



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



เอกสารเลขที่ ๐๙๙/๒๕๕๕

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอรับรองว่า
โครงการศึกษาการค้นคว้าแบบอิสระเรื่อง : การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการ
พยาบาล ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ (Quality Improvement of Nursing
Document Audit in Intensive Care Units, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province)

ของ : นางโสภา คำชัยลิก

สังกัด : นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล แผนก ข.
ภาคปกติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว เห็นว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิด
ภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออก
หนังสือรับรองฉบับนี้จนถึงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖

หนังสือออกวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๕

ลงนาม.....

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธนาวิทย์ สุวรรณประทีป)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโครงการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลนครพิงค์

โครงการวิจัย : การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

รหัสโครงการ : -

ผู้ดำเนินงานวิจัย : นางโสภา คำชัยลิก

สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลนครพิงค์

เอกสารที่พิจารณา : 1. คำขอการรับรองเชิงจริยธรรมในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน
2. แบบอัดตประวัติ
3. รายละเอียดโครงการ
4. เครื่องมือในการวิจัย

เอกสารที่อนุมัติ : คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณานุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

(.....) ประธานคณะกรรมการ
(นายกิจจา เจียรวัฒนกนก)

(.....) กรรมการและเลขานุการ
(นางสุภารัตน์ กาญจนวณิชย์)

รับรอง ณ วันที่ 18 ส.ค. 2556

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงแก่อาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมโครงการศึกษา

ดิฉันนาง โสภา คำชัยลิก นักศึกษาปริญญาโทสาขาการบริหารการพยาบาล แผน ข คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ เรื่องการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้ศึกษาจะอธิบายให้ท่านทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ท่านซักถามหากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้รวมถึงสิทธิของท่าน ซึ่งผู้ศึกษาจะเป็นผู้ที่สามารถให้ความกระจ่างกับท่านได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล นครพิงค์ ให้เป็นไปอย่างมีขั้นตอนและได้ผลการประเมินที่ถูกต้องเชื่อถือได้ รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ของโรงพยาบาลนครพิงค์ต่อไป

ท่านเป็นหนึ่งในพยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์จำนวน 8 คน และมีความสำคัญต่อการศึกษานี้เป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากท่านเป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์และบันทึกการพยาบาล ดิฉันจึงใคร่ขอให้ท่านพิจารณาเข้าร่วมในการศึกษานี้ ท่านจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยการเข้าร่วมประชุมระดมสมองเพื่อทบทวนเอกสารหลักฐานอย่างเป็นระบบ จัดทำเกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์และคู่มือการตรวจสอบ และตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ย้อนหลังของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้ศึกษาจะทำการนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ตามความสะดวกของท่าน กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม 2556 การที่ท่านเข้าร่วมในการศึกษานี้ จะทำให้ท่านและบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แนวทางในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ที่มีความน่าเชื่อถือและได้ข้อมูลนำไปสู่การปรับปรุงการเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้ดียิ่งขึ้น

เมื่อท่านได้รับทราบวัตถุประสงค์ และแนวทางปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ หากท่านมีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษานี้ ขอให้ท่านเขียนลายมือชื่อ ในเอกสาร

แสดงการยินยอมเข้าร่วมโครงการ เป็นกลุ่มประชากร ท่านจะไม่ได้รับความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ ท่านมีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วม มีสิทธิยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการศึกษาได้ ทุกขณะ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานและไม่เสียสิทธิประโยชน์ใดๆ ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการศึกษาภายใน 1 ปี การนำข้อมูลไปอภิปรายผล หรือพิมพ์เผยแพร่ จะกระทำในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการอ้างอิงถึงท่าน และดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย ท่านมีสิทธิที่จะทราบข้อมูลส่วนตัวของท่านกรุณาแจ้งให้ผู้ศึกษาทราบ ท่านจะถูกยกเลิกการเข้าร่วมโครงการในกรณีที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และผู้ศึกษาไม่มีค่าตอบแทนสำหรับท่านเนื่องจากจะเลือกประชุมและดำเนินการในเวลาที่คุณสะดวกและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าร่วมในการศึกษาจึงขึ้นอยู่กับความสมัครใจ และการตัดสินใจของท่าน โดยไม่มีการบังคับการศึกษานี้ และสิทธิประโยชน์อื่นอันจะเกิดจากผลการศึกษาครั้งนี้ให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ สามารถติดต่อกับผู้ศึกษา คือ นางโสภา คำชัยลิก ได้ที่ บ้านเลขที่ 14 หมู่ 12 ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 50290 โทรศัพท์ 086-1818390 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล โทรศัพท์ 053-945021 (ในเวลาราชการ) หรือถ้าท่านมีปัญหาเรื่องสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. วิจิตร ศรีสุพรรณ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 0-53-945033 (ในเวลาราชการ)

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....ผู้ศึกษา

(นางโสภา คำชัยลิก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เอกสารแสดงความยินยอมสำหรับอาสาสมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวขอให้ความ
ยินยอมที่จะเข้าร่วม โครงการในการศึกษาครั้งนี้ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับ
การศึกษาในครั้งนี้ตามที่ได้อ่านในรายละเอียดข้างต้น จึงขอลงลายมือชื่อกำกับไว้เพื่อเป็นหลักฐาน
ประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ของ

ลงนาม.....(ผู้เข้าร่วมโครงการ)
(.....)

ลงนาม.....(ผู้ศึกษา)
(นาง โสภา คำชัยลิก)

ลงนาม.....(พยาน)
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ และจะไม่มีผลกระทบต่อการประเมินผลการทำงานของท่าน และผลการประเมินจะถูกปิดเป็นความลับ

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าหัวข้อที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ หญิง ชาย
2. อายุ (ปี) 22-25 26-30 31-35 40-45 46-50
3. ระดับการศึกษา
 ปริญญาตรี
 ปริญญาโท
4. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก (ปี)
 1-3 4-6 7-9 มากกว่า 10 ปี
5. ประสบการณ์ในการได้รับความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์
 ไม่เคย
 เคย 1 ครั้ง

เครื่องมือวิจัยในการประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบคุณภาพการตรวจสอบบันทึก
ทางการพยาบาลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลและบันทึก
ทางการพยาบาล

แนวคำถามในการประชุม มีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคำถามสำหรับค้นหาสาเหตุ คัดเลือกสาเหตุและค้นหาแนวทางในการพัฒนาการ
ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลด้วย PDCA
 - 1.1 ท่านคิดว่ากรณีที่พยาบาลตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล ไม่ถูกต้อง/ไม่น่าเชื่อถือ
เกิดขึ้นจากสาเหตุใด
 - 1.2 ท่านคิดว่าสาเหตุใดบ้างที่น่าจะแก้ไขได้
 - 1.3 ท่านคิดว่าควรมีวิธีการใดที่จะขจัดสาเหตุเหล่านี้ออกไปได้
2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค
และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการตรวจสอบภายหลังบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ภายหลังการพัฒนาการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล
 - 2.1 การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ ยังมี
ปัญหาอะไรที่ต้องดำเนินการแก้ไขต่อไป
 - 2.2 อุปสรรคอะไรที่ท่านคิดว่า การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลนครพิงค์ไม่สำเร็จตามเป้าหมาย
 - 2.3 ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรที่ควรทำเพิ่มเติมเพื่อให้การตรวจสอบบันทึกเป็นไปตาม
เป้าหมายทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์

ภาคผนวก จ

แบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลงานบริการพยาบาล

ผู้ป่วยใน / ผู้ป่วยหนัก

Dx.....วันที่ประเมิน.....หอผู้ป่วย.....ผู้ประเมิน.....

การผ่าตัด.....วันที่ผ่าตัด.....ประเภทผู้ป่วย.....

	รายการประเมิน การคิดคะแนน ครบ 4, ไม่ครบ 3, ไม่บันทึก 2, ไม่เกี่ยวข้อง 1				ข้อมูลเชิงคุณภาพ สิ่งที่ควรได้..... สิ่งที่ได้..... สาเหตุ (ปัจจัยส่งเสริม)
		ครบถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก	
A	พยาบาลวิชาชีพมีการตรวจร่างกายมุ่งตาม ปัญหา การวัดสัญญาณชีพที่จำเป็น การใช้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลจาก แผนกอื่น ๆ และโรค-ยาประจำตัวของ ผู้ป่วยนำหนักของผู้ป่วย เพื่อระบุปัญหา ความต้องการตลอดจนสามารถคาดการณ์ ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาฉุกเฉินที่อาจ เกิดขึ้นและรายงาน ได้ทันเวลา กรณีผู้ป่วย ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ได้รับการแก้ไข ช่วยเหลือทันทีตามระยะ				
1	- แกร็บ				
2	- ต่อเนื่อง				
3	- จำหน่าย				
A 4	การซักประวัติ/ประเมินสมรรถนะได้ ครอบคลุม ถูกต้อง ครบถ้วน กรณีไม่ สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนมี การส่งต่อให้มีการประเมินเมื่อพบญาติ/ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี				

	รายการประเมิน การคิดคะแนน ครบ 4, 'ไม่ครบ 3, 'ไม่บันทึก 2, 'ไม่เกี่ยวข้อง 1				ข้อมูลเชิงคุณภาพ สิ่งที่ควรได้..... สิ่งที่ได้..... สาเหตุ (ปัจจัยส่งเสริม)
		ครบถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก	
A	พยาบาลวิชาชีพมีการจัดลำดับความ สำคัญของปัญหาเพื่อตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วยตามระยะ				
5	- แรกเริ่ม				
6	- ต่อเนื่อง				
7	- จำหน่าย				
P/I	พยาบาลวิชาชีพมีการกำหนดแผนการ พยาบาล/ปฏิบัติการพยาบาลให้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาหลัก/สำคัญ ตามระยะ				
8	- แรกเริ่ม				
9	- ต่อเนื่อง				
10	- จำหน่าย				
E	พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินผลการ พยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุม ปัญหาหลัก/สำคัญตามระยะ				
11	- แรกเริ่ม				
12	- ต่อเนื่อง				
13	- จำหน่าย				

	รายการประเมิน การคิดคะแนน ครบ 4, ไม่ครบ 3, ไม่บันทึก 2, ไม่เกี่ยวข้อง 1				ข้อมูลเชิงคุณภาพ สิ่งที่ควรได้..... สิ่งที่ได้..... สาเหตุ (ปัจจัยส่งเสริม)
		ครบถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก	
A	พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินสภาพ ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านกายภาพ เช่นเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แสง เสียง ความร้อน เครื่องมือตามระยะ				
14	- แรกรับ				
15	- ต่อเนื่อง				
16	- จำหน่าย				
p/I	พยาบาลวิชาชีพมีการกำหนดแผนและ ปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุม ความเสี่ยงด้านกายภาพตามระยะ				
17	- แรกรับ				
18	- ต่อเนื่อง				
19	- จำหน่าย				
E	พยาบาลวิชาชีพมีประเมินผลความเสี่ยง ด้านกายภาพตามระยะ				
20	- แรกรับ				
21	- ต่อเนื่อง				
22	- จำหน่าย				
A	พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินสภาพ ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการรบกวนและความ ไม่สบายตามระยะ				
23	- แรกรับ				
24	- ต่อเนื่อง				

	รายการประเมิน การคิดคะแนน ครบ 4, ไม่ครบ 3, ไม่บันทึก 2, ไม่เกี่ยวข้อง 1				ข้อมูลเชิงคุณภาพ สิ่งที่ควรได้..... สิ่งที่ได้..... สาเหตุ (ปัจจัยส่งเสริม)
		ครบถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก	
25	- จำหน่าย				
P/I	พยาบาลวิชาชีพมีการกำหนดแผนการ พยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลให้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยครอบคลุมอาการรบกวนและ ความไม่สุขสบายตามระยะ				
26	- แรกรับ				
27	- ต่อเนื่อง				
28	- จำหน่าย				
E	พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินผลด้าน อาการรบกวนและความไม่สุขสบายตาม ระยะ				
29	- แรกรับ				
30	- ต่อเนื่อง				
31	- จำหน่าย				
A	พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินสภาพ ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกัน ทางคลินิกได้ เช่น SSI UTI Pressure sore, skin break down, burn, อันตรายจาก การได้รับยา ตามระยะ				
32	- แรกรับ				
33	- ต่อเนื่อง				
34	- จำหน่าย				

	รายการประเมิน การคิดคะแนน ครบ 4, ไม่ครบ 3, ไม่บันทึก 2, ไม่เกี่ยวข้อง 1				ข้อมูลเชิงคุณภาพ สิ่งที่ควรได้..... สิ่งที่ได้..... สาเหตุ (ปัจจัยส่งเสริม)
		ครบถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก	
P	พยาบาลวิชาชีพมีการกำหนดแผนการ พยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลให้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนที่ ป้องกันได้ตามระยะ				
35	- แรกรับ				
36	- ต่อเนื่อง				
37	- จำหน่าย				
E	พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินผลการ ปฏิบัติการพยาบาลด้านภาวะแทรกซ้อน ที่ป้องกันได้ตามระยะ				
38	- แรกรับ				
39	- ต่อเนื่อง				
40	- จำหน่าย				
A	พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินสภาพ ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับภาวะจิตสังคม ตามระยะ				
41	- แรกรับ				
42	- ต่อเนื่อง				
43	- จำหน่าย				

	รายการประเมิน การคิดคะแนน ครบ 4, ไม่ครบ 3, ไม่บันทึก 2, ไม่เกี่ยวข้อง 1				ข้อมูลเชิงคุณภาพ สิ่งที่ควรได้..... สิ่งที่ได้..... สาเหตุ (ปัจจัยส่งเสริม)
		ครบถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก	
P/I	พยาบาลวิชาชีพมีการกำหนดแผนการ พยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลให้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยครอบคลุมภาวะจิตสังคมตาม ระยะ				
44	- แรกเริ่ม				
45	- ต่อเนื่อง				
46	- จำหน่าย				
E	พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินผลเรื่อง ภาวะจิตสังคมตามระยะ				
47	- แรกเริ่ม				
48	- ต่อเนื่อง				
49	- จำหน่าย				
A 50	มีการประเมินความพร้อมการสนับสนุน การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ ผู้ให้บริการ				
P51	มีการกำหนดแผนการสนับสนุนการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วย / ผู้ให้บริการ				
I 52	มีการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วย / ผู้ให้บริการ				
E 53	มีการประเมินผลการสนับสนุนการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วย / ผู้ให้บริการ				
54	การบันทึกการให้ยาในแบบบันทึกการ ให้ยาครบถ้วนถูกต้อง				

	รายการประเมิน การคิดคะแนน ครบ 4, ไม่ครบ 3, ไม่บันทึก 2, ไม่เกี่ยวข้อง 1				ข้อมูลเชิงคุณภาพ สิ่งที่ควรได้..... สิ่งที่ได้..... สาเหตุ (ปัจจัยส่งเสริม)
		ครบถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก	
55	มีการตรวจสอบการบันทึกการให้ยากับ คำสั่งการรักษาถูกต้องครบถ้วน				
56	การลงนามเช่นยินยอมเป็นไปตาม มาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด				
57	การระบุตัวผู้ป่วยเป็นไปตามระเบียบ ปฏิบัติที่กำหนดของเวชระเบียนผู้ป่วย				
58	การระบุ part of body ของผู้ป่วยเป็นไป ตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดของเวช ระเบียนผู้ป่วย				

ภาคผนวก ฉ

โครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

โรงพยาบาลนครพิงค์ ประจำปีงบประมาณ 2556

ชื่อโครงการ การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลนครพิงค์

หลักการและเหตุผล

บันทึกทางการพยาบาลเป็นเอกสารสำคัญอย่างหนึ่งในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล ที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาลซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการนำแผนการพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ได้อย่างสะดวกภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพจะบันทึกตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมีการบันทึกต่อเนื่องไปจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บันทึกทางการพยาบาลสะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล และระดับคุณภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ที่สำคัญยิ่งในปัจจุบัน คือ เป็นเอกสารหลักฐานทางกฎหมายที่ใช้ประกอบในการพิจารณาคดี กรณีที่มีการเรียกร้องสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมีตามกฎหมาย และเป็นหลักฐานในการคิดค่าบริการ สำหรับหน่วยงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ในส่วนของสำนักงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสภาการพยาบาล กำหนดให้บันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในเอกสารที่ต้องมีการตรวจสอบ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน และสามารถตรวจสอบได้ การตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล เป็นการทบทวนและประเมินของวาระเขียนผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลถึงระดับคุณภาพโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์และมาตรฐานที่ตั้งไว้

หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคที่รุนแรง ซ้ำซ้อน คุกคามถึงชีวิต พยาบาลควรปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างละเอียดและเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงานสุขภาพ และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายด้วย กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล และกำหนดเป็นนโยบายคุณภาพที่จะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเป็นประจำ เพื่อเป็นการตรวจสอบและเพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันได้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับ

บริการที่ดี มีคุณภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้ แต่เมื่อพยาบาลผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบบันทึก
ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยได้ทำการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลตามแบบตรวจสอบทางการ
พยาบาลของ โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่ามีปัญหาจากการที่ผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล
ตีความหมายของข้อความในแบบตรวจสอบต่างกัน

ให้คะแนนไม่ตรงกัน ทำให้ผลการประเมินที่ได้ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ และผลจากการประเมินการ
ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลที่ได้ ไม่สามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
ได้ ผู้ศึกษาและกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักจึงทำ
การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักขึ้น เพื่อให้มีผลการ
ประเมินที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการบันทึกให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็น
การพัฒนาสมรรถนะของผู้ตรวจสอบให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถเป็นแกนนำในการพัฒนา
ระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบ
บันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ของโรงพยาบาลนครพิงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์
ให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์
จำนวน 8 คน

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

1. ประชุมพยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลนครพิงค์
2. เขียนโครงการและขออนุมัติโครงการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์
3. จัดเตรียมเอกสารในการการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแนวทางการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก
2. ดำเนินการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ นำผลมาหาค่าความสอดคล้องตรงกัน
3. ประเมินผลโครงการ

ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ 1 กรกฎาคม 2556 เวลา 09.00 – 15.30 น.

สถานที่ดำเนินการ

ห้องประชุม หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

งบประมาณ

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภายนอก

รายละเอียดงบประมาณ

- | | |
|--|------------------|
| 1. ค่าอาหารกลางวัน 1 วัน x 50 บาท x 8 คน | เป็นเงิน 400 บาท |
| 2. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 2 มื้อ x 30 บาท x 8 คน | เป็นเงิน 480 บาท |
| 3. ค่าเอกสารประกอบการอบรม | เป็นเงิน 400 บาท |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,280 บาท (หนึ่งพันแปดสิบบาทถ้วน)

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายแต่ละรายการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมภายในวงเงินที่กำหนด

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

1. ผลผลิตของโครงการ

การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความถูกต้อง ร้อยละ 100

2. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ รับการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลครบทุกหอผู้ป่วยหนัก

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลนครพิงค์ สามารถตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ถูกต้อง
2. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลนำผลการตรวจประเมินมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางโสภา คำชัยลิกและคณะทำงานตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์

ผู้เสนอโครงการ

.....

(นางโสภา คำชัยลิก)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เห็นชอบโครงการ

.....

(นางชวนพิศ ธรรมรักษ์)

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ผู้อนุมัติโครงการ

.....

(นายวิรัช พันธุ์พานิช)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครพิงค์

ภาคผนวก ช

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึก
ทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

วันที่ 1 กรกฎาคม 2556 เวลา 08.30น. – 15.30 น.

ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์

08.-30น.- 09.00น.	ลงทะเบียน
09.00น.- 09.30น.	พิธีเปิด โดย หัวหน้างานหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์
09.30น.- 10.30น.	การบันทึกทางการแพทย์
10.30น.- 10.45น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45น.- 12.00น.	การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ และแนวทางการตรวจสอบบันทึก ทางการแพทย์
12.00น.- 13.00น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00น.- 14.30น.	ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ย้อนหลังตามแนวทางการตรวจสอบ บันทึกทางการแพทย์
14.30น.- 14.15น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.15น.- 15.30น.	ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ย้อนหลังตามแนวทางการตรวจสอบ บันทึกทางการแพทย์
15.30น.	ปิดการประชุม

ภาคผนวก ซ

ตัวอย่างคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ หอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

คำนำ

การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการทบทวนและประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์และมาตรฐานที่ตั้งไว้

คู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการค้นคว้าแบบอิสระ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่และมีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ให้มีความถูกต้องและเชื่อถือได้

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาทั้งหมดในคู่มือเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

คณะผู้จัดทำ

สิงหาคม 2556

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		ก
สารบัญ		ข
บทที่ 1	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์และการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์	
	ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์	1
	ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์	1
	วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์	2
	ประโยชน์ของการบันทึกทางการแพทย์	2
	ความหมายของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์	2
	หลักการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ของกองการพยาบาล	3
บทที่ 2	การบันทึกทางการแพทย์และการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนครพิงค์	
	รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์	8
	มาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยหนัก	16
	โครงสร้างการทำงานของฝ่ายการพยาบาล	18
	แบบประเมินคุณภาพการบันทึกการพยาบาล	20
บทที่ 3	แนวทางการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลนครพิงค์	
	นิยามของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์	27
	วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์	27
	หลักเกณฑ์ของการสุ่มตรวจบันทึกทางการแพทย์	27
	เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์	28
	แนวการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์	32
เอกสารอ้างอิง		46
ภาคผนวก		46

บทที่ 1

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์และการตรวจสอบ

บันทึกทางการแพทย์

1. ความหมายของการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์ เป็นการเขียนข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยครอบคลุมในด้านการดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูร่างกาย

2. ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์

การบันทึกทางการแพทย์ เป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการพยาบาล ใช้เป็นหลักฐานแสดงถึงผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและอ้างอิงได้ การบันทึกที่มีประสิทธิภาพแสดงถึงคุณภาพการพยาบาล และเป็นเครื่องมือประกันคุณภาพอย่างหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี

.....

.....

3. วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์

3.1 เพื่อเป็นหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

3.2 เพื่อสื่อสารให้พยาบาลและทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจ ในตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนเหมือนกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง

.....

.....

4. ประโยชน์การบันทึกทางการแพทย์

ใช้เป็นสื่อกลางในทีมสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องถูกต้อง ป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระทำซ้ำๆในเรื่องเดิมโดยไม่จำเป็น และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.....

.....

.....

5. ความหมายของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหมายถึงการทบทวนและการประเมินคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้

6. หลักการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกองการพยาบาล

กองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยใช้หลัก 4C ดังนี้

6.1 ความถูกต้อง (Correct)

หมายถึง การบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้องตรงความเป็นจริงของผู้ป่วยและเชื่อถือได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงของโรค

7. เกณฑ์การตัดสินระดับคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (กองการพยาบาล, 2539)

คะแนนร้อยละ	91.00 – 100	ระดับคุณภาพการบันทึก ดีมาก
คะแนนร้อยละ	81.00 - 90.00	ระดับคุณภาพการบันทึก ดี
คะแนนร้อยละ	71.00 - 80.00	ระดับคุณภาพการบันทึก พอใช้
คะแนนร้อยละ	≤ 70.00	ระดับคุณภาพการบันทึก ควรปรับปรุง

บทที่ 2

การบันทึกทางการแพทย์และการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลนครพิงค์

1. รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ APIE มาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 วิธีการบันทึกที่ได้พัฒนาจากการบันทึกแบบใช้กระบวนการ (Problem-Intervention-Evaluation: PIE Charting) โดยมุ่งที่ปัญหาของผู้ป่วย ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยส่วนของการประเมินผู้รับบริการ (assessment) ปัญหา (problem) การปฏิบัติการพยาบาล (intervention) และการประเมินผล (evaluation)

จากการที่รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์แบบ APIE อาศัยแนวคิดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาของผู้รับบริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

.....
.....

2. มาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยหนัก

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลมุ่งเน้นการบริการที่เป็นเลิศ และได้กำหนดขอบเขตมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 11 มาตรฐาน ในที่นี้จะกล่าวถึงมาตรฐาน

.....
.....

3. โครงสร้างการทำงานของฝ่ายการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

.....
.....

บทที่ 3

แนวการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์

1. นิยามของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์

การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึงการทบทวนและประเมินคุณภาพของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์และมาตรฐานที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลกำหนดขึ้นตามหลักการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกองการพยาบาล

2. วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการควบคุมคุณภาพของบันทึกการพยาบาลให้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ตรงตามวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน ปลอดภัย และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

.....
.....

3. หลักเกณฑ์การสุ่มตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

3.1 จำนวนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้ในการตรวจคำนวณ โดยการใช้เกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดว่าให้ได้ 5% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา

.....
.....

4. เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

เอกสารทางการแพทย์พยาบาลที่ต้องบันทึกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและใช้ในการตรวจสอบมีดังนี้

4.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบประเมินสมรรถนะ เป็นแบบฟอร์มบันทึกผู้ป่วยรับใหม่ เพื่อบันทึกการซักประวัติและการประเมินสมรรถนะเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

.....
.....
5. แนวการประเมินคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล

โรงพยาบาลนครพิงค์ได้มีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพการตรวจสอบบัณฑิตทางการพยาบาลโดยอาศัยแนวทางของการประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน/หนักของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2540 และ แนวทางการเขียนบัณฑิตทางการพยาบาลของ

.....
.....

แนวการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์

เกณฑ์การประเมิน

ถ้ามีการเขียนในเอกสารที่ใช้ประเมินตามที่ระบุไว้ในแต่ละรายการ หมายความว่ามีการเขียนครบถ้วนในรายการนั้น

ถ้าขาดข้อใดข้อหนึ่ง หมายความว่ามีการเขียนไม่ครบถ้วนในรายการนั้น

ถ้าไม่มีข้อใดเลย หมายความว่า รายการนั้นไม่มีการระบุสิ่งที่ต้องการประเมิน

ข้อ	รายการประเมิน	ระยะแรกเริ่ม (ภายใน 24 ชม.)		ระยะต่อเนื่อง		ระยะจำหน่าย (วันที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่าย)	
		ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน	ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน	ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน
A 1, 2, 3	มีการบันทึกผลการตรวจร่างกาย	- ผลการตรวจร่างกายตามระบบที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย - ผลสัญญาณชีพ เมื่อแรกเริ่มและน้ำหนักตัว (Body Weight : BW)	- เอกสาร 1, 2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบประเมินสมรรถนะ(Patient Data Record) - เอกสาร 8 แบบฟอร์มปรอท - เอกสาร 18, 19, 20, 21 แบบบันทึกการเฝ้าระวังสังเกตอาการ (ICU observation flow sheet)	- ผลสัญญาณชีพตลอดเวร - ผลการตรวจร่างกายขณะอยู่ในโรงพยาบาล	- เอกสาร 7 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (nurse's note) - เอกสาร 8 แบบฟอร์มปรอท -เอกสาร 18,19,20,21 แบบบันทึกการเฝ้าระวังสังเกตอาการ (ICU observation flow sheet)	- ผลการตรวจร่างกายตามระบบที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย - ผลสัญญาณชีพ เมื่อจำหน่าย	- เอกสาร 7 แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (nurse's note) - เอกสาร 8 แบบฟอร์มปรอท - เอกสาร 18,19,20,21 แบบบันทึกการเฝ้าระวังสังเกตอาการ (ICU observation flow sheet)

ชื่อ	รายการ ประเมิน	ระยะแรกรับ (ภายใน 24 ชม.)		ระยะต่อเนื่อง		ระยะจำหน่าย (วันที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่าย)	
		ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน	ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน	ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน
			- เอกสาร 22, 23, 24 แบบตรวจร่างกาย ของแพทย์แรกรับ (Admission note)		- เอกสาร 22, 23, 24 แบบบันทึกประวัติ และการตรวจร่างกาย (Admission note) - เอกสาร 25 แผ่น คำสั่งการรักษา (Doctor's order)		- เอกสาร 22, 23, 24 แบบบันทึกประวัติ และการตรวจร่างกาย (Admission note) - เอกสาร 25 แผ่นคำสั่ง การรักษา (Doctor's order)
		- ผลการประเมิน ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ การ ไหลเวียนโลหิตของ ผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	- เอกสาร 1, 2 แบบ บันทึกข้อมูล ผู้ป่วยและแบบ ประเมินสมรรถนะ (Patient Data Record) - เอกสาร 17 แบบเฝ้า ระวังทางระบบ ประสาท	- ผลการประเมิน ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ การ ไหลเวียนโลหิต ของผู้ป่วยในแต่ละ เวร	- เอกสาร 7 แบบ บันทึกทางการ พยาบาล (nurse's note) - เอกสาร 8 แบบฟอร์มปรอท - เอกสาร 12 แบบฟอร์ม Intake / output	ผลการประเมินระดับ ความรู้สึกตัว การ หายใจ การไหลเวียน โลหิตของผู้ป่วยใน วันที่จำหน่ายและ ความจำเป็นในการ ดูแลต่อเนื่อง	- เอกสาร 7 แบบบันทึก ทางการพยาบาล (nurse's note) - เอกสาร 8 แบบฟอร์ม ปรอท - เอกสาร 18,19,20,21 แบบบันทึกการเฝ้าระวัง สังเกตอาการ (ICU observation flow sheet)

ชื่อ	รายการ ประเมิน	ระยะแรกรับ (ภายใน 24 ชม.)		ระยะต่อเนื่อง		ระยะจำหน่าย (วันที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่าย)	
		ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน	ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน	ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน
			- เอกสาร 18, 19, 20, 21 แบบบันทึกการเฝ้าระวังสังเกตอาการ (ICU observation flow sheet)		- เอกสาร 17 แบบเฝ้าระวังทางระบบประสาท - เอกสาร 18, 19, 20, 21 แบบบันทึกการเฝ้าระวังสังเกตอาการ (ICU observation flow sheet)		- เอกสาร 28 แบบบันทึกสหสาขาวิชาชีพการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง
		-ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ข้อมูลจากแผนกอื่น ๆ	- เอกสาร 1, 2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบประเมินสมรรถนะ(Patient Data Record)	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ ข้อมูลจากแผนกอื่น ๆ	- เอกสาร 7 แบบบันทึกทางการพยาบาล (nurse's note) -ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ ข้อมูลจากแผนกอื่น ๆ	- เอกสาร 7 แบบบันทึกทางการพยาบาล (nurse's note) -ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชื่อ	รายการ ประเมิน	ระยะแรกเริ่ม (ภายใน 24 ชม.)		ระยะต่อเนื่อง		ระยะจำหน่าย (วันที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่าย)	
		ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน	ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน	ควรมีการเขียน	เอกสารที่ใช้ประเมิน
A 4	มีการซัก ประวัติ	ผลการซักประวัติตาม แบบแผนสุขภาพ	- เอกสาร 3, 4 แบบ บันทึกข้อมูลตาม แบบแผนสุขภาพ ก่อนเจ็บป่วย - OPD card	<u>กรณีผู้ป่วยไม่ รู้สึกตัว/ไม่มีญาติ</u> ผลการซักประวัติ ตาม แบบแผน สุขภาพ	- เอกสาร 3, 4 แบบ บันทึกข้อมูลตาม แบบแผนสุขภาพ ก่อนเจ็บป่วย		
	
	
	
	

ภาคผนวก ฅ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แนวคำถามในการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพและคู่มือ
การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กุลวดี อภิชาติบุตร

อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์ ดร.อรอนงค์ วิชัยคำ

อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คุณเยาวภา จันทร์มา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

- ชื่อ-นามสกุล** นางโสภา คำชัยลิก
- วัน เดือน ปี เกิด** 14 มกราคม พ.ศ. 2509
- ประวัติการศึกษา** ปีการศึกษา 2534 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยบรมราชชนนีลำปาง
- ประสบการณ์** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved