

Nursing Document in Cardiovascular Patient's

น.ท.หญิง วิไลลักษณ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา

APN.072

ประธานคณะกรรมการบันทึกทางการพยาบาล

กพย. รพ.ภูมิพลอดุลยเดช



Nursing Documentation

- หมายถึงข้อความที่แสดงถึง **Nursing activity** ทั้งหมด
ที่ได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการ และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

**“If you did not record it,
you did not do it.”**

ปัญหาที่พบตั้งแต่อดีต- ปัจจุบันของการบันทึกคือ

- 1.ไม่สามารถแสดงให้เห็นภาพที่ชัดเจนของ สภาวะผู้ป่วยหรือความต้องการของผู้ป่วย
- 2.ไม่สามารถสื่อสารให้สหสาขาเข้าใจได้ว่า พยาบาลทำอะไรให้กับผู้ป่วย
- 3.ไม่สามารถบอกถึงความรู้ เอกสิทธิ์ของวิชาชีพพยาบาล
- 4.บันทึกแค่เพียงให้เห็นว่าได้บันทึกแล้ว
5. ไม่เห็นความสำคัญของการบันทึก
- 6.ลายมือที่อ่านยากมาก

ความสำคัญของการบันทึกในมุมมองของคุณภาพ

1. ต้องสามารถสื่อสารได้
2. ต้องมองเห็นได้ว่าพยาบาลได้ทำอะไรให้กับผู้มารับบริการในแต่ละช่วงเวลา และมีความต่อเนื่อง
3. ต้องเห็นการประเมินซ้ำ(Reassessment)ในปัญหาสุขภาพของผู้มารับบริการภายหลังการให้การดูแลรักษาแล้ว
4. ต้องสามารถประเมินผลคุณภาพการดูแลรักษาผู้มารับบริการได้
5. ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงทางกฎหมายได้

ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

- เป็นเครื่องมือที่สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทหน้าที่และ
ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติ
กิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วย และคุณภาพการ
พยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

Potter & Perry, 2005

วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

1. ใช้เป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสาร (Communication) ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
2. สามารถประเมินศักยภาพของพยาบาล ในการคิดวิเคราะห์ห้อย่างเป็นระบบบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) โดยผ่านทางการใช้กระบวนการพยาบาล
3. เป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพในการให้บริการ (Quality assurance) ว่ามีความถูกต้อง เหมาะสมตามมาตรฐานการพยาบาล

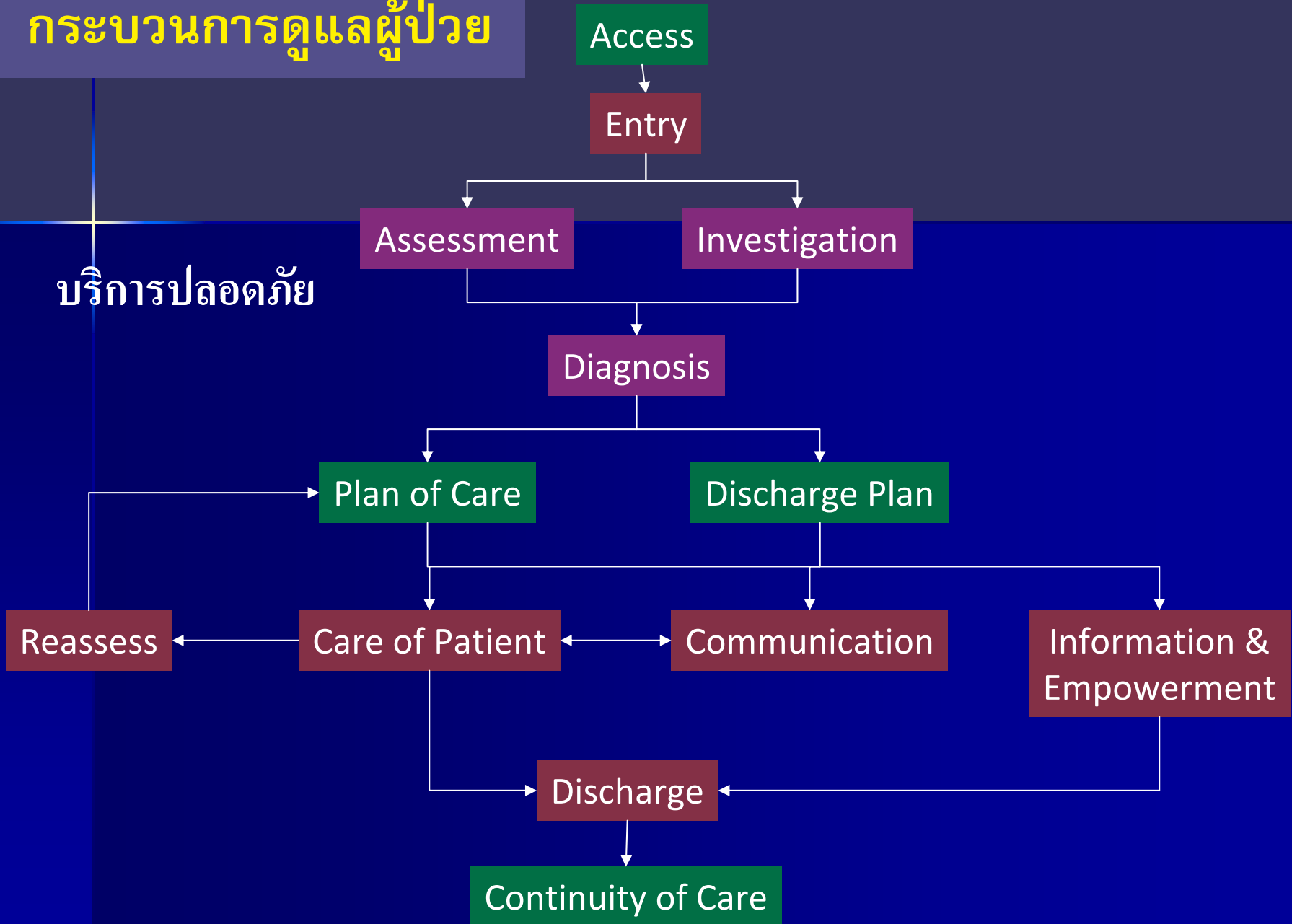
วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ต่อ)

4. เป็นเครื่องมือในการบริหาร เพื่อการวางแผนในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการ Audit chart
5. เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาและวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
6. ใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายคืนค่ารักษาพยาบาล (Reimbursement) จากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน
7. เป็นหลักฐานทางกฎหมาย (Legal documentation)

หัวใจสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์

**If it wasn't documented,
It wasn't done**

กระบวนการดูแลผู้ป่วย



บริการตลอดภัย

กรณีศึกษา

- ชายไทยอายุ 69 ปีมารพ.ด้วยเรื่องเจ็บแน่นหน้าอก~ 6 hr. PTA. Pain score 4/10
- Known case SVD S/P PCI at LAD เมื่อ ก.ค.53,ต.ค.53,Paroxysmol AF,Ischemic stroke (Lacunar infarction)
- แรกรับรู้สึกตัวดี BP 130/74 mmHg,PR=56,RR=20,T=36.5,o2sAT 100%
- Provisional Dx. : ① UA. R/O STENT STENOSIS
 - ② Paroxysmal AF
 - ③ Ischemic stroke

การรักษา

- ASA gr.V 1x1 pc.
- Plavix1x1 pc.
- Clexene 0.4 ml sc. q 24 hr.
- Captopril (25 mg)1 xq8 hr
- Zimmex(40) 1x1 hs
- Isordril(5)1 tab sc.prn for chest pain
- Senokot 2x1hs.
- Ranidine(150)1x2pc
- Admit ICCW ON TELEMETRY

Lab investigation

- Trop T. <0.03 ng/ml
 - Glucose 110 mg/dl
 - BUN=13,Cr=1.4,GFR=50.25
 - Na=139,K=4.0,Cl.108,CO2=23
 - CBC: WBC=7.30,Hct=32.2,Rbc3.59,
platelet 154x10
 - PT=13.5,INR=1.20,PTT=25.4,APTT RATIO =0.96
- EKG NSR , \bar{r} Q V1-V5,ST V1-V4, Invert V1-V6

การรักษาต่อที่Ward

- Zoloft 1x1
- Ativan (0.5 mg)1x1 hs
- LOS 3 day

NURSING DIAGNOSIS PATTERN



■ NANDA 13 PATTERN

NANDA NURSING DIAGNOSIS 13 PATTERN

- ◆ แบบแผนที่ 1. กิจกรรม / การพักผ่อน (Activity / Rest)
- ◆ แบบแผนที่ 2. การไหลเวียนโลหิต (Circulation)
- ◆ แบบแผนที่ 3 ความสมบูรณ์ของจิตใจ อารมณ์ (Ego integrity)
- ◆ แบบแผนที่ 4. การขับถ่าย (Elimination)
- ◆ แบบแผนที่ 5. อาหารและน้ำ (Food & fluid)

NANDA NURSING DIAGNOSIS 13 PATTERN

- ◆ แบบแผนที่ 6. สุขอนามัยส่วนบุคคล (Hygiene)
- ◆ แบบแผนที่ 7. การรับรู้และประสาทสัมผัส (Neurosensory)
- ◆ แบบแผนที่ 8 ความเจ็บปวด / ไม่สบาย (Pain/Discomfort)
- ◆ แบบแผนที่ 9. การหายใจ (Respiration)
- ◆ แบบแผนที่ 10. ความปลอดภัย (Safety)

NANDA NURSING DIAGNOSIS 13 PATTERN

- ◆ แบบแผนที่ 11 ออนามัยทางเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality)
- ◆ แบบแผนที่ 12 ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม(Social interaction)
- ◆ แบบแผนที่ 13 การเรียนรู้ (Teaching / Learning)

Nursing Diagnosis

- อาจเกิดการเจ็บหน้าอกซ้ำเนื่องจากหลอดเลือดหัวใจตีบ (P2)
- อาจเกิดภาวะท้องผูกเนื่องจากการจำกัดการเคลื่อนไหว (P4)
- อาจเกิดการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดข้อมูล (P13)
- พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อย (P 9)
- อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากการไหลเวียนไม่มีประสิทธิภาพ (P 10)
- ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้น้อยเนื่องจากเม็ดเลือดแดงต่ำ(P2)
- รับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากความอยากอาหารลดลง (P 5)

Nursing problem list

NDx. (P+E)	Obj. ลด/เพิ่ม	Plan (CMF)	Sig. ชื่อ ผู้บันทึก	Exp.Date วันสิ้นสุด ปัญหา
#1.				

การบันทึกทางการพยาบาล

A I E

A = Assessment (SD+OD)

I = Implementation

E = Evaluation

Nursing intervention (A I E)

1. Direct nursing care ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
2. Standard nursing
3. Real time
4. Reassessment
5. Evaluation

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบันทึกสัมฤทธิ์ผลได้

1. ความใส่ใจและเห็นความสำคัญของการบันทึกของพยาบาลทุกคน
2. ให้อใจ ให้อเวลา กับการบันทึก
3. ไม่ใช่ภาระ แต่เป็นตัวของพยาบาลวิชาชีพที่ใครก็ไม่สามารถทำแทนได้
4. การติดตามนิเทศที่แจ้งจันจาก พยาบาลพี่เลี้ยง หัวหน้าหอ ผู้ตรวจการพยาบาล
5. นโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหารระดับสูงทางการพยาบาล ในการที่จะไปสู้อัตลักษณ์แห่งวิชาชีพที่สหวิชาชีพยอมรับ

การรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

SBAR

S= SITUATION

B= BACKGROUND

A= ASSESSMENT

R= RECOMMENDATION

SBAR Report to a Physician

- Before calling the Physician
 1. Assess the patient
 2. Review the chart for the appropriate physician to call
 3. Know the admitting diagnosis
 4. Read the most recent physician and nursing notes
 5. Have the chart in hand and be ready to report
allergics, medications, IV fluids, lab and test results
 6. Every SBAR report is different. Focus on the problem. Be concise.

SBAR

S : Situation

1. State your name and unit
2. I am calling about : Patient name & Room number
3. The problem I am calling about is.....
4. If this is a serious problem say what the code status is

SBAR

B : Background

1. Brief state why the patient is in the hospital give a synopsis of the treatment to date
2. Give the V/S ,Oximetry, and how much oxygen is being given
3. Relate the complaint given by the patient and the pain level
4. Relate the physical assessment pertinent to the problem especially any change
5. Pay special attention to mental status ,skin temperature and emotional state of the patient

SBAR

A : Assessment

1. Give your **conclusion** about the present situation. Words like "might be" or "Could be"
2. If the situation is unclear at least try to indicate what **body system** might be involved
3. State how **severe the problem** seems to be
4. If appropriate, state the problem could be **life threatening**

SBAR

R : Recommendation

1. Say what you think would be helpful or need to be done, which might include
 - Medicine
 - Tests
 - X-Ray, CT
 - EKG
 - Transfer to critical care
 - Consult evaluation

S-BAR เทคนิคการสื่อสารแนวใหม่

คือ กระบวนการสื่อสารในการบริการสุขภาพ โดย
การเขียน การบอกเล่าด้วยวาจา ให้เกิดความ
ถูกต้องชัดเจนตรงประเด็น

วิธีการรายงาน SBAR

- **S: Situation** สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน
- **B: Background** ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์
- **A: Assessment** การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล
- **R: Recommendation** ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล เช่น ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากแพทย์โดยด่วน การเปลี่ยนแปลงคำสั่งการรักษา

สถานการณ์ตัวอย่าง ที่ 1

นาง ก พักรักษาตัวอยู่ในรพ. ด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย DX CHF with COPD สภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ On ET tube with respirator Bennett 7200 setting full support เป็นเวลา 2 วัน และวันที่ 3 เริ่ม weaning respirator ตั้งแต่เช้า ประมาณ 6.00 น ระหว่างหย่าเครื่องช่วงกลางวันผู้ป่วยหายใจดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย เวลาประมาณ 18.00 น พยาบาลเดินไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจแบบ Abdominal paradox เหงื่อแตกตัวเย็น

แนวทางการรายงานแพทย์แบบ SBAR

Situation: สวัสดิ์ค๊ะ คุณหมอม(กรณีนอกเวลาราชการ) พี่มุกค๊ะ ผู้ป่วยเตียง3 คุณยายเพื่อจดหายใจแบบ Abdominal paradox ดูเหนื่อยมาก

Background: ผู้ป่วยเป็น case CHF with COPD มาด้วยเรื่องหายใจหอบเหนื่อย On ET tube with Respirator setting full support วันนี้ เริ่ม weaning respirator เป็นวันแรก

Assessment: ผู้ป่วยหายใจแบบ Abdominal paradox มีกระสับสวะสายเหงื่อแตกตัวเย็น RR 30 ครั้งต่อนาที PR 110 ครั้งต่อนาที BP120/80 mmHg O2 sat 96%

Recommend: เกรงว่าคนไข้จะเกิดภาวะ Hypoxemia คุณหมอมมาดูคนไข้ด้วยนะคะ

สถานการณ์ กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี Dx : ESRD มาด้วยเรื่อง Lt
big toe gangrene good conscious
admit มาประมาณ 1 เดือน 13.30 น. ขณะนั่งรับประทาน
อาหารมือเที่ยงมีอาการสำลักอาหาร หายใจไม่ออก นิ่งไป ญาติ
กดออกด พนักงานช่วยการพยาบาลเข้าไปดูทันที แล้วโทรมาบอก
พยาบาลที่เคาน์เตอร์ว่าผู้ป่วยหายใจไม่ออก สำลักอาหาร

การรายงานแบบ SBAR

Situation : สวัสดีค่ะ คุณหมอมกร พี่ก๊วง ค่ะ case คุณแดงห้อง คนไข้สำลักอาหาร หายใจไม่ออก นิ่งไป เมื่อกี้ค่ะ

Background : ผู้ป่วยเป็น case ESRD มาด้วยเรื่อง Lt big toe gangrene ถัดมาจากฟอกไตวันนี้บ่ายโมง underlying DM,HT

Assessment : ผู้ป่วยหายใจไม่ออก ตัวเกร็ง หายใจครืดคราดในคอ หน้าเขียว O2 sat 60 % BP 160/80 mmHg PR 90/mins ใต้ mouth gag suction clear airway ได้ เป็นเศษอาหาร

Recommend : หลัง suction On Mask c bag 10 LPM ยังหายใจเหนื่อยมากซึมลง เกรงว่า ผู้ป่วยจะ arrest คุณหมอรีบมาด่วนเลยนะคะ

THANKS

for

Attentions