



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย



เอกสารเลขที่ ๐๕๖/๒๕๕๗

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่อยู่ : ๑๑๐ ถนนอินทวิโรด ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

ชื่อหัวหน้าโครงการศึกษาการค้นคว้าแบบอิสระ : นางสาววิทวดี สุวรรณศรवल
สังกัด : นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล แผนก ข. ภาคพิเศษ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อเรื่องโครงการศึกษาการค้นคว้าแบบอิสระ (ภาษาไทย) การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการ
พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
(ภาษาอังกฤษ) Quality Improvement of Nursing Documentation in
a Female Orthopedics Ward, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province

เลขที่โครงการ : EXP - ๐๔๒ - ๒๕๕๗

ผู้ให้ทุนวิจัย : -

เอกสารรับรอง	ฉบับที่รับรอง
โครงการวิจัย	- ฉบับวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗
เอกสารแสดงความยินยอม/ ข้อมูลสำหรับ อาสาสมัคร	- ฉบับวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗
แบบบันทึกข้อมูล	- ฉบับวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗
อัตรประวัติหัวหน้าโครงการ	- ฉบับวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗

กระบวนการพิจารณาโครงการวิจัย: แบบเร่งด่วน (Expedited review)

ผลการพิจารณา : คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาแล้ว มีมติเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย
ในขอบเขตที่เสนอได้

อนุมัติ ณ วันที่ ๔ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ มีผลถึงวันที่ ๗ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ภาคผนวก ข

เอกสารขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพิงค์



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์

- โครงการวิจัย : การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
- รหัสโครงการ : -
- ผู้ดำเนินงานวิจัย : นางสาววิหิตี สุวรรณศรवल
- สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลนครพิงค์
- เอกสารที่พิจารณา : 1. คำขอการรับรองเชิงจริยธรรมในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน
2. แบบอัตรประวัติ
3. รายละเอียดโครงการ
4. เครื่องมือในการวิจัย
- เอกสารที่อนุมัติ : คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณานุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

(.....) ประธานคณะกรรมการ
(นายกิจจา เจียรวัฒนกกน)

(.....) กรรมการและเลขานุการ
(นางสุภารัชต์ กาญจนะวณิชย์)

รับรองตั้งแต่วันที่ 27 ส.ย. 2557 ถึงวันที่ 26 ส.ย. 2558

ภาคผนวก ก

เอกสารอนุมัติการทำวิจัยและขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลนครพิงค์ กลุ่มงานพัฒนาระบบคุณภาพและวิจัย โทร. ๑๑๓/๔
ที่ ชม.๐๐๓๒.๒๐๒/ ๑๔๙ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๗
เรื่อง อนุมัติการทำวิจัยและขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์
เรียน นางสาววิทวดี สุวรรณศรवल

ตามที่ท่าน ขออนุมัติการวิจัยในคน และขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม เรื่อง
“การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์
จังหวัดเชียงใหม่” เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาล
นครพิงค์ อาศัยแนวคิด FOCUS-PDCA เก็บข้อมูลโดยใช้แนวคำถามในการประชุมกลุ่มจากพยาบาล
วิชาชีพ จำนวน ๑๑ คน และตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยการใช้แบบประเมินคุณภาพการบันทึก
ทางการแพทย์ จำนวน ๔๔ ฉบับ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๗ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ เห็นว่าการศึกษาดังกล่าวไม่มีประเด็น
ปัญหาด้านจริยธรรม จึงรับรองด้านจริยธรรม และอนุญาตเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัยดังกล่าวฯ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายศิริพจน์ ศรีบัณฑิตกุล)

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาคผนวก ง

เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครที่เป็นทีมพัฒนาคุณภาพ

แนะนำโครงการศึกษาและวัดคุณภาพ

ดิฉัน นางสาววิทวดี สุวรรณศรวล นักศึกษา ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดทำการศึกษาค้นคว้าแบบอิสระเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่” เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยอาศัยแนวคิด FOCUS – PDCA ซึ่งประโยชน์จากการพัฒนาครั้งนี้ หอผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่จะได้แนวทางการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่เหมาะสม และมีคุณภาพในการสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งต่อข้อมูลการรักษาที่ต่อเนื่องระหว่างทีมผู้ให้การรักษายาบาล และเป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพทางการแพทย์ตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเพื่อยืนยันว่าพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนดและตามกรอบแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพ

การศึกษานี้ใช้การประชุมกลุ่มในระหว่างดำเนินการ และเก็บข้อมูลโดยการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ดิฉันใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมในโครงการนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีความสมบัติตรงตามข้อกำหนดของการศึกษา ดิฉันขอให้ท่านอ่านทำความเข้าใจกับโครงการศึกษานี้ก่อน และหากมีข้อสงสัยโปรดซักถาม หรือนำไปปรึกษาผู้ใกล้ชิด และเมื่อเข้าใจดีแล้ว ดิฉันขอให้ท่านตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการศึกษาหรือไม่

มีอาสาสมัครกี่คนที่เข้าร่วมโครงการศึกษานี้

ดิฉันวางแผนที่จะเชิญอาสาสมัครซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จากหอผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่เข้าร่วมโครงการจำนวนทั้งหมด 11 คน ซึ่งประกอบด้วยอาสาสมัครที่เป็นทีมพัฒนาคุณภาพจำนวน 2 คน และอาสาสมัครที่เป็นทีมปฏิบัติการจำนวน 9 คน

ท่านจะได้รับประโยชน์อย่างไร

โครงการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อปริญญา ซึ่งไม่ได้เกิดประโยชน์ทางตรงแก่ท่าน แต่จะเกิดประโยชน์ทางอ้อมต่อการทำงานของท่านและโรงพยาบาล โดยผลที่ได้รับจากการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่จะได้แนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐานของสภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

อะไรบ้างที่อาสาสมัครต้องทำหากเข้าร่วมโครงการศึกษา

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะได้เข้าร่วมประชุมกลุ่มเพื่อรับทราบสถานการณ์ปัญหาบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นจะมีการประชุมกลุ่มร่วมกับทีมปฏิบัติการเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนทางการแก้ปัญหาบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ท่านจะเป็นผู้ร่วมตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงานก่อนการศึกษาจำนวน 22 ฉบับและหลังการศึกษาจำนวน 22 ฉบับ และค้นหาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ท่านต้องอยู่ในโครงการศึกษานี้นานเท่าไร

โครงการศึกษานี้ใช้การประชุมกลุ่ม ท่านจึงต้องมีส่วนร่วมในการประชุมกลุ่มเป็นระยะๆ ตลอด 4 สัปดาห์ จากนั้นผู้ศึกษาจะทำการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตามแนวทางที่ได้มีการตกลงกันไว้เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

สิทธิของท่าน

ในการเข้าร่วมในโครงการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถเลือกเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีสูญเสียประโยชน์ใด ๆ และไม่มีผลต่อการรักษาตามมาตรฐานซึ่งท่านพึงจะได้รับ

ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะขอข้อมูลส่วนตัวของท่าน หากท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าวกรุณาแจ้งให้ดิฉันได้ทราบ และสิทธิประโยชน์อื่นอันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ท่านจะมีความเสี่ยงอะไรบ้างหากเข้าร่วมโครงการศึกษา?

โครงการศึกษานี้เป็นการเข้าร่วมประชุมกลุ่มเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ คำถามบางข้ออาจทำให้ท่านเครียดหรือรู้สึกไม่สบายใจ หากเกิดภาวะเช่นนี้ ขอให้ท่านแจ้งให้ทราบ และผู้ศึกษาจะหยุดพักจนกว่าท่านจะรู้สึกดีขึ้น หรือท่านสามารถข้ามคำถามนี้ไปโดยไม่ตอบก็ได้

การถอนตัวออกจากโครงการศึกษา

ท่านมีอิสระที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษาโดยบอกกับผู้ให้ข้อมูลแก่ท่าน หรือระหว่างการศึกษาที่สามารถแจ้งขอถอนตัวออกจากโครงการศึกษาได้โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน การรักษาความลับเกี่ยวกับตัวท่าน

ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่

ในโครงการศึกษานี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

ท่านจะได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการศึกษาศึกษานี้

ท่านจะติดต่อเราได้อย่างไร

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ผู้ศึกษาคือนางสาว วิทวดี สุวรรณสรกุล หอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ หมายเลขโทรศัพท์ 053-999200 ต่อ 2401 (ในเวลาราชการ) หรือ อาจารย์ที่ปรึกษาคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล และ อาจารย์ ดร.บุญพิชชา จิตต์ภักดี ที่กลุ่มวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 053-945021 (ในเวลาราชการ)

ในกรณีที่ท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิของอาสาสมัคร ท่านสามารถติดต่อได้ที่
คณะกรรมการจริยธรรมการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร 053-946080 (ใน
เวลาราชการ) หรือ Fax 053-894170

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้
ด้วย



ลงนาม.....(ผู้ศึกษา)

(นางสาววิทวดี สุวรรณศรวล)

วันที่/เดือน/พ.ศ.....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก จ

เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครที่เป็นทีมปฏิบัติการ

แนะนำโครงการศึกษาและวัตถุประสงค์

ดิฉัน นางสาววิทวดี สุวรรณศรวล นักศึกษา ปริญญาโท สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดทำการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่” เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์โดยอาศัยแนวคิด FOCUS-PDCA ซึ่งประโยชน์จากการพัฒนาครั้งนี้ หอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่จะได้แนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสม และมีคุณภาพในการสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งต่อข้อมูลการรักษาที่ต่อเนื่องระหว่างทีมผู้ให้การรักษาพยาบาล และเป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเพื่อยืนยันว่าพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด และตามกรอบแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพ

การศึกษานี้ใช้การประชุมกลุ่มในระหว่างดำเนินการ และเก็บข้อมูลโดยการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ดิฉันใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมในโครงการนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดของการศึกษา ดิฉันขอให้ท่านอ่านทำความเข้าใจกับโครงการศึกษานี้ก่อน และหากมีข้อสงสัยโปรดซักถาม หรือนำไปปรึกษาผู้ใกล้ชิด และเมื่อเข้าใจดีแล้ว ดิฉันขอให้ท่านตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการศึกษาหรือไม่

มีอาสาสมัครกี่คนที่ จะเข้าร่วมโครงการศึกษานี้

ดิฉันวางแผนที่จะเชิญอาสาสมัครซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่เข้าร่วมโครงการจำนวนทั้งหมด 11 คน ซึ่งประกอบด้วยอาสาสมัครที่เป็นทีมพัฒนาคุณภาพจำนวน 2 คน และอาสาสมัครที่เป็นทีมปฏิบัติการจำนวน 9 คน

ท่านจะได้รับประโยชน์อย่างไร

โครงการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อปริญญา ซึ่งไม่ได้เกิดประโยชน์ทางตรงแก่ท่าน แต่จะเกิดประโยชน์ทางอ้อมต่อการทำงานของท่านและโรงพยาบาล โดยผลที่ได้รับจากการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่จะได้แนวทาง

ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์อย่างถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐานของสภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

อะไรบ้างที่อาสาสมัครต้องทำหากเข้าร่วมโครงการศึกษา

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะได้เข้าร่วมประชุมกลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาและวางแนวทางในการแก้ปัญหาบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีและค้นหาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ท่านต้องอยู่ในโครงการศึกษานานเท่าไร

โครงการศึกษานี้ใช้การประชุมกลุ่ม ท่านจึงต้องมีส่วนร่วมในการประชุมกลุ่มเป็นระยะๆ ตลอด 4 สัปดาห์ จากนั้นผู้ศึกษาจะทำการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตามแนวทางที่ได้มีการตกลงกันไว้เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

สิทธิของท่าน

ในการเข้าร่วมในโครงการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถเลือกเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีสัญญาเสียประโยชน์ใดๆ และไม่มีการรักษาตามมาตรฐานซึ่งท่านพึงจะได้รับ ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะขอข้อมูลส่วนตัวของท่าน หากท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าวกรุณาแจ้งให้ดิฉันได้ทราบ และสิทธิประโยชน์อื่นอันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ท่านจะมีความเสี่ยงอะไรบ้างหากเข้าร่วมโครงการศึกษา?

โครงการศึกษานี้เป็นการเข้าร่วมประชุมกลุ่มเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ คำถามบางข้ออาจทำให้ท่านเครียดหรือรู้สึกไม่สบายใจ หากเกิดภาวะเช่นนี้ ขอให้ท่านแจ้งให้ทราบและผู้ศึกษาจะหยุดพักจนกว่าท่านจะรู้สึกดีขึ้น หรือท่านสามารถข้ามคำถามนี้ไปโดยไม่ตอบก็ได้

การถอนตัวออกจากโครงการศึกษา

ท่านมีอิสระที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษาโดยบอกกับผู้ให้ข้อมูลแก่ท่าน หรือระหว่างการศึกษาที่สามารถแจ้งขอถอนตัวออกจากโครงการศึกษาได้โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน การรักษาความลับเกี่ยวกับตัวท่าน

ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่

ในโครงการศึกษานี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

ท่านจะได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการศึกษานี้

ท่านจะติดต่อเราได้อย่างไร

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ผู้ศึกษาคือนางสาววิทวดี สุวรรณศรวล หอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ หมายเลขโทรศัพท์ 053-999200 ต่อ2401 (ในเวลาราชการ) หรือ อาจารย์ที่ปรึกษาคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล และ อาจารย์ ดร.บุญพิชชา จิตต์ภักดี ที่กลุ่มวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 053-945021(ในเวลาราชการ)

ในกรณีที่ท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิของอาสาสมัคร ท่านสามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร 053-946080 (ในเวลาราชการ) หรือ Fax 053-894170

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ ด้วย

ลงนาม.....(ผู้ศึกษา)

(นางสาววิทวดี สุวรรณศรวล)

วันที่/เดือน/พ.ศ.....

ภาคผนวก ฉ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วยแนวคำถาม และแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แนวคำถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม เพื่อค้นหาปัญหา และวางแผนทางในการแก้ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์

ส่วนที่ 3 แนวคำถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุปี
2. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน
 - พยาบาลวิชาชีพ
 - พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์.....ปี.....

เดือน

4. วุฒิการศึกษาสูงสุด
 - ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
 - ปริญญาโท
5. ประสบการณ์อบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 - เคย.....ครั้ง
 - ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม เพื่อค้นหาสาเหตุ และการวางแนวทางในการแก้ไขปัญหา
การบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์

โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย

1. ทีมปฏิบัติการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน
2. ทีมพัฒนาคุณภาพที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน

มีรายละเอียดในประเด็นที่ศึกษาดังนี้

1. ปัญหาที่พบจากการบันทึกทางการแพทย์พบในระยะใดบ้าง
2. สาเหตุที่ทำให้การบันทึกในรูปแบบฟอร์มประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ

ไม่ครบถ้วน ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาลเกิดจากอะไรบ้าง

คำถามเจาะลึก: สาเหตุที่เกิดจากผู้บันทึกวิธีการบันทึกความชัดเจนในการบันทึกแบบฟอร์ม
การบันทึก สิ่งแวดล้อม และการรบกวนในระหว่างการบันทึก

3. สาเหตุของการบันทึกเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการแพทย์การวางแผนทางการ
พยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน ถูกต้องตาม
กระบวนการพยาบาลเกิดจากอะไรบ้าง

คำถามเจาะลึก: สาเหตุที่เกิดจากผู้บันทึก ความชัดเจนและได้ใจความวิธีการบันทึกแบบฟอร์ม
การบันทึก สิ่งแวดล้อม และการรบกวนในระหว่างการบันทึก

4. แนวทางการแก้ปัญหการบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน
- 4.1 ท่านคิดว่ามีวิธีการใดบ้างที่จะจัดสาเหตุเหล่านั้นออกไป

คำถามเจาะลึก: วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดจากผู้บันทึกวิธีการบันทึกความชัดเจนและ
ได้ใจความสิ่งแวดล้อม และการรบกวน

4.2 ท่านคิดว่าวิธีการที่จะลด/ขจัดปัญหาการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจนและได้
ใจความมากที่สุดคืออะไร

ส่วนที่ 3 แนวคำถามในการประชุมกลุ่มเพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบันทึก
ทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์

โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย

1. ทีมปฏิบัติการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน
2. ทีมพัฒนาคุณภาพที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน

มีรายละเอียดในประเด็นที่ศึกษาดังนี้

1. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้าง

คำถามเจาะลึก: ปัญหาหรืออุปสรรคในขั้นเตรียมการ ดำเนินการ และการตรวจสอบผลการบันทึกทางการแพทย์

2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์หอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์มีอะไรบ้าง

คำถามเจาะลึก: ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย การสนับสนุนจากหน่วยงาน และการจูงใจบุคลากรในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ตามกระบวนการ เช่น การเตรียมการ การดำเนินการ หอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ข

โครงการ การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการเขียน และการตรวจบันทึก ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์

ชื่อโครงการ การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการเขียน และการตรวจบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย
กระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์

ผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาววิทวดี สุวรรณศรี

ที่ปรึกษาโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล และ อาจารย์.ดร.บุญพิชชา จิตต์ภักดี

หลักการและเหตุผลในการจัดโครงการ

หอผู้ป่วยกระดูกหญิงมีการมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนทำการบันทึกหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจนและได้ใจความตามหลัก 4 C เพื่อให้สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย รวมทั้งแสดงให้เห็นกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการรักษาตัวในหอผู้ป่วย นอกจากนี้มีการตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะแผนกออร์โธปิดิกส์ เพื่อติดตามประเมินความถูกต้องครบถ้วนในการบันทึกให้เป็นไปตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาลและสปสข. ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการตรวจสอบเป็นระยะๆ แต่ปัญหาที่พบในการบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยนี้ ยังมีการบันทึกไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ โดยมีผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยกระดูกหญิงในปี.ศ.2556 ในด้านการประเมิน การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลและด้านการประเมินผลการพยาบาลเท่ากับร้อยละ 63.33 56.60 และ 63.19 ตามลำดับ ในเรื่องนี้ได้มีการตรวจประเมินบันทึกทางการพยาบาลอีกครั้งในเดือนมิถุนายน 2557 พบว่า ด้านการประเมิน การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล และด้านการประเมินผลการพยาบาลเท่ากับร้อยละ 33.73 33.62 และ 30.18 ตามลำดับ และพบว่ามีการบันทึกทางการพยาบาลครบถ้วนในระยะแรกครึ่งระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่ายเพียงร้อยละ 56.89 21.29 และ 20.17 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลทุกระยะในหอผู้ป่วยนี้ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ที่กำหนดไว้ที่

ควรมีความสมบูรณ์ในการบันทึกทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 80 เมื่อได้มีการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยนี้ เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้การบันทึกทางการแพทย์ไม่มีประสิทธิภาพ พบว่าเกิดจากการที่พยาบาลยังมีความรู้ความเข้าใจในการบันทึกในแบบฟอร์มไม่ถูกต้อง และไม่เข้าใจวิธีการตรวจและการให้คะแนนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ตามแบบประเมินของโรงพยาบาลนครพิงค์

ดังนั้นจึงได้จัดโครงการนี้ขึ้น เพื่อเป็นการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ถูกต้องอันจะส่งผลให้การบันทึกมีคุณภาพมากขึ้น และผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลตามที่กำหนดไว้

วัตถุประสงค์โครงการ ภายหลังการประชุม พยาบาลวิชาชีพ

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง
2. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกระดูกหญิงสามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลตามที่กำหนดไว้

ลักษณะและจำนวนกลุ่มเป้าหมายในโครงการ

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกระดูกหญิง จำนวน 10 คน

สถานที่ในการจัดโครงการ

ห้องประชุมหอผู้ป่วยกระดูกหญิง

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ความสำเร็จ

คุณภาพการบันทึกการพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80

วิธีการประเมินผลโครงการ

ประเมินจากคะแนนการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกการพยาบาล หอผู้ป่วยกระดูกหญิง
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

กำหนดการในโครงการ

วันที่ 15-20 กันยายน 2557

- 08.00-9.00น. - ทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการเขียนบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ของสำนัก-
การพยาบาล
- อภิปรายเกี่ยวกับแนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง
 - ทบทวนข้อตกลงในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง

วันที่ 22-26 กันยายน 2557

- 08.00-9.00น. - ทบทวนวิธีการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลของ โดยใช้แบบประเมิน
คุณภาพการบันทึกการพยาบาล หอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์
จังหวัดเชียงใหม่
- ทบทวนการให้คะแนนในแบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

หัวข้อในการให้ความรู้พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง

1. ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล
2. วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล
3. ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล
4. มาตรฐานเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล
5. การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record)
6. แนวทางการบันทึกการพยาบาล โดยใช้ตัวอย่างการเขียนบันทึกทางการพยาบาล
7. ข้อตกลงในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง
8. แบบประเมินที่ใช้ในการตรวจบันทึกทางการพยาบาลและวิธีการให้คะแนน
9. ตัวอย่างการบันทึก

รายละเอียดเนื้อหาในแต่ละหัวข้อ

ความหมายของบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาล(Nursing documentation) หมายถึง ข้อมูลที่พยาบาลเขียน และ/หรือ บันทึกในรูปแบบของข้อมูลที่เป็นแบบฟอร์มเอกสาร (proforma) หรือ การบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ (computerized recordings) เกี่ยวกับการปฏิบัติพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย หรือบันทึกเพื่อใช้สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การบันทึกทางการพยาบาล

1. เป็นข้อมูลแสดงข้อเท็จจริงในการตรวจรักษาหรือปฏิบัติการพยาบาลใดๆ ตลอดจนผลของการปฏิบัติการรักษาพยาบาลนั้น
2. เป็นพยานหลักฐานในทางกฎหมายประเภทพยานเอกสาร
3.

ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลว่าเป็นการแสดงความเชี่ยวชาญพยาบาล การบันทึกที่ดีจะสะท้อนถึงความรู้ของพยาบาล การจะบันทึกได้ดั่งนั้น พยาบาลจะต้องคิดเก่งและต้องมีความรู้ สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาล หากพยาบาลสามารถบันทึกได้ดีย่อมเป็นประโยชน์ เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในระบบประกันคุณภาพเกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพทั้งด้านกฎหมายและ คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล

มาตรฐานเกี่ยวกับการบันทึก

1. มาตรฐานสภาการพยาบาล โดย 1) มีแบบฟอร์มการบันทึกผ่านกระบวนการพัฒนาที่เชื่อถือได้ ได้รับการยอมรับจากองค์กรพยาบาล 2) สะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนที่ครอบคลุมองค์รวมของผู้ใช้บริการ และ 3) มีการกำหนดแนวทางเหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย
2. มาตรฐาน HA
3. มาตรฐานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).....

การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record)

เป็นการบันทึกที่เน้นแบบมุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วยมีการระบุถึงปัญหา บอกถึงการวางแผน การปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและผลการปฏิบัติ ซึ่งในส่วนของการบันทึกจะมีอยู่ 3 ส่วนคือ การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลมีการประเมินปัญหาผู้ป่วยในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน (a daily patient assessment flow sheet) การบันทึกแผนการพยาบาล และบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวันในแบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) ข้อดี ข้อเสีย

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

เวชระเบียนผู้ป่วยในประกอบด้วยแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ และแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. แบบฟอร์มหัวกระดาษ
2. แบบฟอร์มปรอท
3. แบบฟอร์มประวัติและการประเมินสมรรถนะ (PDR)
4. แบบฟอร์มการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกปัญหาและแผนการพยาบาล (problem list) และแบบบันทึกความก้าวหน้า (Nurses' note)
5. แบบบันทึกเพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
6. แบบบันทึกการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม
7. แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
8. แบบบันทึกการให้ยาและสารน้ำ
9. แบบบันทึกคำสั่งแพทย์และการดำเนินโรค
10. รายงานผลการชันสูตรทางคลินิก
11. แบบบันทึกการยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่อง (drugs reconciliation)

หมายเหตุ แบบบันทึกรายการที่ 8 9 10 และ 11 ใช้เพื่อประกอบการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในด้านความถูกต้อง และความครบถ้วน

แบบฟอร์มหัวกระดาษ

หลัก 4 C ที่ใช้ในการตรวจสอบการบันทึกหัวกระดาษครอบคลุม 4 ประเด็นดังนี้

1. ความถูกต้อง หมายถึงการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ สถานบริการ ตลอดทั้งแพทย์เจ้าของไข้ ถูกต้องเป็นจริง เชื่อถือได้ ตลอดทั้งถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกและถูกหลักภาษาไทย
2. ความครบถ้วน หมายถึง.....
3. ความชัดเจน หมายถึง.....
4. ใ้ใจความ หมายถึง.....

เกณฑ์ในการบันทึกหัวกระดาษ

1. ชื่อ-สกุล หมายถึง การบันทึก ชื่อ-สกุล ของผู้ป่วยลงในช่อง ชื่อ-สกุล ด้วยปากกาสีน้ำเงิน โดยมีคำนำหน้าชื่อ ได้แก่ นาย นาง นางสาว เด็กชายและเด็กหญิง เป็นต้น กรณีใช้คำย่อ คำนำหน้าชื่อให้ใช้ตัวย่อคือ นางสาว= น.ส. เด็กชาย= ค.ช. เด็กหญิง= ค.ญ. ยกเว้น นายและนางห้ามใช้คำย่อ
.....
2. อายุ หมายถึง.....

แบบฟอร์มปรอท

หลัก 4 C ที่ใช้ในการตรวจสอบแบบฟอร์มปรอทครอบคลุม 4 ประเด็นดังนี้

1. ความถูกต้อง หมายถึงการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการลงในแบบฟอร์มปรอท ถูกต้องเป็นจริง และเชื่อถือได้และถูกต้องตามสภาวะที่เป็นจริงของผู้ป่วย ดังนี้ บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกฟอร์มปรอทระยะเวลาและความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปและสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วย
2. ความครบถ้วน หมายถึง.....
3. ความชัดเจน หมายถึง.....
4. ใ้ใจความ หมายถึง.....

เกณฑ์การบันทึกแบบฟอร์มปรอทประกอบด้วย

1. วัน เดือน ปี ในช่อง Date หมายถึง การบันทึกตัวเลขที่แทนวันที่ ชื่อเดือน และ พ.ศ. ที่รับผู้ป่วยใหม่ หรือรับย้ายด้วยปากกาสีน้ำเงิน ลงในช่อง Date ชื่อเดือนให้บันทึกคำเต็มหรือถ้าจะใช้ตัวย่อจะต้องใช้ตัวย่อสากล เช่น มกราคม หรือ ม.ค. สำหรับ พ.ศ. ให้บันทึกตัวเลขของพ.ศ. ครบทั้ง 4 ตัว

หรือเฉพาะ 2 ตัวหลัง เช่น 2557 หรือ 57 และบันทึกเรียงตามลำดับ จนครบทุกช่องจนกระทั่งผู้ป่วย
จำหน่ายจากโรงพยาบาล

2.

ดังตัวอย่าง

	Date	1.ก.ย. 57	2.ก.ย. 57	3.ก.ย. 57	4.ก.ย. 57
day	Admission	1	2	3	4
	Operation	1	1	2	3,1

แบบฟอร์มประวัติและการประเมินสมรรถนะ

หลัก 4 C ที่ใช้ในการตรวจสอบการบันทึกประวัติและการประเมินสมรรถนะผู้ป่วย ครอบคลุม
4 ประเด็นดังนี้

1. ความถูกต้อง หมายถึงการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมีความถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึก
และถูกต้องเป็นจริงและเชื่อถือได้ตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับ

อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยขณะมารับการรักษาในโรงพยาบาล

สภาพร่างกายและสภาพจิตใจผู้ป่วยแรกรับ

แบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน สภาพเศรษฐกิจ สังคม ตลอดทั้งประวัติในอดีตของ

ผู้ป่วย

2. ความครบถ้วน หมายถึง.....

3. ความชัดเจน หมายถึง.....

4. ใต้ใจความ หมายถึง.....

เกณฑ์การบันทึกประวัติและการประเมินสมรรถนะผู้ป่วยประกอบด้วย

1. สิทธิการรักษา ระบุสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เช่น UC เบิกได้ ประกันสังคม โรงพยาบาลนคร
พิงค์ กรณีผู้ป่วยมีสิทธิมากกว่าสิทธิให้ระบุให้ครบทุกสิทธิ เช่น 1 ชำระเงิน 2 บัตรสุขภาพถ้วนหน้า
โดยสามารถเขียนโดยใช้ตัวย่อดังที่ห้องตรวจสอบสิทธิ์แสดงในใบตรวจสอบสิทธิ์ได้

2. กลุ่มเลือด ระบุกลุ่มเลือดในกรณีที่ทราบผลแล้ว หากผู้ป่วยยังไม่ทราบผลเมื่อมีการตรวจ
แล้วทราบผลให้นำมาเขียนด้วย

3.

แบบฟอร์มการพยาบาล

ประกอบด้วย แบบบันทึกปัญหาและแผนการพยาบาล (problem list) และแบบบันทึกความก้าวหน้า (Nurses' note)

หลัก 4 C ที่ใช้ในการตรวจสอบการบันทึกของพยาบาล ครอบคลุม 4 ประเด็น ดังนี้

1. ความถูกต้อง หมายถึงการบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของผู้ป่วยและเชื่อถือได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับอาการ อาการแสดง ตามสถานะของโรคและตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย ดังนี้

1.1 บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกทางการพยาบาลและถูกต้องตามแบบฟอร์มที่กำหนด

1.2

2. ความครบถ้วน หมายถึงการบันทึกมีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วนและต่อเนื่องในแบบฟอร์มทุกช่อง ดังนี้

2.1 ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

2.2

3. ความชัดเจน หมายถึงบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย โดยใช้หมึกสีน้ำเงิน บันทึกด้วยตัวอักษรที่อ่านง่ายใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความให้ชัดเจนแล้วลงชื่อและตำแหน่งกำกับ

4. ใต้ใจความ หมายถึงการบันทึกที่สั้น กระชับรัด ได้ใจความตรงตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยมีความต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาลมองเห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล อ่านเข้าใจง่าย

แบบบันทึกเพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

หลัก 4 C ที่ใช้ในการตรวจสอบการบันทึกเพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ครอบคลุม 4 ประเด็นดังนี้

1. ความถูกต้อง หมายถึงการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมีความถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึก และถูกต้องเป็นจริง และเชื่อถือได้ตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะผิวหนังที่ปรากฏให้เห็นจากการประเมินของพยาบาลผู้ดูแล

2. ความครบถ้วน หมายถึง.....

3. ความชัดเจน หมายถึง.....

4. ใต้ใจความ หมายถึง.....

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการปลัดตกหกล้ม

หลัก 4 C ที่ใช้ในการตรวจสอบการบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าระวังการปลัดตกหกล้ม
ครอบคลุม 4 ประเด็นดังนี้

5. ความถูกต้อง หมายถึงการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมีความถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึก
และถูกต้องเป็นจริง และเชื่อถือได้ตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยที่ปรากฏให้
เห็นจากการประเมินของพยาบาลผู้ดูแล

6. ความครบถ้วน หมายถึง.....

7. ความชัดเจน หมายถึง.....

8. ใต้ใจความ หมายถึง.....

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

หลัก 4 C ที่ใช้ในการตรวจสอบการบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยครอบคลุม
4 ประเด็นดังนี้

1. ความถูกต้อง หมายถึงการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมีความถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึก
และถูกต้องเป็นจริง และเชื่อถือได้ตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยที่ปรากฏให้
เห็นจากการประเมินของพยาบาลผู้ดูแลตามระยะ แรกรับ ต่อเนื่อง จำหน่าย ดังนี้.....

2. ความครบถ้วน หมายถึง.....

3. ความชัดเจน หมายถึง.....

4. ใต้ใจความ หมายถึง.....

แบบบันทึกการให้ยา

หลัก 4 C ที่ใช้ในการตรวจสอบการบันทึกในแบบบันทึกการให้ยาครอบคลุม 4 ประเด็นดังนี้

1. ความถูกต้อง หมายถึงการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ให้กับผู้ป่วยมีความถูกต้องตามเกณฑ์
การบันทึกและถูกต้องเป็นจริง และเชื่อถือได้ตามหลัก 6 R คือ.....

2. ความครบถ้วน หมายถึง.....

3. ความชัดเจน หมายถึง.....

4. ใต้ใจความ หมายถึง.....

การบันทึกทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย

ระยะแรกเริ่ม คือ การเขียนบันทึกทางการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note)เมื่อผู้ป่วยรับใหม่

1. บันทึกวันเดือนปี เวลาที่รับใหม่ผู้ป่วย
2. บันทึกข้อมูลว่ารับผู้ป่วยมาจากแผนกใดมาถึง โดยวิธีการเดิน ลื่อนนั่งหรือเปลนอน
3.

ระยะต่อเนื่อง คือ การเขียนบันทึกทางการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note)เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นการบันทึกประจำวันทุกเวรในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับปัญหาและสภาพของรวมทั้งอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

1. บันทึกวันเดือนปี เวลาที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล
2. บรรยายสภาพทั่วไป ระดับความรู้สึกตัว ความผิดปกติที่สังเกตได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สิ่งที่ติดมากับผู้ป่วย เช่น สายสวนปัสสาวะ ชนิดและปริมาณของสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ผู้ป่วยได้รับ
3.

ระยะจำหน่าย คือการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note)เมื่อผู้ป่วยย้ายแผนกหรือจำหน่าย

1. บันทึกวันเดือนปี เวลาที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล
2. บรรยายสภาพทั่วไป ระดับความรู้สึกตัว ความผิดปกติที่สังเกตได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
3.

ตัวอย่างการเขียน nurse note มีในภาคผนวกที่ 2

การเขียนบันทึกทางการพยาบาลในแบบบันทึกรายการปัญหา (Problem list)

1. บันทึก วันเดือนปี เวลาที่เขียนปัญหานั้นๆ ในช่อง ว/ด/ป/เวลาที่พบปัญหา
2. เขียนปัญหาทางการพยาบาล โดยเขียนปัญหาที่ 1 ด้วย P1 โดยเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาที่พบในช่องข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
3.

ตัวอย่างการเขียน Problem list มีในภาคผนวกที่ 1

ข้อตกลงในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหัก

1. ห้ามพยาบาลเขียนบันทึกล่วงหน้า
2. พยาบาลผู้ซักประวัติต้องเขียน PDR, การบันทึกการประเมิน Braden ,Fall และบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
3. ผู้ช่วยเหลือคนไข้.....
4.

ข้อตกลงในการตรวจสอบซ้ำ

1. เจ้าของ Lock ตรวจสอบ chart รัปใหม่ในเวรของตนเอง
2. เวนต่อไปตรวจสอบ chart และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่เวรก่อนหน้า
3. หัวหน้าเวรตรวจสอบchart ลูกทีมทั้งหมดเวรเข้าในผู้ป่วยประเภท3Aและ4A
4.

วิธีการให้คะแนน

1. ถ้าพบการบันทึกในเอกสารที่ใดที่หนึ่งของใบตรวจสอบในแต่ละข้อให้คะแนนการบันทึก

2. การให้คะแนนในแต่ละข้อจะให้คะแนนคะแนน โดยการตรวจสอบจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกในแต่ละข้อที่กำหนด ดังนี้.....

2.1 ครบถ้วนหมายถึงมีการบันทึกถูกต้องครบถ้วนครอบคลุมเนื้อหาในแต่ละข้อ.....

การคิดคะแนนโดยแต่ละข้อสามารถให้คะแนนได้เพียง 1 ข้อ และนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดโดยตัดข้อที่ได้คะแนนไม่เกี่ยวข้อง (N/A) ออกดังนี้

จำนวนคะแนนการบันทึกครบถ้วน = $\frac{\text{จำนวนข้อที่ได้คะแนนบันทึกครบถ้วน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}} * 100$

จำนวนข้อทั้งหมด

ภาคผนวกที่ 1

ตัวอย่างการบันทึกใน NURSING CARE PLAN

NAKORNPING HOSPITAL

ว/ด/ป เวลา ที่ พบ ปัญหา	ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	แผนการพยาบาล	ว/ด/ป เวลา ที่ปัญหาสิ้นสุด
2 ก.ย. 2557 13.30น	P1 ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดต้น ขาขวา	-ประเมินอาการปวด -จัดท่านอนที่สุขสบายเหมาะสม -แนะนำผ่อนคลายความเจ็บปวดและเบี่ยงเบน ความสนใจ -ดูแลการ on skintraction c wt 2 ก.ก. -พิจารณาการได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการหลังได้รับยา -observe V/S	
	P2.....	
	P3.....	
Name of patient นางแก้ว มีมา		AGE 60ปี	HN 5600001
Department of service ศัลยกรรมกระดูก		Wardกัญ	Attending physician นพ. จิรวัดน์

FR-NUR-014

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวกที่ 2

ตัวอย่างการบันทึกใน NURSE'S NOTE NAKORNPING HOSPITAL

ว/ด/ป/เวลา	ความก้าวหน้า กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล		
2 ก.ย. 2557	รับใหม่จาก OPD Ortho โดยเปลนอน แรกได้รับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขาขวา on splint พัน elastic bandage ตื่นขาขววม		
13.30น.	มีอาการปวด NRS=5 กระดกปลายเท้าได้ไม่มีการชานำการปฏิบัติตนขณะรักษาในโรงพยาบาล		
	แนะนำการปฏิบัติตัวแผนการรักษา การลงนามยินยอมรักษาและผ่าตัด on skin traction นำหนัก 2 กก.		
	ขณะ on skin traction ให้อาา paracetamol 2tab O		
14.00น.	รายงาน นพ.จิรวัดน์ ทราบ ไม่มีคำสั่งการรักษาเพิ่มเติม		
15.00น.	P1 NRS=5 หลังได้รับยาทุเลापวด NRS=3		
	P2.....		
	P3.....		
	วิทวดี RN		
Name of patient	นางแก้ว มีมา	AGE 60 ปี	HN 5600001
Department of service	ศัลยกรรมกระดูก	Ward กญ	Attending physician นพ. จิรวัดน์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ซ

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

แบบประเมินที่ใช้ในการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและวิธีการให้คะแนน

แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
 หน่วยงานAN.....Code.....

ใบ ตรวจสอบ	ข้อ	กลุ่ม	รายการประเมิน	ครบ ถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก	N/A
			ระยะแรกรับ (24 ชั่วโมงแรก)				
Nurses' note ใบประเมิน สมรรถนะ	1	APIE	บันทึกวันเดือนปีเวลาที่รับใหม่หรือรับย้ายผู้ป่วย การให้กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลการ ปฏิบัติการพยาบาล				
.....	2	A	บันทึกการวินิจฉัยโรค การผ่าตัดอาการสำคัญที่ นำมาร.พ.ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและในอดีต ประวัติการแพ้ยา/สารอาหาร ข้อจำกัดในการ รับประทานอาหารการใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาล				
.....	3					
			ระยะต่อเนื่อง				
Nurses' note	14	APIE	บันทึกวันเดือนปีเวลาที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจาก เวรก่อนหน้านี้ การให้กิจกรรมการพยาบาลและ ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในเวรทำการ				
	15	A				
			ระยะจำหน่าย (48 ชั่วโมงที่แพทย์มีคำสั่งการ จำหน่ายผู้ป่วย)				
Nurses' note	31	APIE	บันทึกวันเดือนปีเวลาที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่าย ผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยและญาติ ได้รับก่อนการจำหน่าย				
note	32	A				

ภาคผนวก ฅ

ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง
โรงพยาบาลนครพิงค์ ก่อนการพัฒนา จำแนกรายข้อ

ข้อ	รายการประเมิน	ครบ ถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก
	ระยะแรกรับ (24 ชั่วโมงแรก)			
1	บันทึกวันเดือนปีเวลาที่รับใหม่หรือรับย้ายผู้ป่วย การให้ กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล	65.00	32.50	2.50
2	บันทึกการวินิจฉัยโรค การผ่าตัดอาการสำคัญที่นำมา โรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และในอดีตประวัติ การแพ้ยา/สารอาหาร ข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร การใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาล	51.35	48.65	0.00
3	บันทึกสภาพผู้ป่วยแรกรับ สัญญาณชีพ การประเมินระดับ ความเจ็บปวด น้ำหนัก ส่วนสูง และสัญญาณทางระบบ ประสาทแรกรับ	56.41	41.03	2.56
4	กรณีไม่สามารถซักประวัติจากผู้ป่วยหรือญาติได้ มีการ บันทึกการวินิจฉัยโรค การผ่าตัดอาการสำคัญที่นำมา โรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และในอดีต ประวัติการแพ้ยา/สารอาหาร ข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร การใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาลจากรายงานการตรวจ รักษาอื่น ๆ ของผู้ป่วย	37.50	50.00	12.50
5	บันทึกผลการตรวจร่างกายตามแบบแผนสุขภาพก่อนการ เจ็บป่วย และผลการประเมินปัญหาของผู้ป่วยในระบบ กระดูก ประสาทและกล้ามเนื้อ	43.24	45.95	10.81
6	บันทึกผลการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก เช่นการเกิดแผล กดทับ การพลัดตกหกล้ม การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบ กระดูก ประสาทและกล้ามเนื้อ (เช่น Compartment	58.97	35.90	5.13

ข้อ	รายการประเมิน	ครบ ถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก
	Syndrome)			
7	บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยตามลำดับ ความสำคัญ อาการ หรืออาการแสดงของผู้ป่วย และ สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์	72.50	25.00	2.50
8	บันทึกแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล	62.50	35.00	2.50
9	บันทึกการรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบข้อบ่งชี้ หรือรายงาน ตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการรับผู้ป่วยใหม่	71.88	9.38	18.75
10	บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	57.50	37.50	5.00
11	บันทึกอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกาย ที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังจากได้รับการรักษาพยาบาล ตามแผนการพยาบาล หรือแผนการรักษาของแพทย์	50.00	45.00	5.00
12	บันทึกอาการและอาการแสดงทางด้านจิตใจหรือการปรับตัว ที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังจากได้รับการรักษาพยาบาลตาม แผนการพยาบาล หรือแผนการรักษาของแพทย์	35.90	35.90	28.21
13	บันทึกกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วย เช่น การแจ้งสิทธิการรักษา กฎระเบียบ แนวทางการรักษา เป็น ต้น ตามที่ระบุในแบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	70.00	17.50	12.50
	ระยะต่อเนื่อง			
14	บันทึกวันเดือนปีเวลาที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจากเวรก่อน หน้านี้ การให้กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลการ ปฏิบัติการพยาบาลในเวรทำการ	55.00	45.00	0.00
15	บันทึกอาการและอาการแสดงด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ เปลี่ยนแปลงในแต่ละเวร อย่างต่อเนื่องและมีความ สอดคล้องกับการให้การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	42.50	57.50	0.00
16	บันทึกอาการและอาการแสดงด้านจิตใจและการปรับตัวของ	22.50	60.00	17.50

ข้อ	รายการประเมิน	ครบ ถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก
	ผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละเวร อย่างต่อเนื่อง และมีความ สอดคล้องกับการให้การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ			
17	บันทึกความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ เปลี่ยนแปลงในแต่ละเวร อย่างต่อเนื่อง และมีความ สอดคล้องกับการให้การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	22.50	75.00	2.50
18	บันทึกการติดตามประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หรือความก้าวหน้าในการดูแลรักษาแผลกดทับของผู้ป่วย	39.39	54.55	6.06
19	บันทึกการติดตามประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม หรือความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดการพลัดตก หกล้ม	38.46	56.41	5.13
20	บันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ในแต่ละเวรตามลำดับความสำคัญและต่อเนื่อง	37.50	62.50	0.00
21	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นหรือตัดออกมี ความสอดคล้องกับอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไป ของผู้ป่วย	42.11	57.89	0.00
22	บันทึกแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในแต่ละวัน	35.90	64.10	0.00
23	บันทึกวันเดือนปีเวลาที่ปัญหาของผู้ป่วยสิ้นสุด	43.59	56.41	0.00
24	บันทึก สัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท การประเมินระดับความเจ็บปวด อย่างต่อเนื่อง	43.59	56.41	0.00
25	บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อ วินิจฉัยทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องทุกเวร	40.00	60.00	0.00
26	บันทึกอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกาย ที่ เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังจากได้รับการรักษาพยาบาลตาม แผนการพยาบาลหรือแผนการรักษาของแพทย์	37.50	60.00	2.50
27	บันทึกอาการและอาการแสดงทางจิตใจหรือการปรับตัว ที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังจากได้รับการรักษาพยาบาลตาม	27.50	57.50	15.00

ข้อ	รายการประเมิน	ครบ ถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก
	แผนการพยาบาล หรือแผนการรักษาของแพทย์			
28	บันทึกความสามารถในการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังจากได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการพยาบาล หรือแผนการรักษาของแพทย์	35.00	55.00	10.00
29	บันทึกภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาที่ตามมา จากการได้รับ การรักษาพยาบาลตามแผนการพยาบาล หรือแผนการรักษา ของแพทย์	36.36	57.58	6.06
30	บันทึกกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยตาม แบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในวันที่ 3	35.00	55.00	10.00
	ระยะจำหน่าย (48 ชั่วโมงที่แพทย์มีคำสั่งการจำหน่ายผู้ป่วย)			
31	บันทึกวันเดือนปีเวลาที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยและญาติได้รับก่อนการ จำหน่าย	25.00	45.00	30.00
32	บันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ปรากฏในวันที่ แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายผู้ป่วย	50.00	35.00	15.00
33	บันทึกวันเดือนปีเวลาที่ปัญหาของผู้ป่วยสิ้นสุด	35.00	52.50	12.50
34	บันทึกแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยควรได้รับก่อนการจำหน่าย	25.71	28.57	45.71
35	บันทึกการให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยตามแบบ บันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่เหลือ	22.50	50.00	27.50
36	บันทึกว่าได้มีการทบทวนซ้ำเนื้อหาที่สำคัญและให้ คำแนะนำเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ	15.00	50.00	35.00
37	บันทึกว่าได้มีการประสานหน่วย HHC และส่งต่อข้อมูลของ ผู้ป่วยให้แก่หน่วย HHC แล้ว	0.00	0.00	100.00
38	กรณีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน มีการบันทึกสาเหตุการ จำหน่าย วันเวลาที่นัดครั้งต่อไป การส่งต่อ การปฏิบัติตน เฉพาะ โรค ยากลับบ้าน อุปกรณ์ที่ได้รับกลับบ้าน	21.62	54.05	24.32

ข้อ	รายการประเมิน	ครบ ถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ไม่ บันทึก
	กรณีผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่ มีการบันทึกว่าได้มีการอธิบาย เหตุผลให้เข้าใจและรายงานตามขั้นตอนที่กำหนด			
	กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม มีการบันทึกว่าได้มีการปฏิบัติการ ดูแลตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนด			
	กรณีผู้ป่วยสูญหายหรือหนีกลับมีการบันทึกว่าได้มีการ ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนด			
	กรณีส่งต่อการรักษาไปยังหน่วยงานอื่น หรือสถานพยาบาล อื่น มีการบันทึกว่าได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งต่อ ผู้ป่วย			
39	การลงลายมือชื่อผู้บันทึก	35.00	52.50	12.50

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ญ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแนวคำถามในการประชุม
ทีมพัฒนาคุณภาพและทีมปฏิบัติการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ สังกัด

อาจารย์ ดร.ทริยาพรรณ สุภามณี

อาจารย์ประจำ

ภาควิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์ ดร.อภิรดี นันทสุภวัฒน์

อาจารย์ประจำ

ภาควิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นางเยาวภา จันทร์มา

หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม

โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ประธานคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบัณฑิต

ทางการพยาบาล (Internal Audit Nursing)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล	นางสาววิทวดี สุวรรณศรวล
วัน เดือน ปี เกิด	16 มิถุนายน พ.ศ. 2511
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2533 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรุษชินราชพิษณุโลก
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ.2533-2538	ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและตาชาย โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ.2538-ธันวาคม 2556	ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
มกราคม 2557-ปัจจุบัน	ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
rights reserved