



## กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านนา

WI: แนวทางบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting

รหัส : WI – IPD - 004

วันที่มีผลบังคับใช้/วันที่ออกเอกสารครั้งแรก : วันที่ 1 ตุลาคม 2567

|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้จัดทำ<br><br>(นางพัชรินทร์ ทรัพย์อ่อน)<br>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>1 ตุลาคม 2567 | ผู้ทบทวน<br><br>(นางพรณวดี ฉายบุญครอง)<br>หน. การพยาบาลผู้ป่วยในพิเศษอึ้งฮวด<br>1 ตุลาคม 2567 | ผู้อนุมัติ<br><br>(นางสาวพรลภัส เชี่ยวชาญนิธิกิจ)<br>หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล<br>1 ตุลาคม 2567 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ

#### 1. การบันทึกแรกรับ (Admission)

- บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วันที่,เวลาแรกรับผู้ป่วย,สถานที่ผู้ป่วยเข้ามา เช่น เดินทาง,รถนั่ง, รถนอน และประวัติการแพ้ยา
- บันทึกอาการสำคัญ อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุด 1-2 อาการ และระยะเวลาที่เกิดอาการ
- บันทึกอาการและอาการแสดงที่เป็นปัญหาแรกรับ รวมทั้ง V/S, N/S
- บันทึกประวัติการเจ็บป่วย ในปัจจุบันและอดีต รวมถึงประวัติการรักษาและการใช้ยา
- บันทึกการรักษาและกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ
- บันทึกอาการ และอาการแสดงที่ปรากฏหลังให้การพยาบาลแรกรับ
  - บันทึกการประเมินทางการพยาบาล สภาพร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม การตรวจร่างกายเบื้องต้น ความเจ็บปวด สถานะทางโภชนาการ รวมถึงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

#### 2. การบันทึกต่อเนื่องในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล (Inpatient Care) ประกอบด้วย วัน เดือน ปี เวลา ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือได้รับการรักษาพยาบาล

การบันทึกแบบ Focus Charting การบันทึกข้อมูลแบบชี้เฉพาะ ประกอบด้วย

##### 2.1 Focus list และ Goal หรือ Outcome

- Focus list การบันทึกรายการ (List) ที่เป็นประเด็น (Focus) เพื่อสื่อสารถึงสิ่งที่เกิดกับผู้ป่วย หรือระบุเหตุการณ์สำคัญในการดูแล โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มากกว่ามุ่งเน้นปัญหา สามารถใช้ คำ วลี หรือเขียนแบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ โดยรายการปัญหา เป็นภาพรวมของลำดับปัญหา ที่แสดงวันเริ่มปัญหา วันสิ้นสุด และสถานะของปัญหาที่เป็นปัจจุบัน
- Goal หรือ Outcome การบันทึกเป้าหมาย หรือผลลัพธ์ที่คาดหวังในการพยาบาลที่สอดคล้องกับ Focus โดยมุ่งเน้นที่ผู้ป่วย(patient center outcome) ซึ่งแสดงถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

##### 2.2 Focus Note บันทึกการเปลี่ยนแปลง(Progress note) ซึ่งเป็นการขยายความ แสดงถึงรายละเอียดและดำเนินกิจกรรมพยาบาล ประกอบด้วย

/ - Assessment (A)

## ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ

ต่อ

- Assessment (A) การบันทึกข้อมูลที่สนับสนุน Focus รวมถึงข้อมูล Subjective Data และ Objective Data ที่อธิบายเหตุการณ์สำคัญที่ได้สังเกตเห็น ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
- Evaluation (E) การบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย ที่มีต่อ Intervention อาจบันทึกในเวลาใหม่ ไม่ใช่เวลาเดียวกันกับ A และ I ซึ่งสามารถใช้เพื่อการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลได้
- บันทึกชื่อ และตำแหน่ง ของพยาบาลผู้บันทึก
- บันทึกการดูแลต่อเนื่อง เพื่อประสานงานการดูแลผู้ป่วย

### 3. การบันทึกก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย

- บันทึกประเภทที่จำหน่าย เช่น แพทย์อนุญาต, หนีกลับ, ไม่สมัครใจอยู่, ส่งต่อไปรักษาที่ใด
- บันทึกอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยที่ปรากฏก่อนจำหน่าย บันทึกครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ
- บันทึกสรุปสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น หาย ดีขึ้น หรือไม่ดีขึ้น
- บันทึกการให้สุศึกษาและคำแนะนำ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย
- บันทึกแผนการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ หรือการนัดโดยระบุ วัน เดือน ปี เวลา และสถานที่นัดให้ชัดเจน
- บันทึกชื่อ และตำแหน่งของผู้บันทึกทุกครั้ง

### ข้อควรตระหนัก

การบันทึกทางการพยาบาล ระบบ Digital การประเมิน โดยการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในทางปฏิบัติ ข้อมูลต้องถูกต้องเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยใช้หลัก 4 ประการ คือ

1. ความถูกต้อง ให้บันทึกตรงความเป็นจริงของผู้ป่วย ตามปัญหาและความต้องการ บันทึกกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน ระยะเวลาการลงบันทึกถูกต้องสัมพันธ์กับสภาพผู้ป่วย การใช้ภาษาไทยถูกต้อง
2. ความครบถ้วน ให้บันทึกมีความครอบคลุมและต่อเนื่อง ระบุปัญหาครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ให้การพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ
3. ความชัดเจน การใช้คำย่อที่เป็นสากล การใช้ตัวอักษร และการสะกดคำที่ถูกต้อง
4. ได้ใจความ บันทึกกะทัดรัด ได้ใจความ ตรงประเด็น อ่านเข้าใจง่าย ต่อเนื่องตามกระบวนการและบ่งชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

ที่มา : การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล : Focus Charting โดย ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์  
: คู่มือปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ พ.ต.หญิง ธัญญา อัครจริยา รพ.พระมงกุฎเกล้า