

# แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

## ฝ่ายบริการพยาบาลสงขลานครินทร์

คำชี้แจง การใช้แบบประเมิน แบ่งเป็น 2 ด้าน

### 1. ด้านปริมาณ

2 = ข้อมูลครบถ้วน/สมบูรณ์ 1 = ข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์ 0 = ไม่มีข้อมูล/ข้อมูลไม่ถูกต้อง

### 2. ด้านคุณภาพ

3 = มีคุณภาพครบถ้วนสมบูรณ์ 2 = มีคุณภาพส่วนใหญ่ 1 = มีคุณภาพบางส่วน 0 = ไม่มีคุณภาพ/ไม่ตรงประเด็น

(เลือกประเมินผู้ป่วย ที่ admit มากกว่า 72 ชั่วโมงหรือ D/C แล้ว)

Sticker  
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ด้านปริมาณ			ด้านคุณภาพ				หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		0	1	2	0	1	2	3	
1.	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน								
2	การบันทึกประวัติเจ็บป่วยในอดีต								
3	ประวัติเจ็บป่วยของคนในครอบครัว								
4	ประวัติการแพ้(ยา, อาหาร, อื่น ๆ) และอาการแพ้								
5	การประเมินอาการสำคัญและสภาวะผู้ป่วย/เหตุที่ต้องรับไว้ในการดูแล								
6	การประเมินสภาพร่างกายครอบคลุมทุกระบบ								
7	การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ								
8	การประเมินสถานะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพในครอบครัว								
9	การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ								
10	การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตก/ล้ม								
11	การระบุประเด็นปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วย( Problem Lists)								
12	การระบุเป้าหมาย/ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Goal/Outcome)								
13	การระบุปัญหาสำคัญ/ ความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ( Progress notes)								
14	การประเมินที่เป็นปัจจุบัน (Assessment)								
15	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย (Interventions)								
16	การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation)								
17	การวางแผนการจำหน่ายสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแล								
18	การวางแผนต่อเนื่อง คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การผ่าตัด/หัตถการ								
19	คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่ รพ. /ก่อน/ขณะ/หลังผ่าตัด								
20	คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านไปอยู่ที่บ้านตามกรอบMETHOD								

ข้อมูลที่น่าสนใจเพิ่มเติม.....

ผู้เก็บข้อมูล..... หอผู้ป่วย..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.256...

# แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

## ฝ่ายบริการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

### คำชี้แจง

การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยการนิเทศและการ Audit เป็นการประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลที่จะสะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล Nursing Process ซึ่งสามารถดูได้จากการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ Nursing Initial assessment Form Nursing Problem Lists Form Nursing Progress notes Form และ Continuing Nursing Care Plan and Discharge Summary Form

### แนวทางการนิเทศและตรวจประเมิน(Audit)

หลัก ที่ใช้ในการตรวจสอบการบันทึกของพยาบาล (Nurses' Note) มีการบันทึกโดยใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุม การดูแลเอาใจใส่ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Caring) การตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วย (Giving) ความพร้อมช่วยเหลือสนับสนุน (Supporting) การสอนให้คำแนะนำ (Teaching) การติดตามแผนที่คงไว้ Monitoring โดยแบ่งตามเนื้อหาในการประเมินตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

(Nursing outcome) ครอบคลุม 4 ประเด็น

1. **ความถูกต้อง (Correct)** หมายถึง การบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของผู้ป่วย และเชื่อถือได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรค และสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ดังนี้

1.1 บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการพยาบาล

1.2 รายงานปัญหาถูกต้องสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน

1.3 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลถูกต้องและสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

1.4 บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยถูกต้อง และสอดคล้องกับกิจกรรม

การพยาบาล

1.5 บันทึกผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำได้ถูกต้อง

1.6 ระยะเวลา ความถี่การบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

1.7 บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่าง ๆ ถูกต้อง

2. **ความครบถ้วน (Complete)** หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วน และต่อเนื่อง ดังนี้

2.1 ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือสภาวะความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

2.2 ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การดูแล รักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความพิการ ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ

2.3 เขียนรายงานโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามกระบวนการพยาบาล

3. **ความชัดเจน (Clear)** หมายถึง บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษรชัดเจน ตัวย่อที่เป็นสากล

การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหา/ความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับสถานะผู้ป่วย เช่น อาการสำคัญ ที่มา ประวัติความเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค และใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนปัญหาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4. **ได้ใจความ (Concise)** หมายถึง การบันทึกที่มีความกระชับรัด สั้นได้ใจความ ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่ายและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

#### การวัดคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

1. ความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูล
2. เนื้อหาสาระมีคุณค่าควรแก่การสื่อสาร
3. มีความชัดเจนเนื้อหาถูกต้องกะทัดรัด คำย่อต้องเป็นที่ยอมรับ อ่านง่าย
4. มีความต่อเนื่องและคงเส้นคงวาในการสื่อสาร
5. ไม่ซ้ำซ้อนไม่บันทึกสิ่งเดียวกัน 2 ที่
6. เรียงลำดับตามปฏิทินลงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ตามความเป็นจริง

#### วิธีประเมิน

1. ใช้แบบประเมิน แบบบันทึกการนิเทศ และตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาล ของฝ่ายบริการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ
2. หลักการประเมิน มีดังนี้
  - 2.1 ข้อมูลการบันทึกแรกรับผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ข้อ1-ข้อ10 = 50 คะแนน สามารถประเมินได้จากแบบฟอร์ม nursing initial assessment
  - 2.2 ข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ข้อ11-ข้อ16 = 30คะแนน สามารถประเมินได้จากแบบฟอร์มNursing Focus lists และ nursing Progress note
  - 2.3 ข้อมูลการวางแผนจำหน่าย จำนวน 4 ข้อ ข้อ17- ข้อ20 = 20 คะแนน สามารถประเมินได้จากแบบฟอร์มContinuing Nursing Care Plan and Discharge Summary

#### เกณฑ์การประเมินคุณภาพและตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลแบ่งเป็น ด้านปริมาณและด้านคุณภาพ

##### ด้านปริมาณ ประเด็นการประเมิน ดังนี้

- 2 คะแนน = ข้อมูลครบถ้วน/สมบูรณ์ //(Complete) หมายถึง การบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์
- 1 คะแนน = ข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์ //(partially) หมายถึงการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม
- 0 คะแนน = ไม่มีข้อมูล/ข้อมูลไม่ถูกต้อง/ไม่พบการบันทึก(None) หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูลหรือมีการบันทึก

แต่ไม่ถูกต้อง ไม่สอดคล้องกับอาการ/ปัญหาของผู้ป่วย

##### ด้านคุณภาพ เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

1. การบันทึกข้อมูลมีความชัดเจน
  2. การบันทึกข้อมูลมีความมีความรัดกุม กระชับ ได้ใจความ
  3. การบันทึกข้อมูลไม่ใช่ข้อความฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น ไม่บันทึกข้อความที่มีความซ้ำซ้อน
  4. การบันทึกข้อมูลมีความสัมพันธ์กันและตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย
  5. การบันทึกข้อมูลมีการใช้ภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม
  6. การบันทึกข้อมูลครบถ้วน ครอบคลุม ประเด็นปัญหาของผู้ป่วย
- 3 คะแนน = มีคุณภาพครบถ้วนสมบูรณ์ (Very good) หมายถึง การบันทึกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์ข้อ
- 2 คะแนน = มีคุณภาพส่วนใหญ่ (Good) หมายถึง การบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์มากกว่า 3 ข้อขึ้นไป
- 1 คะแนน = มีคุณภาพบางส่วน (Less Good) หมายถึง การบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์ 3 ข้อหรือน้อยกว่า
- 0 คะแนน = ไม่มีคุณภาพ/ไม่ตรงประเด็น (Poor) หมายถึง ไม่มีการบันทึกข้อมูล  
ข้อมูลไม่ตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย
- .....