

ฉบับสมบูรณ์

(ตามมติ ครั้งที่ 3 / 2566 เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2566)

ฉบับ

ลงชื่อประธาน/กรรมการ



คู่มือการปฏิบัติงาน

เรื่อง คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (focus charting)

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวสุธิพร กาญจนวิสุทธิ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11594)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11594)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



คู่มือการปฏิบัติงาน

เรื่อง คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (focus charting)

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวสุธิพร กาญจนวิสุทธิ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11594)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11594)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนำ

บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นบันทึกข้อความที่แสดงถึงการพยาบาลที่บันทึกไว้เป็นหลักฐานเป็นการบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ให้บริการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ สิ่งที่ยาบาลปฏิบัติทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงและโดยอ้อม อีกทั้งบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ยังเป็นหลักฐานทางกฎหมายในการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสื่อสารให้ทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน ครบถ้วนเหมือนกันซึ่งจะก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง นอกจากนี้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังเป็นเอกสารที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แนวทางในการให้การพยาบาล การค้นหา ปัญหาของผู้ป่วยในโรคต่าง ๆ เป็นข้อมูลในด้านการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผล และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ช่วยให้มีการติดตาม การแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลได้และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

การจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ Focus charting ที่สำคัญมีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A ครั้งนี้ ผู้จัดทำหวังว่าจะมีประโยชน์ต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้านอายุรกรรม

ขอขอบพระคุณ พว. นงลักษณ์ ทองอินทร์ หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรมพิเศษ พว. ลักษณา สะแกคุ้ม หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A ที่กรุณาเสียสละเวลาตรวจสอบผลงานให้คำแนะนำ การปรับปรุงแก้ไข จนสำเร็จลุล่วง

ขอขอบคุณน้อง ๆ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A ที่ให้ความร่วมมือจนผลงานนี้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายทุกประการ

นางสาวสุธิพร กาญจนวิสุทธิ

มีนาคม 2564

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญแผนภูมิ	ง
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตคู่มือปฏิบัติงาน	3
คำจำกัดความเบื้องต้น	4
บทที่ 2 โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ	
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	5
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	9
โครงสร้างการบริหาร	10
บทที่ 3 หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงาน	
หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน	13
วิธีปฏิบัติงาน	14
เงื่อนไข/ ข้อสังเกต / ข้อควรระวัง / สิ่งที่ต้องคำนึงในการปฏิบัติงาน	15
แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน	16
บทที่ 4 เทคนิคการปฏิบัติงาน	
แผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน	17
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	19
วิธีติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน	24
จรรยาบรรณ /คุณธรรม /จริยธรรมในการปฏิบัติงาน	24
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ	
ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	26
แนวทางแก้ไขและพัฒนา	26
ข้อเสนอแนะ	26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	27
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบประเมินผู้ป่วยบริการแรกรับเข้าหอผู้ป่วย	28
ภาคผนวก ข FOCUS LIST	33
ภาคผนวก ค แบบบันทึกทางการพยาบาล	35
ภาคผนวก ง แบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning)	37
ภาคผนวก จ แบบบันทึกการให้ยา	39
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างการบันทึก Focus list	42
ภาคผนวก ช แบบประเมิน National Early Warning Score (NEWS)	53
ภาคผนวก ซ แบบประเมิน Glasgow coma scale	55
ภาคผนวก ฌ เอกสารรับรองการใช้คู่มือการปฏิบัติการ	57
ประวัติผู้เขียน	59

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1	โครงสร้างการบังคับบัญชาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
แผนภูมิที่ 2	โครงสร้างบริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญที่นำมาใช้เพื่อการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเกี่ยวกับภาวะและความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย อีกทั้งยังใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล แสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นสามารถ นำมาประเมินความต้องการการดูแลและวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมจากการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในปีงบประมาณ 2564 แม้จะผ่านเกณฑ์การประเมินที่ทางโรงพยาบาลกำหนดในภาพรวม แต่พบว่าเมื่อตรวจประเมินการเขียนบันทึกทางการพยาบาลรายด้าน พบว่าเรื่องการจัดปัญหาทางการพยาบาลหรือ focus list มีคะแนนการตรวจประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด บุคลากรประเมินปัญหาผู้ป่วยและให้การพยาบาลไม่ถูกต้อง

การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นจะต้องสะท้อนแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยอาจใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งหรือหลายทฤษฎีร่วมกันในการประเมินภาวะสุขภาพจนถึงการประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Bowmann, 1981 ; Varcoe, 1996) ดังนั้นถ้ามีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างครบถ้วนถูกต้อง ย่อมเป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีเพราะผู้เกี่ยวข้องทุกคนได้รับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้นำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง และยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาลเพราะการบันทึกบ่งบอกถึงสิ่งที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาล ที่บอกให้ทราบถึงปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงประกอบด้วย การบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย (data) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหของผู้ป่วย (action) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาลรวมทั้งผลการรักษา (response) ซึ่งเรียกรูปแบบการบันทึกแบบนี้ว่า DAE (Data Action Evaluation) ต่อมาได้มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกแบบ DAE หรือ AIE (Assessment Intervention Evaluation) หรือ PIE (Problem Intervention Evaluation) ซึ่งการบันทึกแบบ Focus Charting ประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ

1. ส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญ Focus list และ Goal หรือ Outcome

Focus list เป็นการบันทึกรายการ (List) ที่ประเด็น (Focus) ที่สำคัญเพื่อสื่อสารถึงสิ่งที่เกิดกับผู้ป่วย หรือระบุเหตุการณ์ในการดูแล โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered) มากกว่ามุ่งเน้นปัญหาสามารถใช้คำวลีที่สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพ สามารถเขียนแบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ได้โดยการเป็นการเขียน focus list เรียกลำดับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาเขียนเป็น Focus list 1) การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างเฉียบพลัน มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ หรือตัวบ่งชี้ (Trigger) เช่น ชัก ไข้สูง หายใจลำบาก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง 2) การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรือสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไปจากเดิม เช่น ไม่รับรู้ต่อเวลา บุคคล สถานที่ หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 3) สิ่งที่ผู้ป่วย concern เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การดำเนินของโรค 4) เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการดูแลหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การให้เลือด การคลอด Discharge planning การผ่าตัด 5) การปรึกษาแพทย์หรือทีมดูแลรักษาวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การปรึกษา ทันตแพทย์ รังสีวินิจฉัย นักกำหนดอาหาร สังคมสงเคราะห์ 6) ปัญหาที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความต้องการน้ำ การหายใจ การขับถ่าย 7) ความต้องการด้านความรู้หรือการให้คำปรึกษา เช่น การให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ไต การเตรียมอาหารทางสายยาง การดูแลแผลกดทับ 8) สิ่งสำคัญที่ค้นพบอื่น ๆ ที่ได้จากการประเมินและการประเมินซ้ำตลอดระยะเวลาการดูแลรักษา เช่น เรื่องที่เกี่ยวกับความปลอดภัย เรื่องสำคัญที่ได้จากการตรวจเยี่ยมของแพทย์ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงไปจากแบบแผนสุขภาพ Goal หรือ Outcome เป็นบันทึกที่เกี่ยวกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังในการให้การพยาบาลที่ สอดคล้องกับประเด็น (Focus) ที่สำคัญโดยมุ่งเน้นที่ผู้ป่วย (patient center outcome) แสดงถึงการตอบสนองของผู้ป่วย (Patient response) ตอบสนองความต้องการผู้ป่วย (Patient needs) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขเป็นเป้าหมายของผู้ป่วยไม่ใช่ของพยาบาล

2. ส่วนที่เป็นเนื้อหา Progress note ประกอบด้วย Focus (F), Assessment (A), Intervention (I) และ Evaluation (E) เป็นการขยายความแสดงถึงรายละเอียดและการดำเนินกิจกรรมพยาบาลในปัญหานั้น ๆ (พรศิริ พันธสี, 2552)

Assessment (A) หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่ประเมินได้ อาจเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือ ข้อมูลปรนัย (Objective data)

Intervention (I) หมายถึง การบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้นหรือในอนาคตที่ได้ทำให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ Focus ของผู้ป่วย เช่น การให้ยา รายงานแพทย์ สอนเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เปลี่ยนท่านอน การบันทึกในส่วนนี้สะท้อนขั้นตอนการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาดหวัง

Evaluation (E) หมายถึง การบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย (Individual's response) ที่มีต่อ Intervention ที่ให้กับผู้ป่วย Evaluation อาจจะบันทึกในเวลาใหม่ไม่ใช่เวลาเดียวกันกับ A และ I โดยในบาง Focus อาจจำเป็น Evaluation ในช่วงปลายเวรสามารถใช้เพื่อการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลได้

จากความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น บุคลากรพยาบาลจำเป็นต้องบันทึกการพยาบาลให้ถูกต้องและครบถ้วนตามปัญหาของผู้รับบริการ บุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ยังพบมีปัญหการบันทึกปัญหาของผู้รับบริการไม่ครบถ้วน จึงจำเป็นต้องมีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (focus charting)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล สำหรับบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การบันทึกทางการพยาบาลมีความถูกต้องสมบูรณ์ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลถูกต้องต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
3. ใช้ประกอบการนิเทศบุคลากรพยาบาลในการบันทึกทางการพยาบาล

ขอบเขตของคู่มือปฏิบัติงาน

คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (focus charting) ใช้สำหรับบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในการบันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลงและมีภาวะวิกฤติ เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยตามศักยภาพของผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564

คำจำกัดความ

Focus Charting หมายถึง รูปแบบการบันทึกการพยาบาล ที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเน้นการบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. Focus list เป็นการบันทึกรายการ (List) ที่เน้นประเด็น (Focus) ที่สำคัญและเกิดมีภาวะวิกฤตเพื่อสื่อสารถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือระบุเหตุการณ์ในการดูแล โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered) มากกว่ามุ่งเน้นปัญหาสามารถใช้คำวลีที่สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพ สามารถเขียนแบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ได้โดยการเป็นการเขียน focus list เรียงลำดับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ส่วนที่เป็นเนื้อหา Progress note ประกอบด้วย Focus (F), Assessment (A), Intervention (I) และ Evaluation (E) เป็นการขยายความแสดงถึงรายละเอียดและการดำเนินกิจกรรมพยาบาลในปัญหานั้น ๆ

บทที่ 2

โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A มีบุคลากรปฏิบัติงานประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ช่วยพยาบาล 5 คน เจ้าหน้าที่งานธุรการ 1 คน และพนักงานทั่วไป 2 คน

หน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย

1. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต และผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน ยุ่งยาก
2. จัดระบบการบริการการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. มอบหมายงานให้แก่บุคลากรตามระดับความรู้ความสามารถ พร้อมนิเทศการปฏิบัติงานติดตามประเมินผลพิจารณาความดีความชอบ
4. เป็นที่ปรึกษาให้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพ กรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนที่ต้องการความชำนาญหรือความสามารถพิเศษในการตัดสินใจ
5. วางแผนการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติการพยาบาลให้คำปรึกษาและประเมินผลทางการพยาบาล
6. นิเทศ ตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผลทางการพยาบาลพร้อมทั้งรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการ
7. ประสานงานร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม
8. รวบรวมสถิติข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลและผลการดำเนินงานนำมาวิเคราะห์วางแผนปรับปรุงระบบการบริการ
9. ส่งเสริมบุคลากรอบรมตามความเหมาะสมของแต่ละคนเพื่อให้ได้รับความรู้และวิทยาการที่ก้าวหน้าใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนางานการบริการ
10. ควบคุมกำกับระบบงานบริหารการพยาบาลให้มีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดของหน่วยงาน
11. ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารบุคลากรในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล และพนักงานทั่วไปเพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ
12. สนับสนุนและประยุกต์วิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมทันสมัยต่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการพยาบาลสมัยใหม่

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

1. คัดกรองประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนและปรับปรุงบริการพยาบาล รวมทั้งการปรับใช้การบำบัดเครื่องมือพิเศษให้สอดคล้องกับภาวะของโรค เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติและภาวะคุกคามได้อย่างทันที่
2. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนถูกต้องทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแลการติดตามและเฝ้าระวังและการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนถึงจำหน่ายการดูแล
3. วางแผนการพยาบาลในรายที่ซับซ้อนได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณและปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process)
4. จัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ เช่น ปลัดคกหักล้ม บาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์รวมทั้งการติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. จัดการเครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีพอเพียง พร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้หรือไม่ปลอดภัย
6. มอบหมายงานให้กับบุคลากรระดับรองลงมาตามความรู้ความสามารถเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง
7. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย หรือจากการผ่าตัดโรคทางด้านอายุรกรรม
8. รับ - ส่งเวร เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ
9. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายการดูแล
10. ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาด้านการพยาบาลในประเด็นต่าง ๆ เพื่อพิจารณาแก้ไขที่เหมาะสม
11. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อาการ/อาการแสดง ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล รวมถึงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

12. ติดตามประเมินผลการทำงานของทีมนุเคราะห์ทางการแพทย์ ควบคุม กำกับดูแล ให้ปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ช่วยพยาบาล

1. ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการในระยะไม่รุนแรงหรือไม่เป็นอันตรายตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ในด้านการรักษาพยาบาล ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานที่กำหนด ให้การพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโดยเน้นการตอบสนองความต้องการในกิจวัตรประจำวัน สุขสบาย และความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนดการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยการป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ
2. ดูแลความสะอาดเรียบร้อยจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับงานบริการ เพื่อความสะดวกและปลอดภัยแก่ผู้รับบริการญาติ
3. ช่วยในการรับส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษานอกหอผู้ป่วยหรือส่งผู้ป่วยกลับบ้าน
4. ปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง
5. ติดต่อประสานงานภายในกลุ่มเดียวกันหรือผู้ร่วมงานที่รองลงมา เพื่อสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปฏิบัติงานได้ถูกต้อง
6. ช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือในการตรวจรักษาพยาบาล เพื่อให้เครื่องมือพร้อมใช้ให้บริการผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
7. ช่วยบริการหรือดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยในการทำกิจกรรม หรือเคลื่อนย้ายเข้าห้องตรวจ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม
8. รายงานอาการผู้ป่วยเพื่อค้นหาสาเหตุโดยใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ และวิทยาศาสตร์ ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ
9. ติดต่อประสานงานอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย เช่นติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยจากแพทย์หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานกำหนด

หน้าที่รับผิดชอบของเจ้าพนักงานธุรการ

1. รับผิดชอบงานธุรการ สื่อสาร ประสานสัมพันธ์ของหน่วยงาน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บันทึกข้อมูล จัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติ
2. รับและส่งเอกสารไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ช่วยรับ / ต่อโทรศัพท์ เพื่อติดต่อประสานงานต่าง ๆ เช่น ขอรถนั่ง เพลนอน ในการรับ - ส่งผู้ป่วย ไปยังหน่วยงานต่าง ๆ หรือย้ายไปหผู้ป่วยอื่น หรือส่งกลับบ้าน

4. จัดเตรียมเอกสารเวชระเบียนสำหรับรับใหม่ และรวบรวมรายงานเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย จัดส่งให้แพทย์เพื่อสรุปเวชระเบียนต่อไป

5. ช่วยเขียนใบส่งซ่อมเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ส่งสถานที่ตามหน่วยงานต่าง ๆ เสนอหัวหน้าหอผู้ป่วย และติดตามผลการซ่อมแซม

6. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การส่งปรึกษาต่างแผนก การนัดผู้ป่วย การเบิกอาหารของผู้ป่วย บันทึกค่าบริการทางการแพทย์ การทำหัตถการ ตามที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน

7. สำรวจ และเบิกเอกสารที่ใช้ประจำวันในหอผู้ป่วยให้มีจำนวนเพียงพอ

หน้าที่รับผิดชอบของพนักงานทั่วไป

1. ดูแลทำความสะอาด อุปกรณ์เครื่องมือของใช้ต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย เช่น รถทำแผล ผ้ายาง ลึงแวกล้อมรอบตัวผู้ป่วย และในหอผู้ป่วย เช่น โต๊ะข้างเตียง เก้าอี้ พัดลม ตู้เย็น ให้สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย

2. ช่วยรับพัสดุ และเวชภัณฑ์ที่เบิกจ่ายของหน่วยงาน

3. ทำความสะอาดบริเวณถึงทั้งผ้า บนไคหนีไฟ เช็ดทำความสะอาดเสาน้ำเกลือ เตียง โต๊ะข้างเตียงให้เรียบร้อย

4. รับ - ส่งผ้า และนับจำนวนให้ครบและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย

5. แจกอาหารผู้ป่วยพร้อมทั้งล้างทำความสะอาดพร้อมส่งคืนตามเวลา

6. เก็บ และแยกผ้าเช็ดตัวผู้ป่วย เก็บผ้าเปื้อนให้เรียบร้อยพร้อมส่งให้เจ้าหน้าที่มารับ

7. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายภายในหน่วยงาน

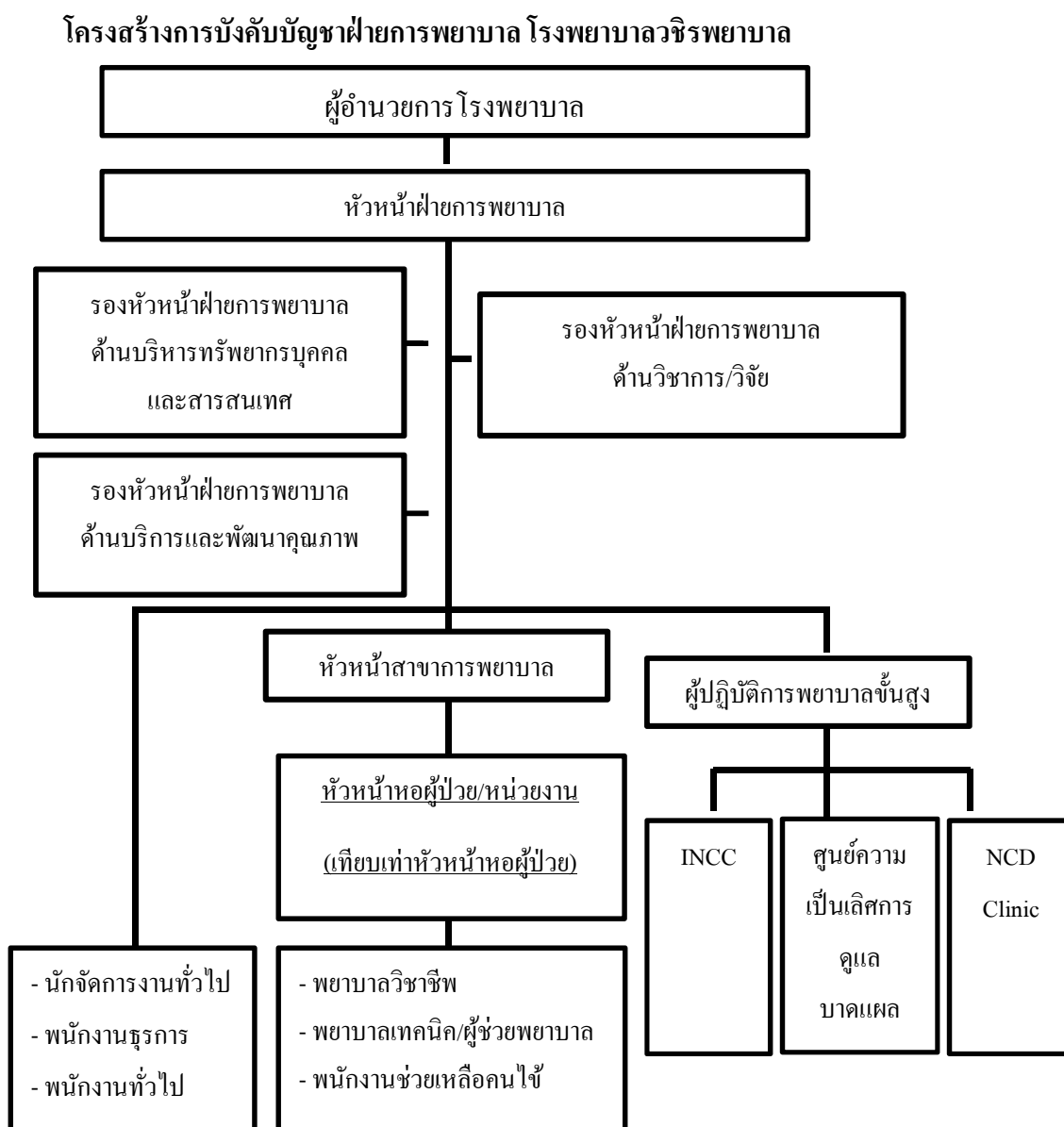
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A (พิเศษ) ให้บริการผู้ป่วยด้านอายุรกรรมและโรคร่วมอายุรกรรม ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป (เตียง 15 เตียง) มีบุคลากรพยาบาล ดังนี้

หน่วยงานมีพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ช่วยพยาบาล 5 คน เจ้าหน้าที่ 2 คน เวรเช้า มีพยาบาล 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน เวรบ่ายมีพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน และเวรคึกมีพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน หมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงานเวร โดยมีการจัดเวรเสริมไว้เตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วย หน่วยงานได้ทำการจำแนกประเภทผู้ป่วยในแต่ละเวรและภาระงาน มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยเฝ้าระวังเรื่องความเสี่ยงทั่วไป เช่น พลัดตก/ หกล้ม ตกเตียง เป็นต้น การดูแลรักษาพยาบาล

เป็นการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ และเภสัชกร นอกจากรักษาพยาบาลแล้ว ยังมีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ ซึ่งมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยสอนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายโดยให้ผู้ป่วยโทรศัพท์ปรึกษาปัญหาสุขภาพได้ 24 ชั่วโมงและส่งต่อหน่วยงานสุขภาพชุมชนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในรายที่มีปัญหาต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือมีอุปกรณ์ติดไปกับผู้ป่วย

โครงสร้างการบริหาร

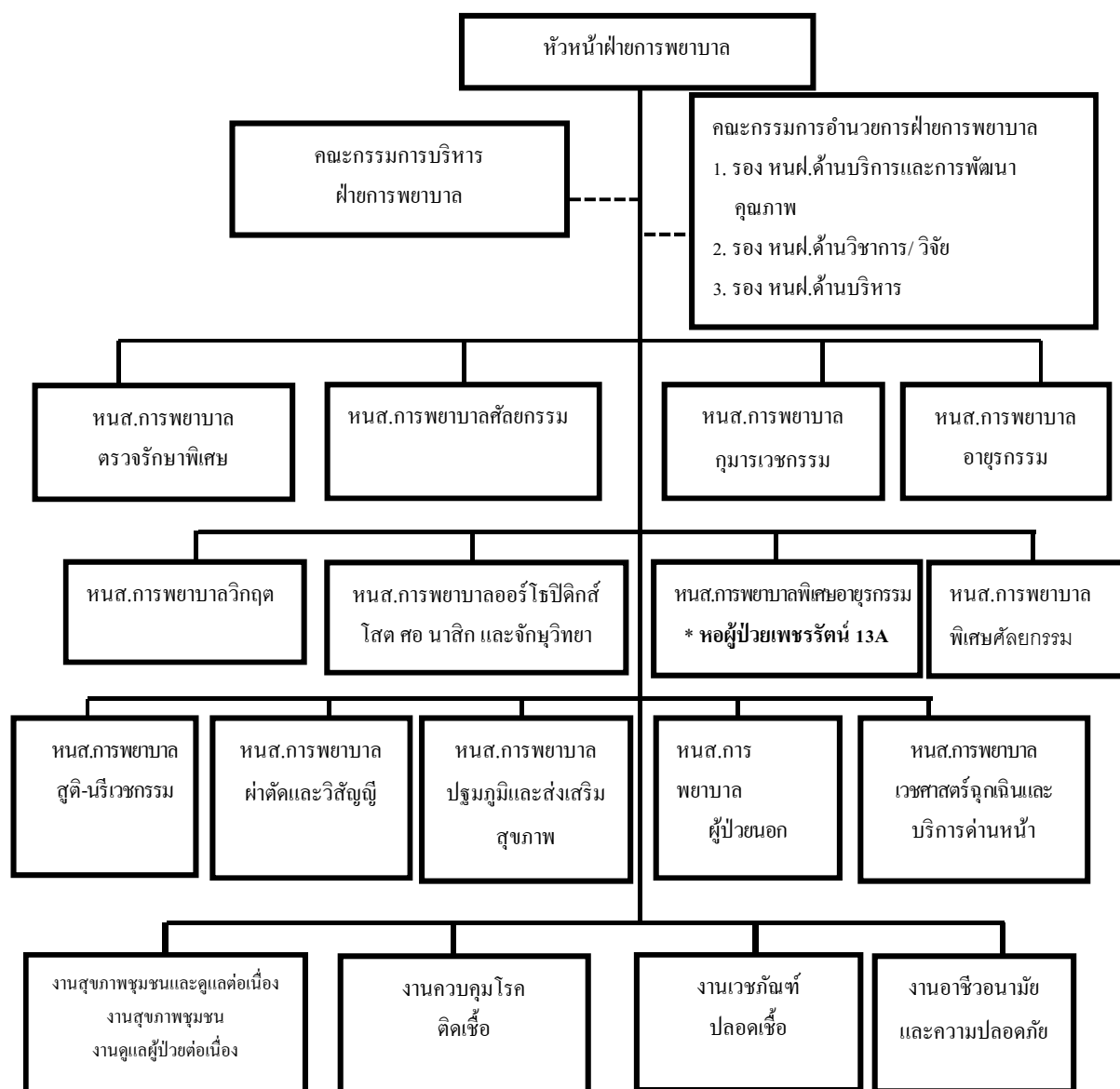


แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างการบังคับบัญชาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยวชิราวุธ (2564)

โครงสร้างการบริหารฝ่ายการพยาบาล



แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างบริหาร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช (2564)

บทที่ 3

หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงาน

หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน

การจัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (focus charting) เป็นหลักเกณฑ์ที่ใช้กับการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย

1. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษา โดยพักค้างในโรงพยาบาล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในต้องใช้ความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และสามารถดูแลตนเองพร้อมที่จะกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยมีมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาล 11 มาตรฐาน (สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, 2551) ดังนี้

1.1 มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการ พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย การสื่อสารข้อมูลที่ประเมินได้ระหว่างทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

1.2 มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ข้อมูลที่ประเมินได้เพื่อตัดสินใจ ระบุปัญหา และความต้องการการพยาบาล หรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง

1.3 มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาล ที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย รวดเร็ว ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

1.4 มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.5 มาตรฐานที่ 5 การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยครอบคลุมปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพการสอนฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน ตามแนวทางการวางแผนการจำหน่ายเฉพาะโรค

1.6 มาตรฐานที่ 6 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความก้าวหน้าของสภาวะสุขภาพผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

1.7 มาตรฐานที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมผสมผสานแผนการพยาบาล และแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.8 มาตรฐานที่ 8 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดอันตราย และการกลับเป็นซ้ำของโรคครอบคลุมทั้งความถูกต้องของตัวบุคคล การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันอุบัติเหตุ / อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การตายอย่างไม่คาดคิด การเกิดแผลกดทับ และการป้องกันอันตรายจากการตรวจ/ หัตถการ/ สารเคมี/ เครื่องมือ

1.9 มาตรฐานที่ 9 การให้ข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย และครอบครัวครอบคลุมปัญหา และความต้องการอย่างถูกต้องเหมาะสม

1.10 มาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย บนพื้นฐานของความเคารพในสิทธิ และยึดจรรยาบรรณวิชาชีพคุณค่าของความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้นหรือเชื้อชาติ ศาสนา ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

1.11 มาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการแพทย์ บันทึกรายการข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อักษร อย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

2. ปฏิบัติตามแนวทางเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยตามหลัก 2P safety (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

2.1 ผู้ป่วยปลอดภัย

- 1) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
- 2) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
- 3) ปลอดภัยจากการใช้ยาและการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
- 4) กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยปลอดภัยการระบุตัวผู้ป่วยให้ชัดเจนถูกต้อง
- 5) การดูแลสายหรืออุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย และสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ปลอดภัย

6) การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่ปลอดภัย

2.2 บุคลากรปลอดภัย

- 1) การสื่อสารข้อมูลที่ปลอดภัย
- 2) การป้องกันบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
- 3) การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร
- 4) การทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรขณะปฏิบัติงาน
- 5) การใช้รถพยาบาลฉุกเฉินที่ปลอดภัยขณะปฏิบัติงานของบุคลากร
- 6) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร

วิธีการปฏิบัติงาน

การบันทึกทางการแพทย์มีขั้นตอนการบันทึกดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ ตั้งแต่แรกเริ่มและต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ หรือซักประวัติ ตรวจร่างกายโดยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิต ภาวะเสี่ยง และปัญหาที่ซ่อนเร้นของผู้ป่วย จากนั้นมีการตรวจสอบข้อมูล แล้วนำมาจัดกลุ่มข้อมูล หลังจากนั้นจึงนำมาบันทึกในแบบบันทึกที่กำหนดไว้ (อารี ชิวเกษมสุข, 2551) โดยการรับใหม่มีการประเมินข้อมูล ได้แก่

1. ประเมินและจำแนกประเภทตามปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่

1.1 ประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (National Early Warning Score : NEWS)

1.2 ประเมินอาการ ได้แก่ ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) ได้แก่ การลืมตา (eye opening =E) การสื่อภาษาที่ดีที่สุด (best verbal response: V) และการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (best motor response: M) และอาการสำคัญที่เข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาล

1.3 ประเมินสัญญาณชีพ (vital signs) ระดับออกซิเจนในเลือดแดงส่วนปลาย (SpO2) สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (National Early Warning Score: NEWS)

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นการแปลข้อมูลที่ถูก จัดเป็นกลุ่มๆ ในขั้นตอนที่1 เปรียบเทียบข้อมูลที่บ่งบอกปัญหากับมาตรฐานและค่าปกติต่างๆ แล้วสรุปเป็นปัญหาของผู้ป่วยคร่าว ๆ หลังจากนั้นกำหนดสาเหตุและปัญหาที่มีความเป็นไปได้ แล้วบันทึกการวินิจฉัยทางการแพทย์ ลงในแบบบันทึกที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล เมื่อได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์แล้ว นำมาจัดเรียงลำดับความสำคัญโดยพิจารณาจากตามระดับความรุนแรงของปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตมาก่อน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีแนวโน้มพักรักษาตัวอยู่ระยะสั้น กำหนดจุดมุ่งหมายหรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลทางการพยาบาล จากนั้นกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วย แล้วจดบันทึกกิจกรรมที่กำหนดลงในแบบ บันทึกที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นมีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนตัดสินว่าได้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่รวบรวมได้กับเกณฑ์ประเมินผล แล้วจึงบันทึกข้อมูลผลการประเมินในแบบบันทึกที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 6 การวางแผนการจำหน่าย วางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ค้นหาผู้ดูแลหลัก (care giver) ระบุปัญหาและความต้องการที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน มีสายคาอุปกรณ์ต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลต้องได้รับการสอน / สาธิต ฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ประเมินผู้ป่วยถึงความจำเป็นที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน แล้วจึงบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกที่กำหนดไว้

เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน

การบันทึกการพยาบาลแบบแบบชี้เฉพาะ (focus charting) สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการบันทึกทางการพยาบาล มีดังต่อไปนี้

1. ความถูกต้อง (correct) หมายถึง การบันทึกมีความถูกต้องตามความเป็นจริงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องและความสัมพันธ์กับอาการ อาการแสดงตามสภาวะ โรค สภาวะที่เป็นจริงของผู้ป่วย

การบันทึกในเวลาที่ถูกต้อง ดังนี้ เขียนวันเวลาที่บันทึกให้ชัดเจน ในแต่ละเหตุการณ์ เขียนช่วงเวลาให้ชัดเจน บันทึกทันทีหลังเหตุการณ์ เกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติและผลที่ได้รับ ควรบันทึกให้เรียบร้อยก่อนไปทำงานอื่น ๆ ต่อไป เพื่อป้องกันการหลงลืมและทำให้ผู้ร่วมทีมสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ทันที ไม่บันทึกก่อนปฏิบัติการจริง เพราะไม่ทราบว่าเมื่อไรมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์

2. ความครบถ้วน (complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วน และต่อเนื่อง ดังนี้

สิ่งที่ควรบันทึกได้รับการบันทึกครบถ้วน ดังนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติรุนแรงขึ้น ข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ และการดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้การรักษาต่าง ๆ เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด ต้องมีการลงเวลา อาการก่อนขณะ และหลัง ผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง

3. ความชัดเจน (clear) หมายถึง บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร เลขที่ชัดเจน อ่านง่าย และใช้ตัวย่อที่เป็นสากล

บันทึกข้อมูลครบถ้วนชัดเจนเป็นความจริงและสิ่งที่บันทึกต้องมีความเหมาะสมเกี่ยวเนื่อง เขียนให้อ่านง่าย ชัดเจน เขียนด้วยหมึกสีน้ำเงิน เมื่อเขียนผิด จีดเส้นผ่าน 1 เส้นแต่ยังมองเห็นข้อความเดิมได้ ไม่ควรเขียนแทรกกระหว่างคำ เพราะจะทำให้การบันทึกนั้นเชื่อถือได้น้อย เขียนชื่อและตำแหน่งให้ชัดเจน

4. ได้ใจความ (concise) หมายถึง การบันทึกที่กะทัดรัด สั้น ได้ใจความ ตรงประเด็น ตรงตามสภาพความจริงของผู้ป่วย อ่านแล้วเข้าใจง่าย ต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และมองเห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาลผู้ป่วย

แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

ผู้จัดทำได้นำแนวคิดในการจัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ใช้สำหรับบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A และให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถบันทึกได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

1. หลัก 4 C ประกอบด้วย

- 1.1 ความถูกต้อง (correct)
- 1.2 ความครบถ้วน (complete)
- 1.3 ความชัดเจน (clear)
- 1.4 ได้ใจความ (concise)

2. แนวคิดตามหลัก ISBAR องค์ประกอบ ISBAR มีขั้นตอนการสื่อสาร 5 ขั้นตอน ดังนี้

- I: Identify การระบุชื่อ ระบุตัวผู้รายงาน/ตัวผู้ป่วย
- S: Situation สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน/ที่ต้องส่งเวร
- B: Background ข้อมูลภูมิหลังสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์
- A: Assessment การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล
- R: Recommendation ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล

บทที่ 4

เทคนิคการปฏิบัติงาน

แผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี ได้กำหนดยุทธศาสตร์ (AEIOU) ของปี พ.ศ. 2562 – 2565 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2562-2565) ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 Academic for Urban Health & future life : A

- A1 พัฒนาหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมให้มีเอกลักษณ์และสมรรถนะที่สอดคล้องกับแนวโน้มใหม่บนพื้นฐานด้านเวชศาสตร์เขตเมือง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 Excellent service : E

- E1 เพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัย ของระบบบริการ
- E2 ขยาย และเพิ่มขีดความสามารถ และรายได้ด้านบริการ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 Income & Cost Effectiveness : I

- I1 มีระบบบริหารรายได้และต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 Organizational Strength in Digital Era : O

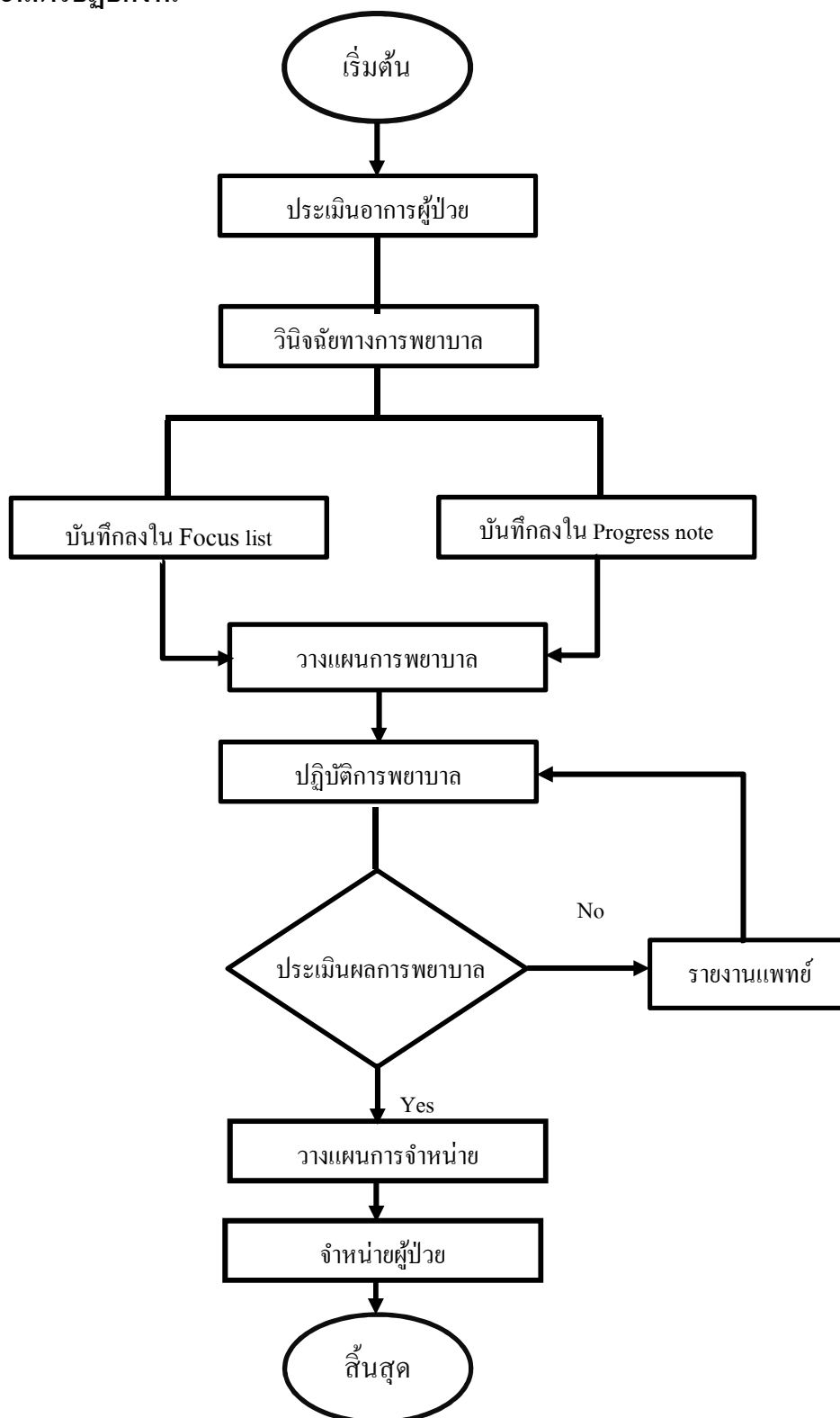
- O1 พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรด้านเวชศาสตร์เขตเมืองและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อรองรับพันธกิจ และการเติบโตขององค์กร
- O2 เพิ่มความเข้มแข็งขององค์กรด้วยการเข้าสู่ยุคดิจิทัล (Digital transformation) ในทุกพันธกิจ

- O3 ยกระดับการพัฒนาองค์กร โดยใช้เกณฑ์คุณภาพเพื่อมุ่งสู่การเป็นเลิศ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 Urbanology Competence : U

- U1 เพิ่ม research quality and quantity ที่มีเอกลักษณ์เวชศาสตร์เขตเมือง
- การจัดทำคู่มือปฏิบัติเรื่องการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (focus charting) ใช้สำหรับบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล ยุทธศาสตร์ที่ 2 Excellent service : E คือ การเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการซึ่งมีการนิเทศทางคลินิกในการปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ที่มุ่งเน้น ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน ซึ่งการให้การพยาบาลทุกขั้นตอนคู่มือฉบับนี้ยังสอดคล้องถึงโครงการพัฒนาพฤติกรรมบริการด้วย

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



ขั้นตอนการปฏิบัติงานมีรายละเอียดดังนี้

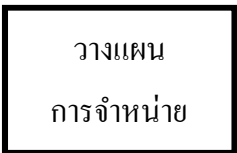
ลำดับ	ผังกระบวนการ	รายละเอียดงาน	แบบ ฟอร์ม	ผู้รับ ผิดชอบ
1.	เริ่มต้น	1. ผู้ป่วยรับใหม่ 2. ตรวจสอบเอกสารความถูกต้อง ชื่อ-สกุล, H.N., A.N. ให้ตรงกับผู้ป่วย ทวนสอบป้ายชื่อมือ 3. ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย / ชักประวัติ/ตรวจร่างกาย/ประเมิน NEWS/ประเมินGCS 4. ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในใบยินยอม การตรวจรักษา และการแจ้งค่าใช้จ่าย ในการนอน รพ. 5. ตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วย 6. ประเมินผู้ป่วยด้านสังคมสงเคราะห์ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการรักษาพยาบาล 7. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, U/A, BS, BUN, CR, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR, Anti HIV ตาม แผนการรักษา	แบบ ประเมิน ผู้ป่วยแรก รับ MR 03.1	พยาบาล วิชาชีพ/ ผู้ช่วย พยาบาล
2.	วินิจฉัยทางการ พยาบาล	1. เก็บรวบรวมข้อมูลและนำมา ประมวลผล แปลความ จัดกลุ่มของ ข้อมูล (data processing) 2. กำหนดภาวะสุขภาพ (determination health status) 3. เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัย/ปัญหา ร่วมกับ สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหานั้น ๆ จาก ข้อมูลที่ประมวลได้		พยาบาล วิชาชีพ

ลำดับ	ผังกระบวนการ	รายละเอียดงาน	แบบ ฟอร์ม	ผู้รับ ผิดชอบ
3.	ประเมินอาการ ผู้ป่วย	1. ประเมินสัญญาณชีพ (vital signs) ระดับออกซิเจนในเลือดแดงส่วนปลาย (SpO2) สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (National Early Warning Score: News) 2. ประเมินและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแรกรับให้ครบทุกประเด็นตาม NANDA 13 Domain ลงในเอกสารแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ 3. ประเมินสภาวะผิดปกติที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย จากการซักประวัติ และผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ที่ผิดปกติ	แบบ ประเมิน ผู้ป่วยแรก รับ MR 03.1	พยาบาล วิชาชีพ/ ผู้ช่วย พยาบาล
4.	บันทึกลงใน Focus list	1. บันทึกกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างเฉียบพลัน มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ หรือตัวบอกเหตุ (Trigger) เช่น ชัก ไข้สูง หายใจลำบาก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง 2. บันทึกการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรือสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไปจากเดิม เช่น ไม่รับรู้ต่อเวลา บุคคล สถานที่ หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 3. บันทึกสิ่งสำคัญที่ค้นพบอื่น ๆ ที่ได้จากการประเมินและการประเมินซ้ำตลอดระยะเวลาการดูแลรักษา เช่น เรื่องที่เกี่ยวกับความปลอดภัย เรื่องสำคัญที่ได้จากการตรวจเยี่ยมของแพทย์ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงไปจากแบบแผนสุขภาพ	แบบ บันทึก Focus list MR 12.1	พยาบาล วิชาชีพ

ขั้นตอนการปฏิบัติงานมีรายละเอียดดังนี้ (ต่อ)

ลำดับ	ผังกระบวนการ	รายละเอียดงาน	แบบ ฟอร์ม	ผู้รับ ผิดชอบ
5.	บันทึกลงใน Progress note	1. บันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล ต่อเนื่องทุกเวร ทุกวัน 2. ประเมินผลทุกครั้ง รวมถึงบันทึก การดูแลเฉพาะหรือเหตุการณ์สำคัญ เช่น การให้เลือด/ให้ยาเฉพาะ ผลของ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งส่งตรวจ การ ส่งต่อ/การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย กรณีย้าย หน่วยการดูแลรักษาต้องสรุปปัญหา ผู้ป่วยที่ยังคงต้องได้รับการดูแล ต่อเนื่อง และกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วย ได้รับ	แบบ บันทึก Nurse note MR 12.2	พยาบาล วิชาชีพ
6.	วางแผน การพยาบาล	1. นำปัญหาของผู้ป่วยมาจัดลำดับ ความสำคัญ 2. กำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล 3. กำหนดกิจกรรมพยาบาลและ การประเมินผล 4. การเขียนแผนการพยาบาล ได้แก่ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลลัพธ์และ เกณฑ์การประเมิน กิจกรรมการพยาบาล	แบบ บันทึก Focus list MR 12.1	พยาบาล วิชาชีพ
7.	ปฏิบัติ การพยาบาล	1. นำแผนการพยาบาลที่วางไว้มา ปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เช่น ตรวจสอบผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าพบ ความผิดปกติ รายงานแพทย์ 2. ตรวจสอบผล CXR, EKG ให้พร้อม ตามแผนการรักษา	แบบ บันทึก Nurse note MR 12.2	พยาบาล วิชาชีพ

ขั้นตอนการปฏิบัติงานมีรายละเอียดดังนี้ (ต่อ)

ลำดับ	ผังกระบวนการ	รายละเอียดงาน	แบบ ฟอร์ม	ผู้รับ ผิดชอบ
		3. ให้การรักษาโรคประจำตัวของผู้ป่วย และให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา 4. บันทึกเป็นหลักฐานสิ่งที่ได้ปฏิบัติ		
8.		1. ประเมินคุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย โดยการประเมินขณะทำการพยาบาลและประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล โดย <u>กรณีที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการดีขึ้น</u> วางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning) อนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อไม่ต้องเข้ารับการตรวจรักษาเพิ่มเติม และไม่พบภาวะแทรกซ้อน <u>กรณีพบอาการที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่ผิดปกติ</u> รายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบเพื่อให้การรักษาและปฏิบัติการพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	แบบ บันทึก Nurse note MR 12.2	พยาบาล วิชาชีพ
9.		1. ประเมินประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับ และต้องนำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน 2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน โดยใช้หลัก D METHOD ได้แก่การ - ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง - แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่าง	บันทึกวางแผนการ จำหน่าย FM-MR 02.8	พยาบาล วิชาชีพ

ขั้นตอนการปฏิบัติงานมีรายละเอียดดังนี้ (ต่อ)

ลำดับ	ผังกระบวนการ	รายละเอียดงาน	แบบ ฟอร์ม	ผู้รับ ผิดชอบ
		ละเอียด สรรพคุณยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา - แนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ - สอน/สาธิตทักษะที่เป็นตามแผนการรักษาเช่นการทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ - ให้ข้อมูลการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ - แนะนำการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้เคียง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง - แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ		
10.	จำหน่ายผู้ป่วย	1. ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย/วัดสัญญาณชีพก่อนจำหน่าย 2. เก็บแฟ้มประวัติ และเขียนบันทึกทางการพยาบาล 3. ส่งเบิกยากลับบ้าน 4. ชำระค่ารักษาพยาบาลในรายที่มีส่วนเกินนอกสิทธิการรักษา	บันทึกวางแผนการจำหน่าย FM-MR 02.8, แบบบันทึก Nurse note	พยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนการปฏิบัติงานมีรายละเอียดดังนี้ (ต่อ)

ลำดับ	ผังกระบวนการ	รายละเอียดงาน	แบบฟอร์ม	ผู้รับผิดชอบ
		5. ให้ใบนัดติดตามการรักษา	MR 12.2	
11.	สิ้นสุด	1. ดูแลให้ผู้ป่วย กลับบ้านได้		พยาบาล วิชาชีพ/ ผู้ช่วย พยาบาล

วิธีติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

การติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามคู่มือบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (focus charting) ติดตามตามตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A คือ

ความสมบูรณ์การเขียนบันทึกทางการพยาบาล เป้าหมาย = 75%

ผลลัพธ์ = 76.8 %

จรรยาบรรณ/คุณธรรม/จริยธรรมในการปฏิบัติงาน

การจัดทำคู่มือ การบันทึกทางการพยาบาลแบบ focus charting ผู้ศึกษาได้นำมาตรฐานข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 (สภาการพยาบาล, 2550) มาใช้ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรม และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
2. ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ
3. ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้รับบริการ
4. ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัย มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
5. มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
6. มีการปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิผู้ป่วย สิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

บทที่ 5

ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ

ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

คู่มือการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (focus charting) เริ่มใช้ตั้งแต่ มกราคม 2564 - มีนาคม 2565 พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. บุคลากรพยาบาลบางรายไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์จึงทำให้การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วนและสมบูรณ์
2. บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี และพยาบาลจบใหม่ยังขาดประสบการณ์ ความเข้าใจในการบันทึกทางการแพทย์ จึงทำให้การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วนและสมบูรณ์

แนวทางแก้ไขและพัฒนา

1. จัดประชุมให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาล โดยชี้แจงความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์และวิธีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย
2. ให้ความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา
3. ประเมินบันทึกทางการแพทย์ทุกสัปดาห์ และแจ้งผลกลับให้พยาบาลทุกคนรับทราบผลการประเมิน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ ให้พยาบาลใหม่ทุกคนต้องฝึกเรื่องการบันทึก Focus charting ตามรูปแบบที่ถูกต้อง
2. พัฒนาองค์ความรู้ทั้งทางด้านการพยาบาลในกลุ่มโรคต่าง ๆ ควบคู่กับการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) อย่างต่อเนื่องในแต่ละสาขา
3. ควรมีการติดตามประเมินผลการใช้คู่มือการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (focus charting) ใช้สำหรับบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A ของบุคลากรในหน่วยงานทุก 6 เดือนเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานแนวทางเดียวกัน

บรรณานุกรม

- งานเวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2563). รายงานประจำปี 2563. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- ประคิน สุจนายา และคณะ. (2549). บันทึกทางการแพทย์และการผดุงครรภ์ : แนวคิดวิธีบันทึก และการใช้ประโยชน์. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2564). แผนปฏิบัติการฝ่ายการพยาบาล. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
- พรศิริ พันธสี. (2552). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์อักษร.
- ฟาริดา อิบราฮิม.(2541). กระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ : โครงการพัฒนาคำราชาพยาบาล ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.(2561).เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุขพ.ศ.2561.Patient and Personal Safety Goals : SIMPLE Thailand 2018. นนทบุรี : เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.
- สภาการพยาบาล. (2550). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุธิดา ประทุมราช. (2548). ประสบการณ์การใช้กระบวนการ พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัย บูรพา.
- Bloom, B.S., et al. (1975). *Taxonomy of Education Objective, Hand Book 1 : Cognitive Domain*. New York : Mckay,

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบประเมินผู้ป่วยบริการแรกรับเข้าหอผู้ป่วย

แบบประเมินผู้รับบริการแรกรับเข้าหอผู้ป่วย



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

1/2

แบบประเมินผู้ให้บริการแก่รับเข้าหอผู้ป่วย

HN: _____ AN: _____ อายุ: _____

ชื่อ-สกุล: _____ เพศ: _____

หอผู้ป่วย: _____

น้ำหนัก: _____ กก. ส่วนสูง: _____ ซม.

วันที่รับ: _____ เวลา: _____

นำส่งโดย ☐ รถนั่ง ☐ เพลนอน ☐ เดินมา ผู้นำส่ง _____

แหล่งข้อมูลได้จาก ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ ระบุ _____ ☐ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ระบุ _____ ☐ แผนประวัติ, เวชระเบียน

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ = _____ °C ชีพจร = _____ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = _____ ครั้ง/นาที BP = _____ mmHg.

อาการสำคัญ _____

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน _____

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต _____

1. กิจกรรม/การพักผ่อน (Activity / Rest) (Subjective data)

- การออกกำลังกาย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____
- การนอน นอนหลับ _____ ชม./วัน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
- ปัญหาการนอนหลับ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____ สิ่งที่ยังให้คนหลับ _____
- การตอบสนองของร่างกายขณะทำกิจกรรม ☐ ปกติ ☐ เหนื่อย ☐ อื่นๆ ระบุ _____

2. การไหลเวียนโลหิต (Circulation) (Objective data)

- อัตราการเต้นของหัวใจ ☐ normal ☐ Tachycardia ☐ Bradycardia ☐ อื่นๆ ระบุ _____
- จังหวะการเต้นของหัวใจ ☐ regular ☐ Irregular
- ปลายมือ - แขนขา ☐อุ่น ☐เย็น - สีผิว ☐ปกติ ☐เหลือง ☐ซีด ☐เขียว - Capillary refill _____ วินาที

3. ความสมบูรณ์ของจิตใจ อารมณ์ (Ego Integrity) (Objective data and Subjective data)

- สภาพอารมณ์ / ความรู้สึก ☐ ปกติ ☐ ซึมเศร้า ☐ วิตกกังวล ☐ สิ้นหวัง ☐ ขาดที่พึ่ง ☐ อื่นๆ ระบุ _____
- ความวิตกกังวล ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____ ☐ การเจ็บป่วย ☐ คำใช้จ่าย ☐ ครอบครัว ☐ อื่นๆ ระบุ _____
- สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ☐ ดี ☐ ไม่ดี
- นับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ _____
- ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในขณะป่วยครั้งนี้ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____

4. การขับถ่าย (Elimination) (Subjective data)

- การขับถ่ายปัสสาวะ ☐ ปกติ _____ ครั้ง/วัน
- ☐ ผิดปกติ ☐ ปัสสาวะสายตืด ☐ ปัสสาวะเป็นเลือด ☐ ไม่ถ่ายสวนปัสสาวะคา ☐ ใช้อุปกรณ์ช่วย _____
- การขับถ่ายอุจจาระ ☐ ปกติ _____ ครั้ง/วัน
- ☐ ผิดปกติ ☐ ท้องเสีย ☐ ท้องผูก ☐ ใช้ยาระบาย ☐ สวน
- Ostomy ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____ ☐ อยู่แล้วเอง ☐ อาศัยผู้อื่นช่วย

5. อาหารและน้ำ (Food & Fluid) (Subjective data and Objective data)

- ชนิดของอาหารที่รับประทาน ☐ เฉพาะโรค ☐ ธรรมดา ☐ อ่อน ☐ เหลว ☐ ทางสายยาง ☐ อาหารเสริม ระบุ _____
- อาหารที่แพ้ _____ อาการที่แพ้ _____
- อาการผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____ ☐ เบื่ออาหาร ☐ คลื่นไส้อาเจียน ☐ กลืนลำบาก ☐ อื่นๆ ระบุ _____
- ในช่วง 3 เดือนมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____ น้ำหนักเพิ่ม _____ กก. ☐ น้ำหนักลด _____ กก.
- ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มระบุปริมาณ _____ /วัน ระยะเวลา _____ เดือน/ปี
- ปัจจุบัน ☐ ยังไม่เลิก ☐ เลิกแล้วระบุระยะเวลา _____ เดือน/ปี
- ดื่มน้ำ วันละ _____ แก้ว
- ความตั้งใจของมิวหนิง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ _____


คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

แบบประเมินผู้รับบริการมารับเข้าหอผู้ป่วย

2/2

6. สุขอนามัยส่วนบุคคล (Hygiene)		(Subjective data)	(Objective data)
- การทำความสะอาดร่างกาย	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	
- การขับถ่าย	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	
- การรับประทานอาหาร	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	☐ ทำได้เอง ☐ ต้องพึ่งผู้อื่น	

7. การรับรู้และประสาทสัมผัส (Neurosensory)		(Subjective data)	(Objective data)
- การรับรส	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- การได้กลิ่น	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- การมองเห็น	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ซ้าย/ขวา) ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- การได้ยิน	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ซ้าย/ขวา) ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- กำลังของแขน	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- กำลังของขา	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- อาการชาของแขน/ขา	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- ระดับความรู้สึกตัว	☐ ตื่นตัว ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ครึ่งหลับครึ่งตื่น ☐ ไม่รู้สึกตัว		

8. ความเจ็บปวด/ไม่สุขสบาย (Pain / Discomfort)		(Subjective data and Objective data)
- ตำแหน่งที่ปวด	☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....	
ความปวด (Scale 0-10)		
ลักษณะความปวด	☐ ปวดตื้อๆ ☐ ปวดร้าว ☐ ปวดแปลบปวดร้อน ☐ ปวดเหมือนมีอะไรทับ ☐ อื่นๆ	
อาการที่เกิดขึ้น	☐ ไม่มี ☐ มีระบุ ☐ หอบเหนื่อย ☐ คลื่นไส้ ☐ อาเจียน ☐ ไข้ ☐ อื่นๆ ระบุ.....	
ปัจจัยเสริมความปวด	☐ เคลื่อนไหว ☐ ความร้อน/เย็น ☐ อื่นๆ ระบุ.....	
วิธีการบรรเทาความปวดที่เคยใช้	☐ ประคบร้อน ☐ ประคบเย็น ☐ นวด ☐ รับประทานยา ☐ อื่นๆ ระบุ.....	

9. การหายใจ (Respiration)		(Subjective data and Objective)
- การหายใจ	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ ☐ ตื้น-สั้น ☐ เร็ว ☐ หอบเหนื่อย ☐ หายใจเป็นพักๆ ☐ หายใจผิดปกติ	
	☐ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ ☐ T-Tube ☐ E-Tube	
- การไอ	☐ ไม่มี ☐ มีระบุลักษณะและระยะเวลา.....	
- การได้รับอุบัติเหตุ/ การผ่าตัดเกี่ยวกับทรวงอก	☐ ไม่เคย ☐ เคยระบุ.....	
- การขยายตัวของทรวงอก	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	
- เสียงปอด	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ Creptitation ☐ Wheezing ☐ อื่นๆ ระบุ.....	
- ประวัติการสูบบุหรี่	☐ ไม่สูบ ☐ สูบ วันละ..... มวน/ซอง ระยะเวลา..... เดือน/ปี	
	ปัจจุบัน ☐ ยังไม่เลิก ☐ เลิกแล้วระบุระยะเวลา..... เดือน/ปี	
- ประวัติการใช้ออกซิเจน	☐ ไม่มี ☐ มีระบุ ☐ canular ☐ mask ☐ collar mask ☐ ใช้บางครั้งเมื่อจำเป็น ☐ ใช้ตลอดเวลา	



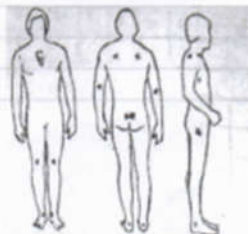
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

แบบประเมินผู้รับบริการมารับเข้าหอผู้ป่วย

10. ความปลอดภัย (Safety) (Subjective data and Objective data)

- ประวัติเกี่ยวกับภูมิแพ้ สารเคมีและปฏิกิริยาตอบสนอง ☐ ไม่มี ☐ มีระบุสิ่งที่แพ้และอาการ.....
- ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุยาที่แพ้.....
อาการที่แพ้.....
- การได้รับอุบัติเหตุ ☐ ไม่เคย ☐ เคยระบุเวลา.....
- ประวัติการผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุเวลา.....
- ใส่อุปกรณ์เสริมในร่างกาย ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- อุปสรรคต่อการสื่อสาร/ การมองเห็น ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- การเดิน/ การเคลื่อนไหว ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
- คะแนนประเมินระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม/ ตกเตียง.....
- แผลกดทับแรมรับ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุตำแหน่งที่เป็น.....
ระดับแผลกดทับ.....

ทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่พบ



- ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Score) =คะแนน

11. อนามัยทางเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality) (Subjective data)

- ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ (สอบถามในกรณีที่มีผลกระทบต่อโรคที่เป็น) ☐ ไม่มีผล ☐ มีผลระบุ.....
- การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอบถามในกรณีที่มีผลกระทบต่อโรคที่เป็น) ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- ความผิดปกติของเต้านม ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- ผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- การได้รับฮอร์โมน ยาคุมกำเนิด ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ ได้รับระบุ.....
- การมีประจำเดือน ประจำเดือนครั้งสุดท้ายอายุ.....ปี ประจำเดือนครั้งสุดท้ายอายุ.....ปี
* อาการผิดปกติ ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....

12. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) (Subjective data)

- สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่
- ลักษณะของครอบครัว ☐ เลี้ยง ☐ ขยาย - จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
- ความรับผิดชอบ ☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกของครอบครัว
- ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านของตนเอง ☐ บ้านเช่า
- ลักษณะบ้าน ☐ บ้านชั้นเดียว ☐ บ้าน 2 ชั้น ☐ ห้องเช่า ☐ อื่นๆระบุ.....
- อาชีพ ☐ รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ☐ รับจ้าง ☐ เกษตรกรรม ☐ แม่บ้าน ☐ อื่นๆระบุ.....
- รายได้ของครอบครัว ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
- สิทธิการรักษา ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
- ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา ระบุ..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทรศัพท์.....
- ผู้ดูแล ระบุ..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทรศัพท์.....
- สถานะบริการสุขภาพใกล้บ้าน ระบุ.....



FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

แบบประเมินผู้รับบริการแรกเริ่มเข้าหอผู้ป่วย

13. การเรียนรู้ (Teaching/ Learning) (Subjective data)

- การอ่านหนังสือ ☐ ไม่ได้ ☐ ได้
- ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
- ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ☐ รอให้หายเอง ☐ ซื้อยารับประทาน ☐ ไปพบแพทย์ ☐ ไปหาพระ ☐ อื่นๆระบุ.....

14. ข้ออื่น ๆ

- ต้องการใบรับรองแพทย์ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการเพื่อ
- ประวัติการใช้ยาอื่น ๆ นอกเหนือการรักษารองแพทย์

ชื่อยา ขนาด/วิธีใช้	ชื่อยา ขนาด/วิธีใช้	ชื่อยา ขนาด/วิธีใช้

ลงชื่อพยาบาล.....(ตัวบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น

พฤศจิกายน 2555

MR 03.1 แก๊โซครังที่ 01 จำนวน 4/4 หน้า

ภาคผนวก ข
FOCUS LIST

FOCUS LIST

	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ต. สามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388
FOCUS LIST	
HN.....	AN.....
ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี Diagnosis	

No.	Focus	Goal / Outcome	Start	Finish

MR 12.1 แก้ไขครั้งที่ 01

ภาคผนวก ค
แบบบันทึกทางการพยาบาล

แบบบันทึกการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

[illegible]

ภาคผนวก ง

แบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning)

แบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning)

 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY		
แบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan)		
ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี หรือผู้ป่วย..... HN AN วันที่รับไว้ใน รพ. วันที่คาดว่าจะจำหน่าย แพทย์ผู้วางแผนจำหน่าย วันที่ประเมิน.....		
เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล		
ก. ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย	แนวทางการแก้ไข และข้อสรุป (แก้ไขได้ หรือ ต้องส่งต่อปัญหา)	ผู้ประเมิน
ข. ประเด็นการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สำคัญ	การประเมินหลังให้คำแนะนำ ผู้ประเมิน วันที่	การประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย ผู้ประเมิน วันที่
1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ผลการรักษา ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน.....วันที่.....	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน.....วันที่.....
2) วิธีเก็บ วิธีใช้ และผลข้างเคียงของยาสำคัญที่ต้องใช้ต่อเนื่อง	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน.....วันที่.....	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน.....วันที่.....
3) การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อม การรับประทานอาหาร อาการผิดปกติหลังจำหน่ายที่อาจพบ ฯลฯ	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน.....วันที่.....	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน.....วันที่.....
4) ข้อมูลสำคัญเฉพาะผู้ป่วยรายนี้ที่เพิ่มเติม ☐ ไม่มี ☐ มี ได้แก่.....	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน.....วันที่.....	☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน.....วันที่.....
สรุป ☐ ไม่ต้องส่ง ให้ทีมดูแลต่อเนื่อง (COC : Continuity Of Care) ☐ ต้องส่ง ให้ทีมดูแลต่อเนื่อง ประเด็นสำคัญ/ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง		
อุปกรณ์การรักษาคือ ติดตัวผู้ป่วยกลับบ้าน ☐ N.G. Tube ☐ Foley's catheter ☐ Tracheostomy ☐ Ostomy ชนิด..... ☐ อื่น ๆ		

8 พฤษภาคม 2558 FM-MR 02.8 แก้ไขครั้งที่ 05 จำนวน 1 หน้า

ภาคผนวก จ
แบบบันทึกการให้ยา

แบบบันทึกการให้ยา

[illegible]

[illegible]

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างการบันทึก Focus list

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

No.	Focus	Gold/Outcome	Stat	Finish
1.	อาจเกิดอันตรายจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	G : ไม่เกิดอันตรายจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด O : - ไม่มีเจ็บหน้าอก, เหงื่อแตก, ใจสั่น, หน้ามืด, คลื่นไส้ อาเจียน, ไม่มีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่ แขนหรือคอ - V/S ปกติ		
2.	ไม่สุขสบายจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก	G : สุขสบายมากขึ้น O : - ไม่เจ็บแน่นหน้าอก PS < 3 - สีหน้าสดชื่นขึ้น/สามารถนอนหลับพักผ่อนได้		
3.	วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	G : ไม่วิตกกังวล/วิตกกังวลลดลง O : - ญาติ/ผู้ป่วยไม่แสดงสีหน้ากังวล - นอนหลับพักผ่อนได้ - ให้ความร่วมมือในการรักษา		
4.	D/C plan	G : ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย O : ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน		
5.	อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ (กรณีทำ CAG)	G : ไม่เกิดอันตรายจากการสวนหัวใจ (กรณีทำ CAG) O : - ไม่มี Bleeding / Hematoma - ไม่มีอาการแพ้สารทึบแสงหรือแพ้ยาที่ใช้ - ไม่เจ็บ/ปวด บริเวณที่ทำ CAG - ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ - ไม่มีการติดเชื้อ - ไม่มีภาวะไตวาย, หลังทำ Cr. อยู่ใน Base-line เดิมของผู้ป่วย		

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ต่อ)

No.	Focus	Gold/Outcome	Stat	Finish
6.	ปรึกษาแพทย์ต่าง แผนก (กรณี Consult CVT for CABG หรือ กรณี Consult car- diac-rehab)	G : ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม O : ผู้ป่วยได้รับการตรวจเยี่ยมจากแพทย์ต่าง แผนกตามแผนการรักษา		

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

No.	Focus	Gold/Outcome	Stat	Finish
1.	Ineffective cere- bral tissue perfu- sion	G : Effective cerebral tissue perfusion O : - ไม่มีอาการอ่อนแรงเพิ่มขึ้น - CT, MRI, MRA Brain ไม่พบรอยโรคเพิ่มขึ้น (ไม่มี Hypodensity lesion เพิ่มขึ้น) - BP $\leq$ 220/120 หรือ เป็นไปตามที่แพทย์ กำหนด - I/O + $\geq$ 200 ml./8hr. หรือเป็นไปตามที่แพทย์ กำหนด - Neuro sign stable - GCS ไม่ drop ลง		
2.	อาจเกิดอันตราย จากภาวะความดัน โลหิตสูง (กรณี BP > 220/120)	G : ไม่เกิดอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง O : - BP $\leq$ 220/120 mmhg. - ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว - ไม่มีจุดแน่นล้นปื้น, อาเจียนพุ่ง		

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

No.	Focus	Gold/Outcome	Stat	Finish
3.	วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	G : ไม่วิตกกังวล/วิตกกังวลลดลง O : - ญาติ/ผู้ป่วยไม่แสดงสีหน้ากังวล - ทำทางผ่อนคลาย - นอนหลับพักผ่อนได้ - ให้ความร่วมมือในการรักษา		
4.	Risk for fall	G : เพื่อให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ O : - ไม่เกิดอุบัติเหตุ - ไม่เกิดแผลฟกช้ำตามร่างกาย		
5.	Risk for aspiration	G : เพื่อป้องกันการสำลัก O : - ไม่มีอาการสำลัก - รับประทานอาหารได้ไม่สำลัก		

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ต่อ)

No.	Focus	Gold/Outcome	Stat	Finish
6.	การสื่อสารบกพร่อง	G : เพื่อให้สื่อสารได้ O : สื่อสารได้โดยใช้ภาษาท่าทาง การเขียน การแสดงความรู้สึกแสดงความต้องการได้		
7.	D/C plan	G : ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย O : ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน		
8.	ปรึกษาแพทย์ต่างแผนก (กรณี Consult PM&R)	G : ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม O : ผู้ป่วยได้รับการตรวจเยี่ยมจากแพทย์ต่างแผนกตามแผนการรักษา		

โรคระบบทางเดินหายใจ

No.	Focus	Gold/Outcome	Stat	Fin- ish
1.	Ineffective breathing pattern	G : Effective breathing pattern O : - No Cyanosis - ไม่มีหอบเหนื่อย ไซ้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ - หายใจ smooth RR = 12 – 20 bpm. - SpO₂ ≥ 95% - สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่เหนื่อย		
2.	Ineffective peripheral tissue perfusion	G : Effective peripheral tissue perfusion O : - SpO₂ ≥ 95% - Capillary refill < 2 วินาที - รู้สึกตัวดี V/S ปกติ - ไม่มีเหนื่อย - Hct ≥ baseline เดิมผู้ป่วย		
3.	Ineffective airway clearance	G : Effective airway clearance O : - SpO₂ ≥ 95% - เสียงเสมหะลดลง		
4.	Activity intolerance	G : เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น O : - ไม่มีอาการหอบเหนื่อย - ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น		

โรคภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF)

No.	Focus	Goal/Outcome	Stat	Finish
1.	Decrease cardiac output	G : Increase cardiac output O : - ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก - ไม่มี Pitting edema - I/O negative to Balance หรือเป็นไปตามที่แพทย์กำหนด - Pro-BNP อยู่ในเกณฑ์ปกติ		
2.	วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	G : ไม่วิตกกังวล/วิตกกังวลลดลง O : - ญาติ/ผู้ป่วยไม่แสดงสีหน้ากังวล - นอนหลับพักผ่อนได้ - ให้ความร่วมมือในการรักษา		
3.	D/C plan	G : ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย O : ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน		

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

No.	Focus	Goal/Outcome	Stat	Finish
1.	Risk to sepsis	G : ปลอดภัยจากภาวะ Sepsis O : - ไม่มีไข้สูงหนาวสั่น (BT 36-37.4 °c) - ไม่มีอาการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อ (WBC ปกติ H/C : NG) - ไม่มี Mental change เช่น สับสน/ซึมลง - ไม่มี sign of Tissue hypoperfusion - SOFA ≤ 2 ,News ≤ 5		
2.	ไม่สุขสบายจากภาวะไข้	G : สุขสบายมากขึ้น O : - ไม่มีไข้สูงหนาวสั่น ปวดศีรษะ ครั่นเนื้อครั่นตัว - สีหน้าสดชื่น, พักผ่อนได้ - BT < 37.5 °c		
3.	Ineffective breathing pattern	G : Effective breathing pattern O : - ไม่มีหอบเหนื่อย หายใจลำบาก - RR = 12 – 20 bpm. - SpO ₂ $\geq 95\%$ - CXR ไม่มี Infiltration		
4.	Impaired gas exchange (ใช้กรณี On ETT c Respirator)	G : Improve gas exchange O : - RR = 12 – 20 bpm. หรือตาม respirator setting - SpO ₂ $\geq 95\%$ - No Cyanosis - ค่า ABG อยู่ในเกณฑ์ปกติ		
5.	วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	G : ไม่วิตกกังวล/วิตกกังวลลดลง O : - ญาติ/ผู้ป่วยไม่แสดงสีหน้ากังวล - นอนหลับพักผ่อนได้ - ให้ความร่วมมือในการรักษา		

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) (ต่อ)

No.	Focus	Gold/Outcome	Stat	Finish
6.	D/C plan	G : ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย O : ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน		

โรคเบาหวาน

No.	Focus	Gold/Outcome	Stat	Finish
1.	hypoglycemia	G : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ hypoglycemia O : - ระดับน้ำตาล 80 – 180 mg% - ไม่มีอาการของภาวะ hypoglycemia เช่น มึนงง ตาลาย ตาพร่ามัว ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น จะเป็นลม		
2.	Hyperglycemia	G : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ hypoglycemia O : - ระดับน้ำตาล 80 – 180 mg% - ไม่มีอาการกระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบ		

โรคไตวายเฉียบพลัน (AKI)

No.	Focus	Goal/Outcome	Stat	Finish
1.	Ineffective renal tissue perfusion (มีภาวะไตทำงานบกพร่อง)	G : Effective renal tissue perfusion O : - ไม่มีสับสน/ซึมลง - ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน/เบื่ออาหาร - ไม่มีเหนื่อย หรือบวมตามตัว - I/O Balance - ค่า Cr. ไม่เพิ่มขึ้นจาก Baseline เดิมของผู้ป่วย		
2.	มีภาวะของเสียและน้ำคั่งในร่างกาย	G : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะของเสียคั่งในร่างกาย O : - ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น ไม่มีอาการสับสน - อาการบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง		
3.	Urinary retention	G : เพื่อลดการคั่งค้างของปัสสาวะ O : - residual urine $\leq$ 200 ml. - ปัสสาวะได้เอง - ไม่มี bladder full		
4.	วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	G : ไม่วิตกกังวล/วิตกกังวลลดลง O : - ญาติ/ผู้ป่วยไม่แสดงสีหน้ากังวล - นอนหลับพักผ่อนได้ - ให้ความร่วมมือในการรักษา		
5.	D/C plan	G : ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย O : ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน		

ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล

No.	Focus	Gold/Outcome	Stat	Finish
1.	Hyponatremia	G: เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะ Hyponatremia O : - ค่าserum sodium อยู่ในเกณฑ์ปกติ (136-145) - ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สับสน มึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง กระตุก สับสน หงุดหงิดง่าย		
2.	Hypernatremia	G : เพื่อให้ปลอดภัยจาก Hypernatremia O : - ค่าserum sodium อยู่ในเกณฑ์ปกติ (136-145) - ไม่มีอาการซึม อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร กระหายน้ำ ชัก ความคิดสับสน หมดสติ		
3.	Hypokalemia	G : เพื่อให้ปลอดภัยจาก Hypokalemia O : - ค่าserum potassium อยู่ในเกณฑ์ปกติ (3.4-4.5) - ไม่มีอาการท้องอืด - ชักเกร็ง เป็นอัมพาต - หัวใจเต้นผิดปกติ		
4.	Hyperkalemia	G : เพื่อให้ปลอดภัยจาก Hyperkalemia O : - ค่าserum potassium อยู่ในเกณฑ์ปกติ (3.4-4.5) - ไม่มีอาการหัวใจเต้นช้า ชีพจรเต้นเบา กว่าปกติ หัวใจเต้นผิดปกติ		
5.	Hypomagnesemia	G : เพื่อให้ปลอดภัยจาก Hypomagnesemia O : - ค่าserum magnesium อยู่ในเกณฑ์ปกติ (1.8-2.4) - ไม่มีอาการเกร็ง สั่นหรือกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง		

ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล

No.	Focus	Gold/Outcome	Stat	Finish
6.	Hypocalcemia	G: เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะ Hypocalcemia O : - ค่า serum ca อยู่ในเกณฑ์ปกติ (8.8-10.0) - ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง - ไม่มีอาการชาตามใบหน้า ปาก มือ เท้า - ไม่มีอาการสับสน		
7.	Hypercalcemia	G: เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะ Hypercalcemia O : - ค่า serum ca อยู่ในเกณฑ์ปกติ (8.8-10.0) - ไม่มีอาการกล้ามเนื้อกระดูก หรืออ่อนแรง เหนื่อย อ่อนเพลีย สับสน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก		
8.	Hypophosphatemia	G: เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะ Hypophosphatemia O : - ค่า serum phosphate อยู่ในเกณฑ์ปกติ (2.6-3.6) - ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ปวดกระดูก ไม่รู้สึกตัว		
9.	Hyperphosphatemia	G : เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะ Hyperphosphatemia O : - ค่า serum phosphate อยู่ในเกณฑ์ปกติ (2.6-3.6) - ไม่มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ชารอบปาก คับ		

ภาคผนวก ช

แบบประเมิน National Early Warning Score (NEWS)

Physiological parameter	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?		Oxygen		Air			
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Consciousness				Alert			CVPU
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

ภาคผนวก ซ

แบบประเมิน Glasgow coma scale

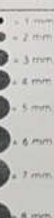
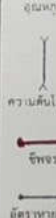
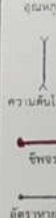
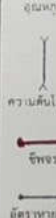
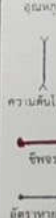
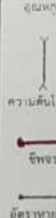
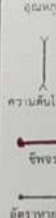
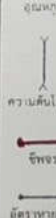
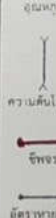
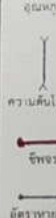
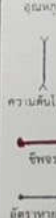
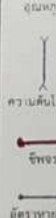
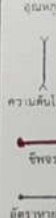


คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4385

Page: _____

Neurological signs Record

Name _____ Age _____ H.N. _____ A.N. _____ ward _____ Bed _____

วันที่	เวลา	score		
Coma Scale	การเปิดตา E = ตามองขึ้น	4		
		3		
		2		
		1		
	การตอบสนองต่อเสียง V = เสียง	พูดได้มีสำเนียง	5	
		พูดได้สับสน	4	
		พูดไม่ชัด	3	
		ตอบสนองโดยหันหน้า	2	
		ไม่ตอบสนองต่อเสียง	1	
	การเคลื่อนไหวโดยมีคำสั่ง	ทำตามคำสั่งได้	6	
ทำตามคำสั่งบางส่วน		5		
ทำตามคำสั่งง่าย ๆ		4		
ทำตามคำสั่งอย่างช้า ๆ		3		
ทำตามคำสั่งอย่างช้า ๆ		2		
ไม่ทำตามคำสั่ง		1		
coma scale		Total	15	
Pupil	ไม่มีปฏิกิริยา ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้า ขนาดปกติ	ตา Rt. ตา Lt.	ขนาด ปฏิกิริยา ขนาด ปฏิกิริยา	
Motor Power	แขน	กำลังปกติ	Grade 5	
	R = แขน Rt. L = แขน Lt. B = fracture	สามารถยกแขนได้	Grade 4	
		สามารถยกแขนได้	Grade 3	
		แขนสามารถยกขึ้น	Grade 2	
		แขนไม่สามารถยกขึ้น	Grade 1	
		ไม่มีแรงเคลื่อนไหว	Grade 0	
	ขา	กำลังปกติ	Grade 5	
		สามารถยกขาขึ้นได้	Grade 4	
		สามารถยกขาขึ้นได้	Grade 3	
		ขาสามารถยกขึ้น	Grade 2	
ขาไม่สามารถยกขึ้น		Grade 1		
B = fracture		ไม่มีแรงเคลื่อนไหว	Grade 0	
Vital Signs	ขนาด Pupil			
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
	รูปแบบของการช่วยเหลือใจ			
C = control / CMV A = assisted SI = SIMV CP = CPAP T = T-piece FM = face mask CM = collar mask Ca = cannula				
Pain				
MAP (mm.Hg) ICP (mm.Hg) รูปแบบของการช่วยเหลือใจ SpO ₂ % Medication				

ธันวาคม 2555

FM-MR 16.3 แก้ไขครั้งที่ 0

ภาคผนวก ฅ

เอกสารรับรองการใช้คู่มือการปฏิบัติการ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๑๓A โทร. ๓๕๐๒)

7

วันที่ ๑๑ มิ.ย. ๒๕๖๔

เรื่อง ขอรับรองการนำคู่มือการปฏิบัติงานมาใช้จริงในหน่วยงาน

เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๑๓A

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวสุธิพร กาญจนวิสุทธิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๕๔๙) ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพระธรรม ๑๓A ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือสำหรับใช้ในหน่วยงาน เรื่อง “คู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบ focus list ที่สำคัญเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม”

ในการนี้ ข้าราชการมีความประสงค์ขอการรับรองว่าได้มีการนำคู่มือการปฏิบัติงานดังกล่าวนี้
ได้นำมาใช้จริงในหอผู้ป่วยเพอร์ริตัน ๓๓A เพื่อใช้ประกอบการขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาล
วิชาชีพชำนาญการ ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

สุภัทรา ภาณุจนาธิพัทธ์

(นางสาวสุธิพร กาญจนวิสุทธิ์)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

กีฬาสีจากกีฬาที่เล่นกันมานานแล้ว คือ กีฬาที่เล่นกันมาตั้งแต่สมัยโบราณ

จากภาพหลักฐานที่ ๓๓ พบหลักฐานที่ ๓๓
พบหลักฐานที่ ๓๓ พบหลักฐานที่ ๓๓ พบหลักฐานที่ ๓๓
พบหลักฐานที่ ๓๓ พบหลักฐานที่ ๓๓ พบหลักฐานที่ ๓๓
พบหลักฐานที่ ๓๓ พบหลักฐานที่ ๓๓ พบหลักฐานที่ ๓๓
พบหลักฐานที่ ๓๓ พบหลักฐานที่ ๓๓ พบหลักฐานที่ ๓๓

๑๒.๓๓๓ **ค้ำเค็ม ค้ำ**

(Hist. สังคม ๕.๕๐๕)

ค่าทศนิยม ๐ ปุณฺณบท เปรียบเทียบ TRA

1. การเมืองภายในประเทศ

[illegible]

१५/११/२०२३

(အမှတ်တံဆိပ်ကောက်ခံရခြင်း)

หน้า ๑๗๗

செய்த

☐ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อคำเป็นกรณ

(นางสาววิไลลักษณ์ เนตรประเสริฐกุล)

พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพล เขต

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางสาวสุธิพร กาญจนวิสุทธิ
วัน เดือน ปีเกิด	10 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2530
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อปีพ.ศ.2554
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
ประวัติการทำงาน	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13A ตั้งแต่ พ.ศ. 2554 ถึงปัจจุบัน
E-mail	suthiporn@nmu.ac.th

