

# บันทึกนิเทศทางการพยาบาล

นิเทศทางการพยาบาลประจำเดือน มกราคม 2564

เรื่อง: การจัดการความปวด

[แก้ไขข้อมูล](#)//////[รายงาน](#)

[กลับหน้าข้อมูลหลัก](#)

ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา ราชการส่วนที่	----- Select ---- ▾
ชื่อผู้ป่วย	
เวลาปฏิบัติงาน	ช่วงเวลา <input type="text" value="16.00-08.00 น."/> วันที่ <input type="text" value="02/06/2021"/>
ข้อมูลผู้ถูกนิเทศ	ตำแหน่ง ----- Select ---- ▾ อายุงาน <input type="text"/> ปี
การนิเทศ	<p><b>วิธีการนิเทศ: สอนถามบุคลากร</b></p> <p>1. หอผู้ป่วยของท่านใครเป็นผู้ประเมินความปวด</p> <p><input type="radio"/> พยาบาล (หากตอบพยาบาลให้ข้ามไปทำข้อ3)   <input type="radio"/> ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล   <input type="radio"/> พนักงานช่วยการพยาบาล</p> <p><input type="radio"/> พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล   <input type="radio"/> พยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล   <input type="radio"/> ทั้ง 3 ระดับ</p> <p>2. จากข้อที่ 1 กรณีที่ผู้ประเมินความปวดไม่ใช่พยาบาล</p> <p>2.1 หอผู้ป่วยมีเกณฑ์/การกำหนดคุณสมบัติผู้ที่จะประเมินความปวดที่ไม่ใช่ตำแหน่งพยาบาล หรือไม่ (เช่น อายุงานก็/ผ่านการอบรม เป็นต้น)</p> <p><input type="radio"/> มีระบุ <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> ไม่มี</p> <p>2.2 หอผู้ป่วยมีการพัฒนาสมรรถนะเรื่องการประเมินความปวดให้กับผู้ปฏิบัติงานพยาบาล/พนักงานช่วยการพยาบาล หรือไม่ (เช่น จัดการอบรมทุกปี / มีการสอบ/ ให้ฝึกปฏิบัติ)</p> <p><input type="radio"/> มีระบุ <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> ไม่มี</p> <p>2.3 หอผู้ป่วยมีการประเมิน หรือติดตามกำกับ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล/พนักงานช่วยการพยาบาล ประเมินความปวดได้อย่างถูกต้อง/เหมาะสม หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> มีระบุ <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> ไม่มี</p> <p>3. หอผู้ป่วยของท่านใครเป็นผู้บันทึกข้อมูลความปวด</p> <p><input type="radio"/> พยาบาล   <input type="radio"/> ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล   <input type="radio"/> พนักงานช่วยการพยาบาล</p> <p><input type="radio"/> พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล   <input type="radio"/> พยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล   <input type="radio"/> ทั้ง 3 ระดับ</p> <p><b>วิธีการนิเทศ: สอนถามผู้ป่วย (เลือกผู้ป่วยที่รู้สึกตัว สามารถสื่อสารได้)</b></p> <p>1. ท่านได้รับคำอธิบาย หรือคำบอกเล่าเกี่ยวกับการประเมินความปวด หรือไม่ เช่น ตัวเลข 1 2 3 4 หรือรูปภาพแสดงความปวด คืออะไร (กรณีผู้ป่วยเด็ก ถ้าตอบได้ให้สอบถามเด็ก ถ้าไม่ได้ให้สอบถามจากผู้ดูแล)</p> <p><input type="radio"/> ได้รับคำอธิบาย หรือคำบอกเล่า (ผู้ป่วยสามารถบอกได้)</p> <p><input type="radio"/> ไม่ได้รับคำอธิบาย หรือคำบอกเล่า (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ไม่สามารถบอกได้)</p> <p><input type="radio"/> ไม่สามารถประเมินได้ (กรณีหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ไม่มีผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้/เด็กทารกที่ไม่มีผู้ดูแล)</p> <p>2. ท่านมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการจัดการความปวดหรือไม่(เช่น สามารถเลือกได้ว่าจะใช้ ยาปรับประทาน ยาฉีด หรือไม่รับยา เป็นต้น)</p> <p><input type="radio"/> มี   <input type="radio"/> ไม่มี</p> <p>3. ท่านได้รับข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ได้รับข้อมูล ตอบได้</p> <p><input type="radio"/> ได้รับข้อมูล ตอบไม่ได้</p> <p><input type="radio"/> ไม่ได้รับข้อมูล</p> <p>4. ท่านพึงพอใจต่อการให้ความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> พึงพอใจ</p> <p><input type="radio"/> ไม่พึงพอใจ ระบุ (เรื่องอะไรบ้าง) <input type="text"/></p> <p><b>วิธีการนิเทศ: สุ่มเวชระเบียน</b></p> <p>1. มีการประเมินแรกรับ และบันทึกในระบบ HIS (initial assessment และใน graphic sheet)</p> <p><input type="radio"/> มีครบถ้วน</p> <p><input type="radio"/> มี ไม่ครบ (เช่น มีบันทึกที่ใดที่หนึ่ง หรือข้อมูลใน initial assessment และ graphic sheet ไม่เหมือนกัน)</p> <p><input type="radio"/> ไม่มี</p> <p>2. มีการประเมินความปวดก่อนให้ยาทุกครั้ง</p>

- มี ทุกครั้ง  
 มี ไม่ทุกครั้ง  
 ไม่มี

3.มีการประเมินความปวดซ้ำ และมีการบันทึกใน graphic sheet หรือ ไม่ (15 – 30 นาที หลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีด, 1 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดรับประทาน หลังได้รับการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาแก้ปวด)

- มี ทุกครั้ง  
 มี ไม่ทุกครั้ง  
 ไม่มี

4.ผู้ป่วยที่ได้รับยาบรรเทาความปวด แบบฉีด/PCA/Epidural catheter มีการประเมิน และบันทึก sedation score

- มี ทุกครั้ง  
 มี ไม่ทุกครั้ง  
 ไม่มี

5.เครื่องมือวัดความปวดที่ใช้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ ใช้มาตราวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating scale), ผู้ป่วยเด็ก ใช้มาตราวัดแบบใบหน้า (Fac scale) ผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถบอกความปวดด้วยตนเอง ใช้ CPOT, ผู้ป่วยเด็กทารกแรกเกิด ใช้ NIPS/FLACC เป็นต้น

- เหมาะสม  
 ไม่เหมาะสม ระบุ

การ  
นิเทศ  
เพิ่มเติม  
ของผู้  
ตรวจ  
การ  
พยาบาล  
นอก  
เวลา  
ราชการ

ผู้บันทึก  
ข้อมูล

รหัสบุคลากร

Submit

พัฒนาโดย : ธิดารัตน์ ผอมแก้ว โทร 074-451