

บันทึกทางการพยาบาล

Focus Charting

พว. ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์

พยาบาลเชี่ยวชาญอิสระ

กรรมการสภาการพยาบาล

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย และควบคุมการถ่ายภาพ

นายกสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย



ความหมายของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

- เอกสารในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งที่เขียนหรือสร้างขึ้นด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่อธิบายสถานะของผู้ป่วย/ลูกค้าเกี่ยวกับการดูแลหรือบริการที่มอบให้กับผู้ป่วย/ลูกค้านั้น
- เอกสารการพยาบาลหมายถึงข้อมูลผู้ป่วย/ลูกค้าที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางอิเล็กทรอนิกส์ที่สะท้อนกระบวนการพยาบาล
- บันทึกเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลและความเป็นมืออาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาล คุณค่าและความสำคัญที่ยอมรับ

- ช่วยในการสื่อสารข้อมูลสำคัญเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ลดความผิดพลาด (สำคัญที่สุด)
- เป็นหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยจริง
- เป็นเอกสารสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล
- ใช้เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพทางการพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ
- เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ใช้เมื่อมีกรณีฟ้องร้อง
- การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ และการพยาบาล (ความสำคัญน้อยด้านการดูแล)
- การสอนและการวิจัย

รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

รูปแบบการบันทึก ทั้งที่เป็นกระดาษและคอมพิวเตอร์

1. การบันทึกตามแบบฟอร์มที่กำหนดขึ้นเพื่อง่ายในการบันทึก และสื่อสาร
2. การบันทึกโดยผู้บันทึกเองต้องบันทึกหรือพิมพ์ข้อมูลลงในพื้นที่กำหนดให้เอง

The image displays three different nursing assessment forms. The first is a comprehensive 'ADULT NURSING ASSESSMENT FORM' from SRIRAJ HOSPITAL, featuring sections for personal data, physical assessment, spiritual/cultural needs, and nutrition. The second is a 'Skin' assessment form, which includes a body diagram for marking lesions and a 'Pressure Ulcer Staging' section. The third is a 'SHORT STAY NURSING FOCUS NOTE' form, which is a table with columns for DATE, SHIFT, TIME, FOCUS, and PROGRESS NOTE (with sub-columns for Assessment, Intervention, and Evaluation). A blue arrow labeled '1' points from the first form to the third, and another blue arrow labeled '2' points from the second form to the third.

โครงสร้างแบบฟอร์มเดิมที่ใช้ร่วมกัน

ใบประเมินแรกรับ จนถึง
ใบ Discharge Summary

The image displays several overlapping medical forms from Siriraj Hospital:

- ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL:** Includes personal data (Name, Age, Sex, Education, Occupation), admission details (Date, Time, Mode of Arrival), and vital signs (Temp, HR, Resp, BP, Weight).
- MONITORING NURSING RECORD, SIRIRAJ HOSPITAL:** A grid for tracking vital signs (T, P, R, BP, FHR) and other parameters (W/Land Ht, Abd. cir, Diet, Oral Fluids, Parenteral, Urine, Stools) over time.
- ORAL MEDICATION RECORD, SIRIRAJ HOSPITAL:** A table for recording medication administration, including Medication, Dose, Frequency, Date, Time, and Sign.
- DAILY NURSING ACTIVITY CHECKLIST FORM, SIRIRAJ HOSPITAL:** A grid for tracking nursing care activities (Nursing Care, Bath, Mouth Care) across multiple dates and times.
- NURSING DISCHARGE SUMMARY FORM, SIRIRAJ HOSPITAL:** A comprehensive form for patient discharge, including diagnosis, treatment, health status before discharge, continuing health problems, health information, and discharge details.

Additional forms visible include a vital signs chart and a form with a diagram of a human torso for dermal assessment.

ลักษณะบันทึกที่มีคุณภาพ

- Factual เป็นความจริง
- Accurate น่าเชื่อถือ ถูกต้อง แม่นยำ ใช้การวัดที่ชัดเจน
- Complete ครบถ้วน เป็นข้อมูลที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้อง
- Timely (date & time) ทันเวลา เป็นไปตามวันและเวลา
- Current: เป็นปัจจุบัน รวมถึงการการ update เอกสารรูปแบบ Flow chart อื่นๆ ตามมาตรฐานองค์กร
- Concise สั้น กระชับ
- Organized: เป็นระเบียบ โดยการจัดข้อมูลให้เป็นระบบระเบียบ เป็นเหตุเป็นผล
- Properly signed: มีการลงนามอย่างถูกต้อง
- Properly corrected errors: มีการแก้ไขอย่างถูกต้อง

มาตรฐาน กระบวนการพยาบาล และการบันทึก

ความสัมพันธ์ที่เป็นพื้นฐานการบันทึกที่มีคุณภาพ

มาตรฐานสภาการพยาบาล
ปฏิบัติภายใต้ข้อบังคับสภาการพยาบาล พ.ศ. 2564
ประกอบด้วย 4 หมวด 35 ข้อ

เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๕๓ ง หน้า ๒๘
ราชกิจจานุเบกษา ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๔

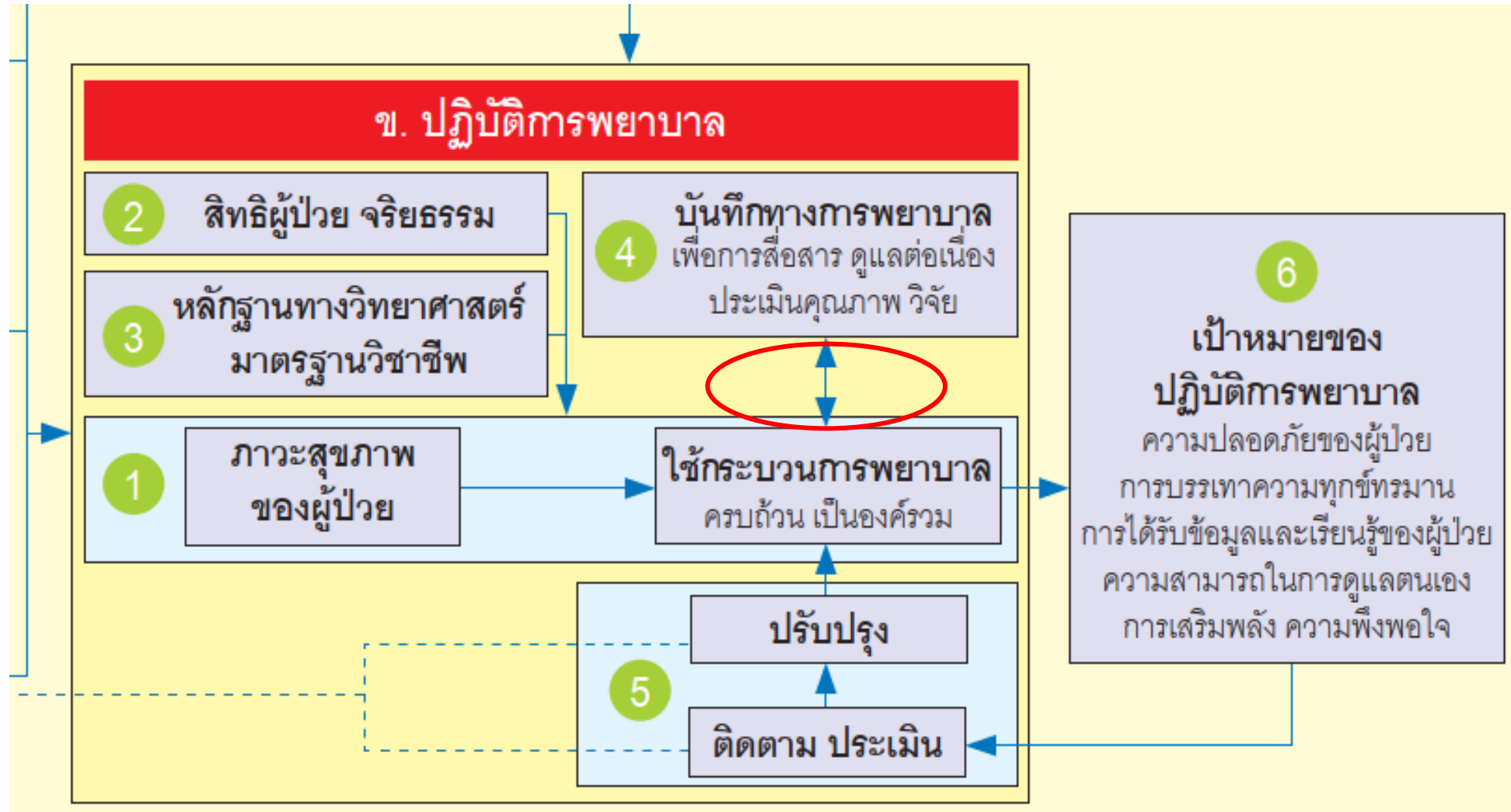
ข้อบังคับสภาการพยาบาล
ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ 5 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง **กระทำการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล**

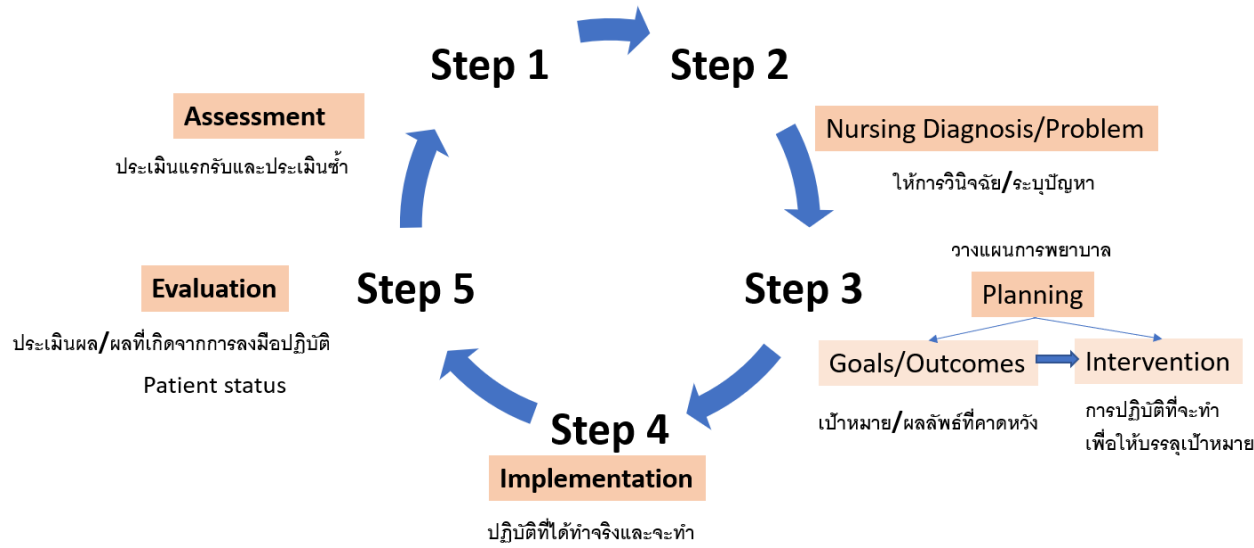
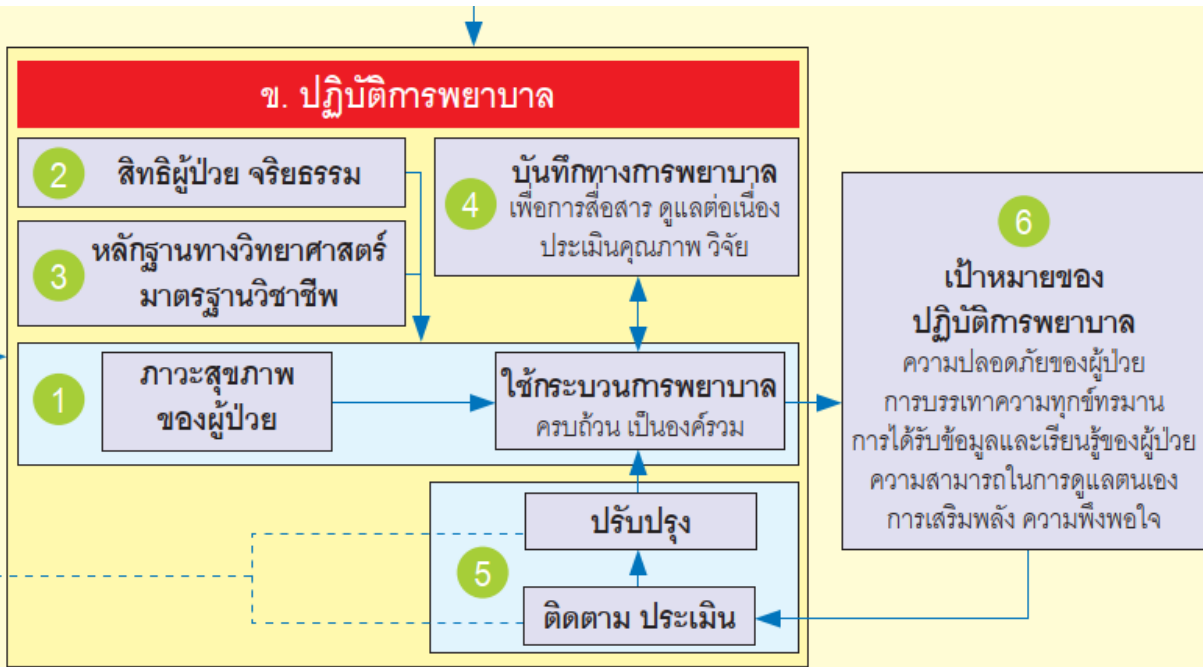
ทำไมจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาล

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ (HA)

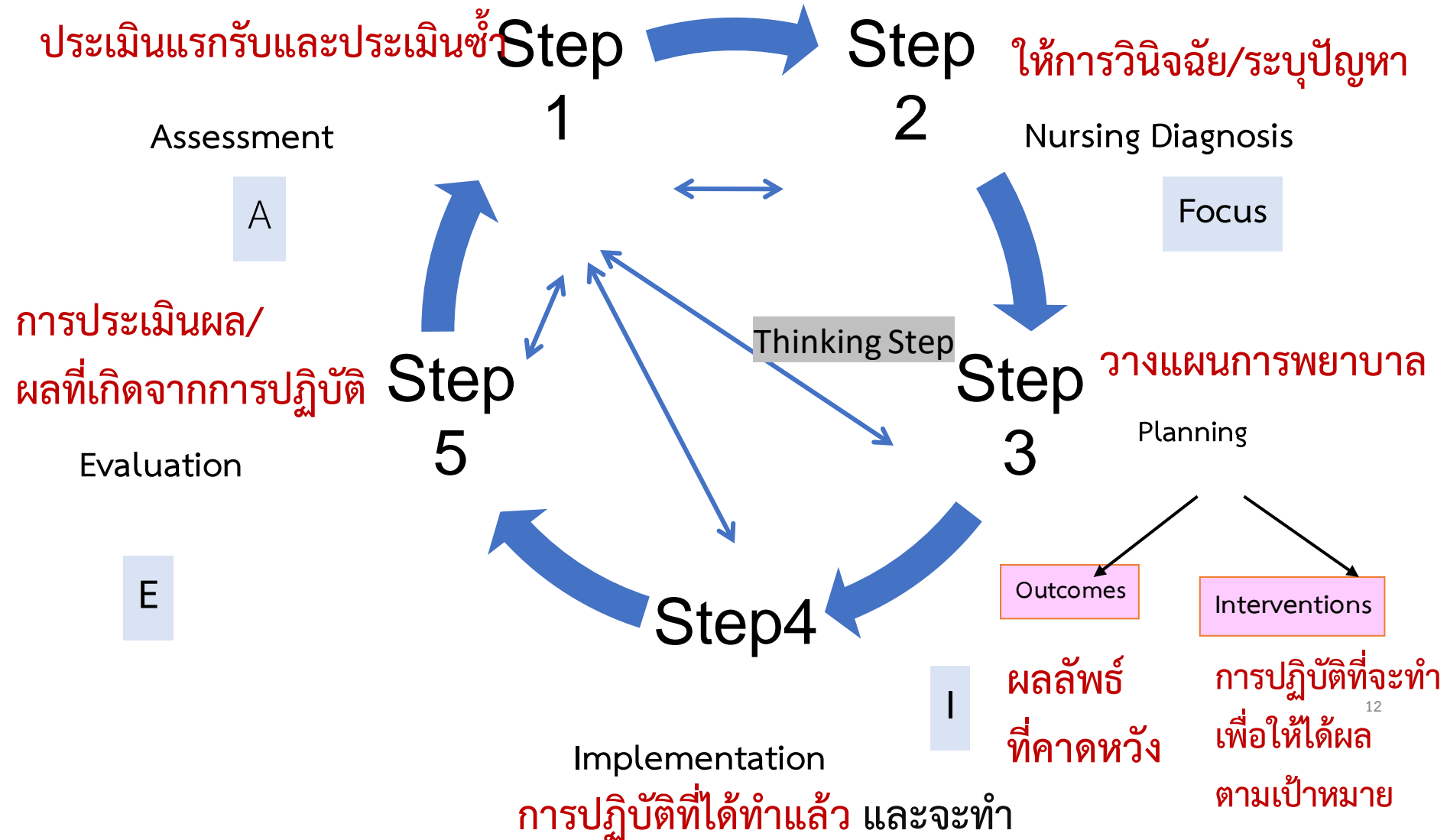
เน้นความสัมพันธ์ของบันทึกกับกระบวนการพยาบาล



การปฏิบัติพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาล และต้องบันทึกสาระที่กระทำตามกระบวนการพยาบาล



Focus charting กับ กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน



สรุป ภาพรวมของกระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล

- กระบวนการพยาบาล: กระบวนการที่เป็นระบบ เกิดขึ้น**ขณะที่**ให้การพยาบาล โดยตรงเพื่อใช้ในการแก้หรือส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย
- บันทึกทางการพยาบาล: เป็นข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึก ทั้งข้อมูลที่พยาบาลให้การพยาบาลเอง และข้อมูลสำคัญอื่นๆ ที่เห็นว่ามีประเด็นที่ต้องการสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง **การบันทึกเกิดขึ้นหลังให้การพยาบาล**

ใบบันทึกการพยาบาลแรกคลอด

ว.ล.ป.	เวลา	รายการบันทึก	ชื่อผู้บันทึก
16/12/13	9.29 น.	มารดาคลอดชนิด... <u>V/L</u>เวลา <u>3:29</u> น. รกคลอดเวลา... <u>3:33</u> น. น้ำหนักทารก <u>3.3 kg</u> กรัม รกหนัก <u>130</u> กรัม ลักษณะ <u>accept</u> Blood loss <u>200</u> cc. BP <u>102/64</u> mmHg. Wt <u>4840</u> Perrinium <u>PLIML</u> PRIML /Slight tear Suture Perrinium Silkst./ Catgutsubcutanea. คำแนะนำหลังคลอด <input checked="" type="checkbox"/> ให้นอนใน วิชาหลังเข็บแผล <input checked="" type="checkbox"/> กระตุ้นให้นมบุตรทุก 2-3 ชั่วโมงหลังคลอด <input type="checkbox"/> กระตุ้นให้ปัสสาวะภายใน 8 ชั่วโมงหลังคลอด <input checked="" type="checkbox"/> สอนวิธีการอาบน้ำทารก <input checked="" type="checkbox"/> สอนวิธีการให้นมทารกถูกวิธี <input checked="" type="checkbox"/> แนะนำการปฏิบัติตนหลังคลอด <input checked="" type="checkbox"/> แนะนำวิธีการดูแลแผลฝีเย็บ การประเมินก่อนกลับบ้าน <input type="checkbox"/> มารดาอุ้มบุตรถูกวิธีและให้นมบุตรถูกวิธี <i>ลูก Refer ผศก.</i> <input type="checkbox"/> มารดามีน้ำหนักเฉลี่ยบุตรอย่างพอเพียง <input type="checkbox"/> อามันบุตรได้อย่างถูกต้อง <input checked="" type="checkbox"/> แผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ <input checked="" type="checkbox"/> สามารถบอกการปฏิบัติตนหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง <input checked="" type="checkbox"/> สามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทั้งมารดาและบุตร <input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการแจ้งเกิดแล้ว ผู้ประเมิน <u>นางพจ</u> ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หมายเหตุ (สาเหตุการประเมินไม่ผ่าน เนื่องจาก.....)	
19 ธค 13	10.00 น.		

รับรองสำเนาถูกต้อง
[Signature]

พื่อน.ส.
อายุ: 18
สาขา สูติศ
HN : 6201452 AN : 630002645

บันทึกที่มีปัญหาจากการออกแบบ

การออกแบบบันทึก check list
มีโอกาสเกิด Check ไม่ตรงความจริง
และไม่เฉพาะรายบุคคล

Check list เป็นรายการที่ต้องทำ
ในระหว่างการตรวจ check
เพื่อป้องกันการลืม
และไม่ให้เกิดความผิดพลาด

บันทึกที่มีปัญหา

23.	-BP วัดไม่ได้	-obs. วิกฤต shock.	- pulse เบาเร็ว HR 110-120/min
		- วัด vls 5 1 hr.	BP 242 ¹¹⁰ /47 mmHg
		- ความดันใน load 0.9% NCI	
		500 ml then Depo (2:1) @ drip	
		10 µl/min titrate ^{by} keep BP	
		790/60 mmHg	
		- 1 ชม. ABG	→ lab ผลึก.

FOCUS CHARTING

WHAT

WHY

WHY

WHAT

WHAT
WHY

WHAT

HOW

WHY

WHY

WHY

HOW

WHAT

WHY

HOW

WHY

HOW

HOW

WHY

HOW

WHY

WHY

WHAT

WHY

WHAT

HOW



WHAT

ลักษณะ Focus Charting

- เป็นรูปแบบหนึ่งของการบันทึกเป็น best Practice
- ใช้แนวคิด Lean ที่เน้น value (คุณค่า) ของบันทึก
- แสดงข้อมูลสำคัญและเฉพาะเจาะจง
- สะท้อนกระบวนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำคัญของวิชาชีพ
- Focus เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการสื่อสารให้ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นปัญหาผู้ป่วย แบบ nursing diagnosis หรือเขียนเป็นปัญหาของผู้ป่วย อาการและอาการแสดง การเปลี่ยนแปลงสถานะของผู้ป่วย หรือเหตุการณ์สำคัญใด ๆ
- เป็นวิธีที่พยาบาลใช้ ออกแบบมาเพื่อประหยัดเวลาและลดความซ้ำซ้อน และเป็นวิธีที่ใช้ได้ดีในกรณีมีผู้ป่วยจำนวนมาก และง่ายต่อการอ่านโดยวิชาชีพอื่น

เหตุผล Focus Charting เป็นรูปแบบการบันทึกที่นำไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้

- Client-Centered ลูกค้ำเป็นศูนย์กลาง: เป็นระบบที่ผู้ป่วยและข้อกังวลของผู้ป่วยเป็นจุดแข็งการดูแล
- Organized Approach แนวทางที่เป็นระบบ: ให้แนวทางที่เป็นระบบและเป็นระบบในการจัดทำเอกสาร ซึ่งทำให้การบันทึกการดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุม
- Clear Communication การสื่อสารที่ชัดเจน: จัดลำดับความสำคัญของการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และส่งเสริมการทำงานร่วมกันที่เพิ่มขึ้น
- Efficient Tracking การติดตามที่มีประสิทธิภาพ: ช่วยให้สามารถติดตามข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น
- Standard Format รูปแบบมาตรฐาน: จัดระเบียบข้อมูลของผู้ป่วยในรูปแบบมาตรฐาน ซึ่งช่วยให้พยาบาล แพทย์ และผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ สื่อสารถึงกันตลอดทุกะต่างๆ

หลักการสำคัญ Focus Charting

- บันทึกเฉพาะการเปลี่ยนแปลงใหม่ หรือข้อมูลสำคัญที่เกิดขึ้น **ในเวลานั้น หรือเมื่อเวลาไปเยี่ยมที่บ้านแต่ละครั้ง**
- เป็นข้อมูลของผู้ป่วยใช้หลักการ Patient centered ไม่ใช่เป็นข้อมูลที่เป็นความสนใจของพยาบาล (เช่น ฝ้าระว่างไม่ให้เลือดหมด ผากเวรดึกเจาะlab ... เป็นเรื่องของพยาบาล)
- ข้อมูลที่มีในเอกสารอื่นไม่ควรนำมาเขียนซ้ำ **โดยไม่มีประเด็นสำคัญ**

พิจารณาความแตกต่าง

Nursing Diagnosis, Medical Diagnosis, and Collaborative Problems

Nursing Diagnosis

Ineffective Airway Clearance

Disturbed Body Image

Risk for Unstable Blood Glucose

Impaired Urinary Elimination

Self-Care Deficit: Dressing

Medical Diagnosis

Pneumonia

Amputation

Type 2 Diabetes Mellitus

Post-op Prostatectomy

Cerebrovascular Accident

Collaborative Problems

Potential complication of Head Injury: increased intracranial pressure

Potential complication of myocardial infarction: congestive heart failure

Focus Charting ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่บันทึก

อะไรคือข้อมูลที่สำคัญสำหรับบันทึกการพยาบาล

ข้อมูลสำคัญ = ข้อมูลที่มีคุณค่า = ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

พิจารณาข้อมูลต่อไปนี้มีประโยชน์หรือไม่ ถ้าไม่มีประโยชน์จะเปลี่ยนเป็นอะไร

- Pneumonia เป็น MD หรือ ND ถ้า Focus จะเขียนว่าอะไรดี
- ให้นยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ เป็น Intervention เปลี่ยนเป็น...
- ฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงให้ เป็น Intervention เปลี่ยนเป็น..
- ถ้ามีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ เป็น Intervention เปลี่ยนเป็น..
- แผลแห้งดี Dressing ให้แล้ว เป็น Intervention เปลี่ยนเป็น..
- จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เป็น Intervention เปลี่ยนเป็น..

ชนิดของข้อมูลสำคัญในระบบบันทึกการพยาบาล Focus charting

- เรื่องราวหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ที่ทีมดูแลสามารถใช้ประโยชน์ได้ เป็นระบบบันทึกที่มุ่งเน้นผู้ป่วย (Patient centered) เช่น ญาติไม่ต้องการให้บอก Diagnosis การ consult ทีมอื่นมาดูแล
- เรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลของพยาบาล ที่สะท้อนกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะการระบุปัญหาสำคัญ ข้อมูลการประเมินที่สอดคล้องกับปัญหา กิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการกับปัญหา และผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมของพยาบาล(ทำเองหรือที่ช่วยแพทย์ทำการรักษา)

โครงสร้างการบันทึก Focus charting

FAIE

Focus (F) คือ การระบุประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหา หรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

Assessment (A) คือ ข้อมูลที่สนับสนุนประเด็น Focus รวมถึงข้อมูล Subjective data Objective Data ที่อธิบายเหตุการณ์สำคัญที่ได้สังเกตเห็น

Intervention(I) คือ สิ่งที่ปฏิบัติทันทีหรือจะปฏิบัติหรือแผนการดูแลที่มีพื้นฐานจากข้อมูลที่ได้จากการ Assessment ซึ่งเป็นการกระทำทั้ง past-present-future

Evaluation(E) คือ การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาล หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการของพยาบาลหรือที่ช่วยแพทย์ทำการรักษา

Goals/outcomes คือการระบุเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นตามประเด็น Focus ที่ระบุไว้ มีหรือไม่แล้วแต่ระบบที่วางไว้

การออกแบบ แบบฟอร์ม Focus Charting

- ประกอบด้วย 2 ส่วน
- ส่วนที่ 1 Focus Note เป็นส่วนที่บันทึก การเปลี่ยนแปลง Progress note
- ส่วนที่ 2 Focus List เป็นส่วนที่บันทึก รายการปัญหา เป็นภาพรวมของลำดับปัญหา ที่แสดงวันเริ่มปัญหา วันสิ้นสุด และสถานะของปัญหาที่เป็นปัจจุบัน (มีหรือไม่ขึ้นกับการวาระบบของละอองค์กร)

ประเด็น Focus

1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) หรือปัญหาร่วมระหว่างทีมสหสาขา(collaborative problem)
2. อาการ(sign) หรืออาการแสดง (symptom)ที่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์(medical diagnosis) หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) หรือแผนการดูแลรักษา (treatment plan)
3. ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน (current patient concern or behavior)
4. การเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (acute change in an patient's condition)
5. เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลรักษาเฉพาะ (a significant event in an patient's care or patient's treatment/therapy)
6. ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย หรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ(Special patient need or consulting with physicians of other disciplines in collaborative or multidisciplinary care)
7. การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล (a keyword or phrase indicating compliance with a standard of care or agency policy)

เรียนรู้ Focus lists CA Lower Rectum

1. Discharge planning	IPD	10. Family Anxiety after unplanned ICU	ICU
2. Bowel Preparation		11. Transfer to ward	
3. วิตกกังวลกลัวการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง		12. Risk to have post Op complication	
4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิด DVT	OR	13. ปวดแผลผ่าตัด	IPD
5. ผู้ป่วยเกิดภาวะ CO ₂ embolis		14. สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากมี colostomy	
6. Transfer ไป ICU		15. Step Diet	
7. Ineffective Breathing	16. Consult ET Nurse		
8. Wean of ventilator	ICU	17. Discharge	
9. Risk of hypoxia			

เห็นประเด็นอะไรบ้าง
จาก Focus list นี้
ในการนำไปใช้ในการดูแล

ประโยชน์ Focus list

เมื่อไหร่จะ สิ้นสุดปัญหา

No	FOCUS	GOALS / OUTCOMES	ACTIVE	RESOLVED
1.	Ineffective airway clearance	ทางเดินหายใจโล่ง เสมหะอ่อนตัว ไอขับ เสมหะออกได้	10 มีค. 64	12 มีค. 64
2.	ปวดแผลผ่าตัดที่ หน้าท้อง	บอกไม่ปวดแผล หรือ Pain Score ไม่เกิน 3	10 มีค. 64	16 มีค. 64
3.	วางแผนจำหน่าย	มีความรู้และทักษะเรื่อง การดูแล แผล การ ป้องกันการติดเชื้อ	11 มีค. 64	
1	Ineffective airway clearance	ทางเดินหายใจโล่ง เสมหะอ่อนตัว	15 มีค. 64	

ถ้าปัญหาเกิดใหม่
จะอย่างไร

Focus และ Goals

Focus	Goals/Outcomes
1. Discharge planning	ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนถุงอวัยวะได้ด้วยตนเองก่อนจำหน่ายและมีข้อมูลเครือข่าย ET เมื่อต้องการความช่วยเหลือหลังจำหน่าย
2. Bowel Preparation	ผู้ป่วยไม่มีอุจจาระใน Rectum ก่อนผ่าตัด
3. Post op Pain	ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บป่วยไม่เกิน 3 ตลอดเวลาที่อยู่ รพ
4. Risk to have post Op complication	ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

Focus & Goal

No	Focus	Goal/outcome	Active	Resolved
1.	เสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับ	ไม่เกิดแผล กดทับ	1 ม.ค. 60	
2.	กลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือ อาจเกิดแผล ถลอกจากการกลั้น ปัสสาวะไม่ได้	ผิวหนังยังคง สภาพดี	2 ม.ค. 60	
3.				

Focus Note (Progress note)

Date/ Shift	Time	Focus	Progress note A: Assessment I: Intervention E: Evaluation
1 ม.ค. 58 7-15 น.	10.00 น.	เสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับ	<p>A: Braden score 10 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผิวหนัง ไม่มีรอยแดง</p> <p>I: keep skin dry and ทำความสะอาดด้วย spray และทาครีมป้องกันทุก 4 ชม ใส่ผ้าอ้อม สำเร็จ</p> <p>พลิกตัวทุก 2 ชม ทำตะแคง 30 องศา</p>
			E: อยู่ในท่านอนตะแคงได้

วิธีการบันทึก focus charting ตามสถานการณ์ ทำได้อย่างไรบ้าง

- วันที่ 30 มีนาคม 2561 เวลา 9.00 น. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ค่อยสบายมีปัสสาวะบ่อย ปวดแสบมากเวลาถ่าย และถ่ายแต่ละครั้งจำนวนน้อย พยาบาลสังเกตดูปัสสาวะ ชุ่ม สีเหลืองเข้ม ได้โทรรายงาน นพ. วิรัช เจ้าของไข้ ได้ส่งคำสั่งทางโทรศัพท์ ให้เก็บ urine for UA and culture และให้เริ่ม antibiotic พยาบาลได้บอกผู้ป่วยว่าแพทย์ให้เจาะเลือดและเริ่มยา antibiotic และแนะนำให้ดื่มน้ำและน้ำผลไม้ 6-8 แก้ว/วัน และบอกให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือถ้า อาการไม่ดีขึ้น เวลา 14.30 น. มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมี อาการปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง และดื่มน้ำได้ประมาณ 480 cc

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 1 กำหนดแบบฟอร์มเป็นตาราง

DATE/ SHIFE	TIME	FOCUS	A:Assessment I:Intervention E:Evaluation
30 มีค 54 7-15น	9.00 น.	ไม่สุขสบายจาก ปัสสาวะแสบ	A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะชุ่มสีเหลืองเข้ม I: รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and Culture เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ ถ้าไม่ดี ขึ้นให้บอกพยาบาล E: ผู้ป่วยบอกปวดแสบเวลาปัสสาวะน้อยลง Intake 480 CC.
	14.30 น.		

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 2 ไม่กำหนดตารางชัดเจน

30 มีค. 54

F: 9.00 น. ไม่สุขสบายจากปัสสาวะแสบ

A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะบ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม

I: รายงาน นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and culture เริ่ม antibiotic แนะนำ
ผู้ป่วยเพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ และถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล

E: 14.30 น. ผู้ป่วยบอกปวดแสบน้อยลง Intake 480 cc.

ตัวอย่างรูปแบบการบันทึกด้วย Focus charting แบบที่ 3 เขียนต่อกันแบบบรรยาย

30 มีค. 54 9.00 น. F: ไม่สุขสบายจากปัสสาวะแสบ A: ผู้ป่วยบอกปัสสาวะ
บ่อย จำนวนน้อย ปวดแสบเวลาถ่าย ปัสสาวะขุ่นสีเหลืองเข้ม I: รายงาน
นพ.วิรัช เก็บปัสสาวะ for UA and culture เริ่ม antibiotic แนะนำผู้ป่วย
เพิ่มการดื่มน้ำและน้ำผลไม้ และถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้บอกพยาบาล 14.30 น.
E: ผู้ป่วยบอกปวดแสบน้อยลง Intake 480 cc.

โครงสร้างบันทึกแบบ Focus Charting และกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล: Nursing Process	Focus charting: FAIE
Assessment	A
Diagnosis	F
Planning	Goal/outcome
Intervention	I
Evaluation	E

ข้อดี Focus Charting

- เป็นรูปแบบการบันทึกที่ได้รับการออกแบบเพื่อส่งเสริมให้มองประเด็นต่างๆ ของผู้ป่วยในทุกมิติ
- กระตุ้นให้พยาบาลประเมินข้อมูลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาเพื่อหาประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วย
- เป็นระบบที่ส่งเสริมให้พยาบาลใช้ความรู้ ทักษะ และการวิเคราะห์การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย
- การบันทึกที่แสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- เป็นการสื่อสารที่กระชับ และทำให้ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยค้นหาได้ง่าย

ข้อแนะนำการบันทึก Focus Charting

- ลงบันทึก วัน เวลา
- Focus: บันทึกประเด็นสำคัญ
- A: บันทึกข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่สนับสนุน Focus
- I: อธิบายกิจกรรมที่ได้ทำแล้วและจะทำได้แก่ ให้ยา รายงานแพทย์ สอน เฝ้าระวังอาการข้างเคียง เปลี่ยนท่านอน **บันทึกในส่วนนี้ สะท้อน ขั้นตอน การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาล ในกระบวนการพยาบาล**
- E: บันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย (individual's response) ที่มีต่อ Intervention ที่ให้กับผู้ป่วย การบันทึก Evaluation อาจบันทึกไปพร้อมกับ A และ I ถ้าการตอบสนองของผู้ป่วยเกิดขึ้นที่ เช่น ผู้ป่วยผู้ป่วยบอกเข้าใจ แต่ถ้าการตอบสนองยังไม่เกิดขึ้นอาจจะบันทึกส่วน E ตามในช่วงเวลาภายหลัง

การบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มอื่น เช่น ใบ record และ checklist ต้อง**ตรวจสอบให้**แน่ใจว่า**ข้อมูลมีความถูกต้องตรงกัน** เพื่อให้ผู้อื่นสามารถติดตามปัญหาและความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบันทึกด้วย Focus charting อย่างมีคุณภาพ

- สิ่งที่ Focus ต้องสะท้อนประเด็นสำคัญของผู้ป่วย ไม่ใช่บันทึก
การทำงานของพยาบาลหรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์
- บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ป่วยหรือสิ่งที่เป็นประเด็น
สำคัญของผู้ป่วยรวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลและการ
ตอบสนองของผู้ป่วย(patient response) หรือผลลัพธ์การดูแล
รักษา (outcomes)
- ข้อมูลในส่วน Focus และ Assessment (A) Intervention (I)
และ Evaluation (E) ควรสอดคล้องสัมพันธ์กัน

การบันทึกด้วย Focus charting อย่างมีคุณภาพ (ต่อ)

- กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำ (routine elements of care) ที่บันทึกใน Flow sheet เช่น แบบประเมินแรกรับ แบบบันทึก graphic sheet แบบบันทึก Nursing activity **ไม่ควรนำมาเขียนใน progress note** เพื่อลดความซ้ำซ้อน และลดเวลาการบันทึก **ยกเว้น**กรณีที่มีความผิดปกติ ที่ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติม เช่น Temperature ซึ่งตามปกติบันทึกในแบบบันทึก graphic sheet แต่ถ้ามีใช้สามารถนำมาบันทึกรายละเอียดใน progress note ได้

ข้อดีของ Focus Charting

- ยืดหยุ่น ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงานบริการพยาบาล
- สะท้อนกระบวนการพยาบาล
- เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวบรัด กระชับ และชัดเจน
- หาข้อมูลได้ง่ายเนื่องจากโครงสร้าง ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว
- ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น
- สามารถปรับใช้ได้ง่ายกับระบบการบันทึกโดยใช้ Computer

Focus Charting

สู่ระบบบันทึก Digital ที่มีประสิทธิภาพ

Digital Nursing Document

เอกสารการพยาบาลดิจิทัลหรือที่เรียกว่าเอกสารการพยาบาลอิเล็กทรอนิกส์ เป็นรูปแบบดิจิทัลของเอกสารทางการพยาบาลที่บันทึกการพยาบาลที่วางแผนและส่งมอบให้กับลูกค้าแต่ละราย โดยพยาบาลที่มีคุณสมบัติหรือผู้ดูแลอื่นๆ ถือเป็นส่วนสำคัญของขั้นตอนการทำงานด้านการพยาบาล

เอกสารการพยาบาลดิจิทัลทำงานโดยจัดให้มีแพลตฟอร์มที่มีโครงสร้างและเป็นหนึ่งเดียว สำหรับการบันทึกและสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วย



ตัวอย่างการทำงานระบบ Digital

- การสร้างกราฟข้อมูลผู้ป่วย: สร้างกราฟชีพจรของผู้ป่วย ความดันโลหิต อุณหภูมิ และอัตราการหายใจบนกราฟหลายมิติเดียว
- การบันทึกน้ำหนักผู้ป่วย: มีพื้นที่เฉพาะสำหรับบันทึกน้ำหนักผู้ป่วย
- บันทึก I & O: สามารถบันทึก Intake Output ของผู้ป่วยทางปากหรือทางหลอดเลือดดำ บันทึกเหล่านี้จะรวมกันเมื่อสิ้นสุดแต่ละเวรและในแต่ละวัน
- รายงานพยาบาล: ตัวอย่างเช่น พยาบาลสามารถรายงานความคืบหน้าของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดกะงานระหว่างการส่งมอบ
- การสังเกตทางอิเล็กทรอนิกส์: การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล Alert ช่วยปรับปรุงการดูแล
- ระบบบนเว็บ: ระบบบนเว็บที่มีสถาปัตยกรรมแบบโมดูลาร์และแบบเลเยอร์ได้รับการพัฒนาโดยอิงจากชุดข้อมูลขั้นต่ำ (MDS) ที่ได้รับ ระบบนี้เหมาะสำหรับการจัดทำเอกสารการดูแลผู้ป่วยในแผนกพยาบาลภายใต้กรอบกฎหมาย จริยธรรม และวิชาชีพ

Pitfalls การบันทึกระบบ Digital

เอกสารการพยาบาลแบบดิจิทัล แม้จะมีประโยชน์ แต่ก็มีข้อผิดพลาดเช่นกัน: ความท้าทายที่เกี่ยวข้องได้แก่

- ปัจจัยส่วนบุคคล: คุณภาพของเอกสารอาจได้รับอิทธิพลจากความเข้าใจและความสามารถในการใช้ระบบของแต่ละบุคคล
- ปัจจัยทางสังคม: พลวัตภายในทีมดูแลสุขภาพสามารถส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของเอกสารดิจิทัล
- ปัจจัยองค์กร: ทรัพยากร พันธกิจ และนโยบายขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพของเอกสาร
- ปัจจัยทางเทคโนโลยี: การออกแบบและการทำงานของระบบเอกสารดิจิทัลสามารถอำนวยความสะดวกหรือขัดขวางการจัดทำเอกสารที่มีประสิทธิภาพได้

Pitfalls การบันทึกระบบ Digital

เอกสารการพยาบาลแบบดิจิทัล แม้จะมีประโยชน์ แต่ก็มีข้อผิดพลาดเช่นกัน: ความท้าทายที่เกี่ยวข้องได้แก่

- **ภาระงานที่เพิ่มขึ้น:** พยาบาลใช้เวลาประมาณ 19-35 % ของเวลาในการบันทึกข้อมูลใน EHR เพิ่มขึ้นจาก 9 เปอร์เซ็นต์เมื่อบันทึกลงบนกระดาษ ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นนี้อาจทำให้พนักงานเหนื่อยหน่าย
- การคัดลอก/การวางข้อมูล: ความง่ายในการคัดลอกข้อมูลจากส่วนหนึ่งของบันทึกไปยังอีกส่วนหนึ่งสามารถนำไปสู่ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องในบันทึกของผู้ป่วย
- การพึ่งพาเทคโนโลยีมากเกินไป: แม้ว่าเทคโนโลยีจะช่วยประหยัดเวลาได้ แต่ก็ยังสามารถ**เพิ่มข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องซึ่งไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกราย**
- การสังเกตที่พลาด: ลักษณะทางกายภาพของการสร้างแผนภูมิอิเล็กทรอนิกส์สามารถนำไปสู่ความผิดพลาดการค้นพบทางคลินิกได้

การนำ Focus Charting ไปใช้ในระบบ Digital

- **เน้นการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล**
- เมื่อเวลาบันทึกให้ใช้ข้อมูลที่เป็นจริงจากการดูแลผู้ป่วย เชื่อมโยงกับระบบ Digital ที่ออกแบบไว้
- ทำความเข้าใจกับ Pitfalls การบันทึกในระบบ Digital
- ยึดโยง แนวคิด Lean ในการออกแบบ
- ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องและการปรับปรุงระบบเพื่อให้แน่ใจว่า เอกสารการพยาบาลแบบดิจิทัลช่วยเพิ่มคุณค่าการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัย



- ดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่มี *Evidence Support*
- ใช้ *Focus Charting* ที่มีแนวคิด *Lean* อย่างเข้าใจ
- แลกเปลี่ยน และพัฒนาอย่างสม่ำเสมอกับผู้ที่สนใจ
- เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบันทึกการพยาบาล