audit Form (IPD)

Full score รวม.....คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนน)      SUM score.....      ร้อยละ.....

(...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

Overall finding : (...) เอกสารบางแผ่นไม่มีชื่อผู้รับบริการ HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้

เลือกเพียง 1 ข้อ      (...) ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน

(...) ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน

(...) มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....

แนวทางการตรวจ  
ประเมินคุณภาพ  
การบันทึกเวชระเบียน  
ผู้ป่วยนอก/  
ฉุกเฉิน

K.อังคนารัตน์



## Medical Record Audit Guideline

### ผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน (General case)

หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกหรือฉุกเฉินด้วยโรคทั่วไป การตรวจประเมินจะใช้ ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากบันทึกการตรวจรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจ

ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM HT COPD Asthma IHD Stroke เป็นต้น รายละเอียด

1. กรณีที่เป็นโรค NCD เกิน 3 เดือน การตรวจใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย จากการตรวจรักษาในครั้งแรก ของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) เป็น first visit date
2. กรณีที่มีการตรวจพบโรค NCD น้อยกว่า 3 เดือนของช่วงเวลาที่ต้องการตรวจใช้ข้อมูลจากการตรวจพบโรคในครั้งนั้นเป็น first visit date
3. Obj ของการตรวจประเมินกรณี NCD เพื่อให้ ผป. ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญอย่างน้อยปีละครั้งในทุกต้นปี