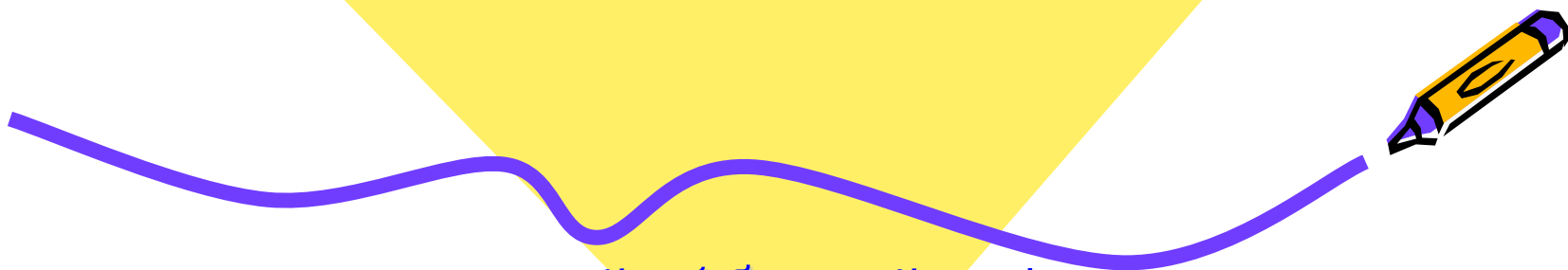


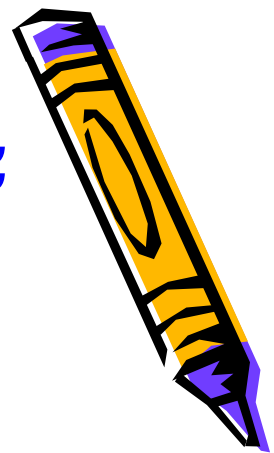
FOCUS CHARTING



ดร.จันท์เพ็ญ นิลวัชรมณี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)



- เป็นการบันทึกการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง



Focus charting



- เป็นการบันทึกทางการพยาบาลที่รวบรัด กระชับ ชัดเจน สะท้อนถึงกระบวนการพยาบาล สามารถบอกถึงภาวะของผู้ป่วย การพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสามารถใช้สื่อสารข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น





- Focus Charting ออกแบบสำหรับบันทึก Progress note ที่เน้นข้อมูลสำคัญที่เกิดกับผู้ป่วย ข้อมูลที่เป็นงาน routine ของพยาบาลที่มีในเอกสาร flow sheet อื่นๆ จะไม่นำมาบันทึกซ้ำ



การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

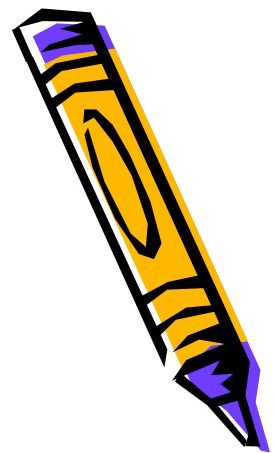


ประกอบด้วย (DAR)

- การบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย (DATA)
- การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย (Action)
- และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาลรวมทั้งผลการรักษา (Response)



การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)



- รูปแบบการบันทึกแบบ DAE (DATA Action Evaluation)
- หรือ AIE (Assessment Intervention Evaluation)
- หรือ PIE (Problem Intervention Evaluation)



การบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)



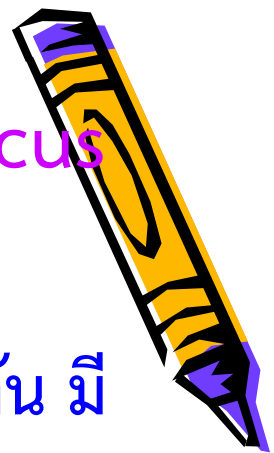
ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ส่วนที่เป็นประเด็นที่สำคัญ (Focus)

- เป็นการบันทึกข้อมูล ที่เป็นประเด็นสำคัญ หรือ ระบุ เหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษาโดยการบรรยายสภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน โดยพิจารณาจาก Patient concerns ข้อวินิจฉัย(Diagnosis) พฤติกรรม (Behaviors) การรักษา (Treatment/therapy) และ การตอบสนองของ ผู้ป่วย (Response)



ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ควรนำมากำหนดเป็น Focus



- การเปลี่ยนแปลงสถานะ/อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ หรือเป็น ตัวบอกเหตุ (trigger) เช่น หายใจลำบาก ชัก ไข้สูง ความดันโลหิต เพิ่มขึ้นหรือลดลง
- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสถานะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจากเดิม เช่น ไม่รับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง



ประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ควรนำมากำหนดเป็น Focus

- เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคน ที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่เป็นห่วงกังวลในขณะนั้น เช่น nausea chest pain วิตกกังวลต่อ hospital admission การ feed อาหาร หรือความรู้และทักษะการดูแลกดทับ
- เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการดูแลหรือการรักษาของผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่น discharge planning การ Refere การคลอด การให้เลือด เริ่มการรักษาด้วยออกซิเจน การเปลี่ยนอาหาร การสวนปัสสาวะ การผ่าตัด การให้ยา chemotherapy ผลการเปลี่ยนแปลงของสิ่งส่ง

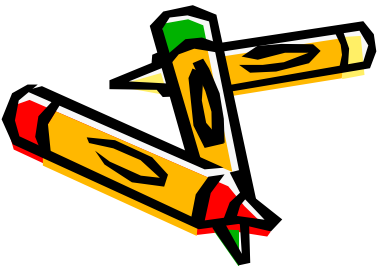
ตรวจ



การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)



2. ส่วนที่เป็นเนื้อหา หรือ Progress note ซึ่งส่วนนี้ ใช้ Format DAR (Data Action Response) หรือ DAE (Data Action Evaluation) AIE (Assessment Intervention Evaluation)



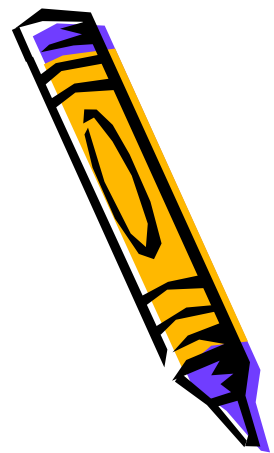
การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

DAR

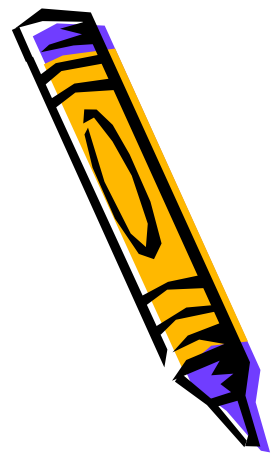
Data = สภาวะของผู้ป่วย

Action = การปฏิบัติการพยาบาล

Response = การตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาและ
การปฏิบัติการพยาบาล



การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)



DAE

Data = พฤติกรรมของผู้ป่วย สภาพของ ผู้ป่วย และการสังเกตของพยาบาลเป็นข้อมูลอัตนัย หรือข้อมูลปรนัย คือ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ และการตรวจสภาพร่างกาย

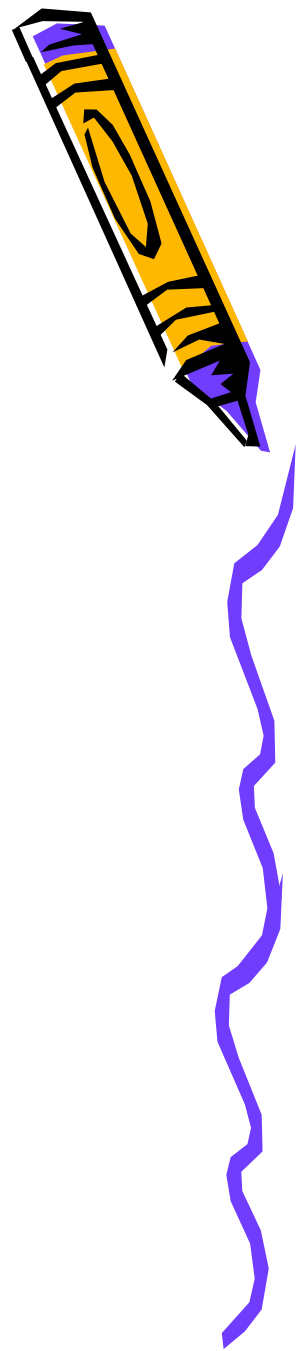
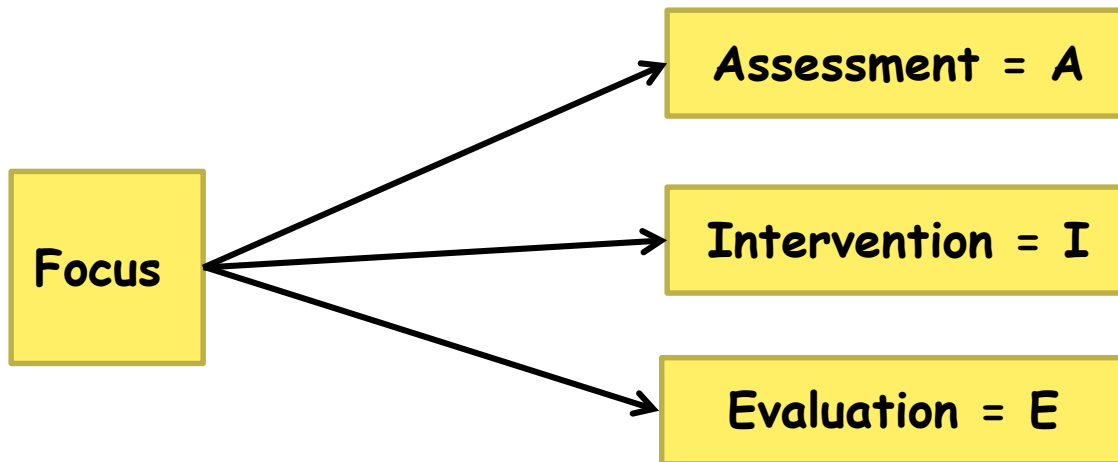
Action = แผนการพยาบาล และการ ปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

Evaluation = การประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล



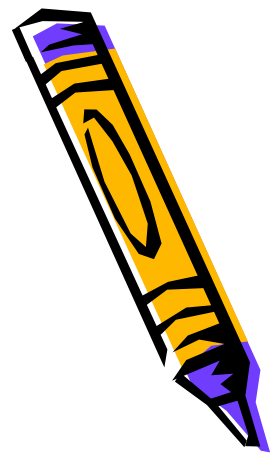
การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

AIE



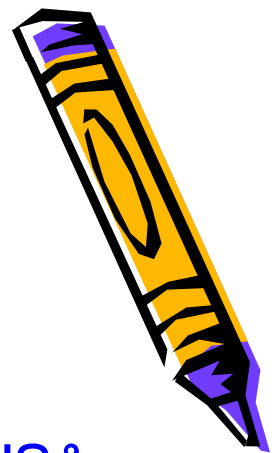
Assessment

- ข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่ช่วยสนับสนุนข้อความ Focus หรืออธิบายเหตุการณ์ที่สำคัญที่สังเกตเห็น
- Subjective data หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สอบถาม การบอกเล่าจากผู้ป่วยและญาติ หรือจากทีมสุขภาพอื่น
- Objective data หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย การสังเกตเห็น ข้อมูลการตรวจวินิจฉัย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ บันทึกทางการแพทย์



Intervention

- กิจกรรมที่ได้ทำให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ Focus ของผู้ป่วย เช่น การให้ยา รายงานแพทย์ สอน ฝึกระวัง อาการข้างเคียง เปลี่ยนท่านอน (การบันทึกในส่วนนี้สะท้อนขั้นตอนการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในกระบวนการพยาบาล)

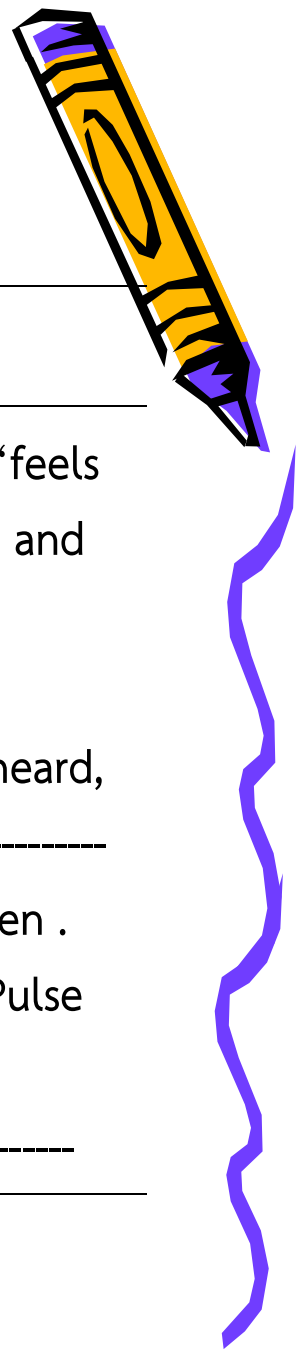


Evaluation

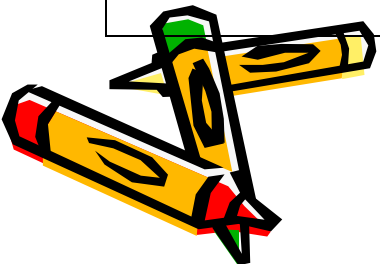
- ผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติ คือ การตอบสนองของผู้ป่วย (Individual's response) ที่มีต่อการดูแลรักษา หรือการปฏิบัติทางการแพทย์ เป็นกระบวนการตัดสินว่าขั้นตอนต่างๆในการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพียงใดผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อบรรลุประเด็นสำคัญ (Focus) หรือไม่



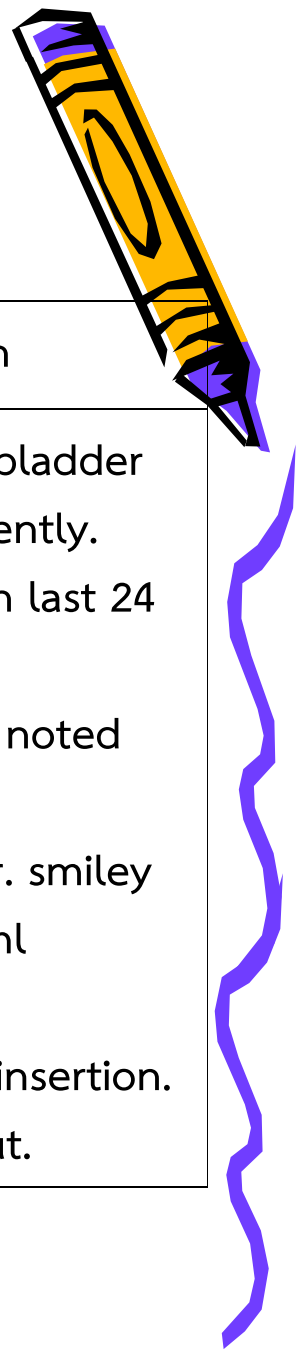
ตัวอย่างการบันทึก แบบ DAE



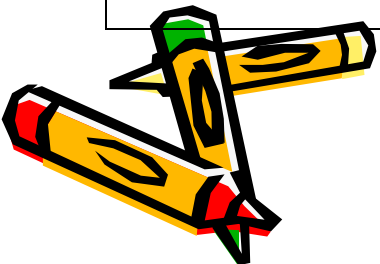
Date/Hour	Focus	D:Data	A:Action	E:Evaluation
August 16/2014 09.00น. 09.10น. 09.30น.	Pain	D: C/O pain in lower abdomen. States: “feels like a stabbing knife like pain that comes and goes.” Pain scale at 8. Diaphoretic .BP 150/100, pulse strong and bounding at 120bpm. Abdomen soft, bowel sounds heard, abdominal dressing dry and intact.----- A: IM analgesic given and reassurance given . E: States pain is now 3 . BP 120/80, Pulse 82, diaphoresis has subsided. Analgesic effective ,settled in bed.-----		



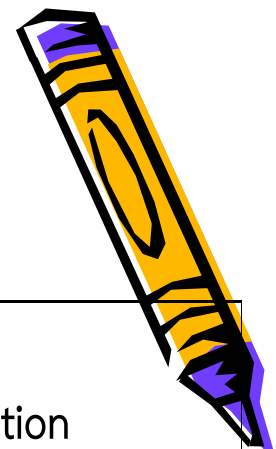
ตัวอย่างการบันทึก แบบ DAR



Date/Hour	Focus	D:Data	A:Action	E:Evaluation
<p>August 16/2014</p> <p>09.00น.</p> <p>09.10น.</p> <p>09.30น.</p>	<p>urinary retention</p>	<p>Data :Pt feels they are not emptying bladder despite the need to void more frequently. Urinary output significantly declined in last 24 hrs.last void 16 hrs ago.</p>	<p>Action: Palpated bladder , distension noted and pt unable to pass urine.</p> <p>: Foley inserted as ordered byDr. smiley to relieve urinary retention. 12 Fr 10 ml balloon to gravity.</p>	<p>Response:Pt indicated no pain during insertion. Draining clear yellow urine 1000 ml out.</p>



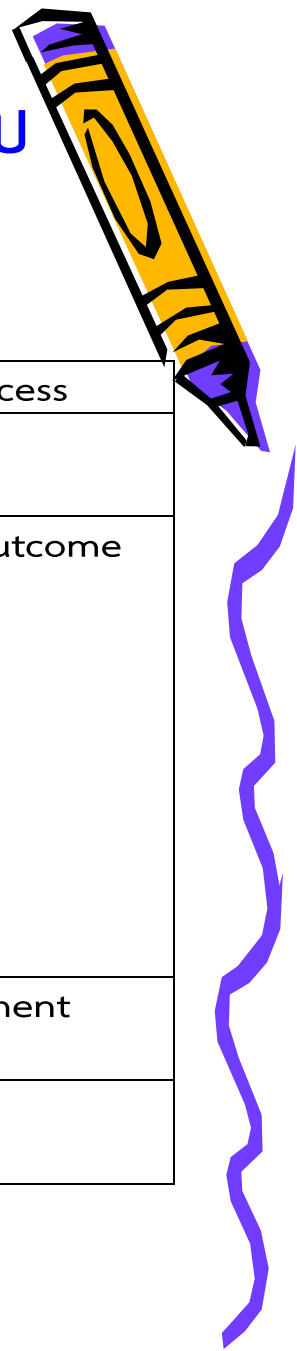
การบันทึกการพยาบาลแบบ AIE



DATE / SHIFT	TIME	FOCUS	PROGRESS NOTE A: Assessment I: Intervention E: Evaluation
7 ก.พ. 57 7-15 น.	7.05น.	มีโอกาสดีก ภาวะชัก	A : แรกรับ BP=174/108mmHg มีเท้าบวม Urine protein dipstick 1+ I : ให้ Absolute bed rest จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบปิดไฟ ประเมินอาการนำของภาวะชัก แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการที่ต้องแจ้งพยาบาลทันที ได้แก่ ปวดศีรษะตาพร่ามัวจุกแน่นลิ้นปี่ Record BP ทุก 15 นาที รายงาน พญ.กมลทราบ E : ผู้ป่วยรับทราบคำแนะนำบอกว่าไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ DTR3+ กนก RN.



สรุปความสัมพันธ์ของกระบวนการพยาบาล กับ การบันทึกด้วย Focus Charting



Focus Charting	ข้อมูลที่บันทึก	Nursing Process
A (Assessment)	เป็นการบันทึกข้อมูลที่ประเมินได้ อาจเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data)	Assessment
F (Focus)	<ul style="list-style-type: none"> -ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล -อาการหรืออาการแสดง -ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน -การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน -เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลเฉพาะ -ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยหรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ -การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล 	Diagnosis and Outcome identification
I (Intervention)	การปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้นหรือในอนาคตที่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาดหวัง	Plan and Implement
E (Evaluation)	การตอบสนองของผู้ป่วย / ผู้รับบริการต่อการดูแลรักษาหรือการปฏิบัติการพยาบาล	Evaluation



ปัญหาการนำ Focus Charting ไปใช้

- การระบุประเด็น Focus ไม่สมดุล มีเฉพาะด้านการรักษา และ อากาการทั่วไป เท่านั้น
- Assessment ไม่ชัดเจนทั้งด้าน Subjective และ Objective และไม่สะท้อนปัญหา Focus
- Intervention เป็นงาน Routine ที่มีข้อมูลในเอกสารส่วนอื่นแล้ว



ปัญหาการนำ Focus Charting ไปใช้

- Evaluation ไม่บันทึกหรือไม่ตรงประเด็น
- Goal ไม่ชัดเจน

การแก้ปัญหา ต้องฝึกและถามตัวเองว่าประเด็นที่บันทึก
สำคัญหรือไม่ และให้ใช้ผู้ป่วย เป็นแหล่งอ้างอิงความถูกต้อง



ข้อดีของ

การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

1. ลดความซ้ำซ้อน
2. ลดการใช้ระยะเวลาในการบันทึก
3. เพิ่มความชัดเจน
4. สามารถดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้
5. ให้เห็นความต่อเนื่องของข้อมูลผู้ป่วย



ข้อดีของ



การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

6. มีความยืดหยุ่นและเอื้อให้มีการบันทึกที่ไม่ต้องจำกัดของเขตของปัญหาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล (Care Plan) หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ด้วยการเปิดกว้างให้พยาบาลมีการจัดระบบความคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ

7. ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงานบริการพยาบาล

8. สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลที่เด่นชัด



ข้อดีของ



การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)

9. เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวบรวมระดับ

10. ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

11. ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่น ในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น

12. การมุ่งเน้นความสำคัญของการบันทึก กลับไปที่ตัวผู้ป่วยและสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ

