

แผนการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลรายบุคคล

1. ผู้นิเทศ:
2. วันที่วางแผนนิเทศ:
3. นิเทศเรื่อง: การบันทึกทางการพยาบาล
4. ผู้รับการนิเทศ: พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยเคมีบำบัดชาย อาคาร 16 ชั้น 4
5. นิเทศที่ : หอผู้ป่วยเคมีบำบัดชาย อาคาร 16 ชั้น 4
6. วัน - เวลา นิเทศ : ตามเอกสารแนบ
7. เหตุผลการนิเทศ

บันทึกทางการพยาบาลคือการเขียนข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยครอบคลุมทั้งการดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิด กับผู้ป่วย

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่แสดงถึงความเป็นอิสระ แห่งวิชาชีพ (professional autonomy) และเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการบันทึกเพื่อสื่อสารความหมายได้อย่างชัดเจน ตรงประเด็น ลดระยะเวลาในการบันทึก

• เพื่อสื่อสารให้พยาบาลและผู้ร่วมทีมที่ให้การดูแลผู้รับบริการ มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับบริการอย่างชัดเจน ครอบคลุมเหมือนกันซึ่งจะก่อให้เกิดการดูแลผู้รับบริการอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง

- เป็นเอกสารที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แนวทางในการให้การพยาบาล การค้นหาปัญหาของผู้รับบริการในโรคต่าง ๆ สำหรับผู้ที่เริ่มเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล
- เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลได้
- เป็นประโยชน์ในการค้นหาปัญหาผู้รับบริการและการปฏิบัติการพยาบาล
- เป็นหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

8. แนวทางการนิเทศ

- ตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล รายบุคคล
- ผู้นิเทศ ให้คำปรึกษา เสนอแนะเรื่องการบันทึก กรณีพบปัญหา
- ผู้รับการนิเทศ สะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้ Focus charting

การนิเทศตรวจสอบ

ความถูกต้อง (Correct)

- ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่สอดคล้องและสัมพันธ์กับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรคและสภาวะที่เป็นจริงของผู้รับบริการ
- ถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการพยาบาลและแบบฟอร์มที่กำหนด รายงานปัญหาถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน บันทึกกิจกรรมการพยาบาลถูกต้องและเหมาะสมกับ

ปัญหาและความต้องการ

- บันทึกผลลัพธ์ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหา กิจกรรมการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาล
- ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพที่เปลี่ยนแปลง
- บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย

ความครบถ้วน (Complete)

- มีความสมบูรณ์ครอบคลุมครบถ้วนและต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่อง
- ระบุปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ หรือสภาวะความเปลี่ยนแปลงครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ
- ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการครอบคลุมการพยาบาล 4 มิติ
- เขียนรายงานโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

ความชัดเจน (Clear)

- บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย
- บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่ายและใช้ตัวย่อสากล
- ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลต้องขีดฆ่าเห็นข้อความเดิม แล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง
- การลงชื่อต้องอ่านออก

ได้ใจความ (Concise)

- กะทัดรัด สั้น ได้ใจความ ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริง
- อ่านเข้าใจง่าย และต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล
- ชี้บ่งให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรมที่ใช้การนิเทศ (HOW)	เหตุผลของการใช้กิจกรรมนี้ (Why)	ตัวชี้วัด/พฤติกรรมที่ต้องการให้ เกิด	การประเมินผล
<p>1. เสริมสร้างความมั่นใจ ในการบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>2. สามารถบอกข้อบ่งชี้ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>3. เพื่อบุคลากรสามารถบันทึกได้ชัดเจน ตรงประเด็น</p> <p>4. เพื่อหลักฐานทางกฎหมาย</p>	<p>1. ตรวจสอบบันทึก การพยาบาลหลังการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2. ซักถามแนวความคิดในการบันทึกข้อมูล Focus charting</p> <p>3. การสนทนาแนะนำ ข้อปัญหาที่พบจากการตรวจสอบข้อมูลที่ต้องมี</p> <p>A (Assessment) : บันทึกข้อมูลที่ประเมินได้ อาจเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data)หรือข้อมูลปรนัย (Objective data)</p> <p>F (Focus) : ประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> -ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น <i>Skin integrity , coping activity tolerance , self care deficit</i> -อาการหรืออาการแสดง เช่น <i>ไข้, ความดันโลหิตสูง, อ่อนเพลียมาก</i> -ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน เช่น <i>คลื่นไส้, เจ็บหน้าอก, pre-op teaching</i> -การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน เช่น <i>Respiratory distress , seizure, lost of consciousness, discomfort</i> -เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลเฉพาะ เช่น <i>การจัดการด้านความปลอดภัยผู้ป่วย</i> การให้เลือด, การให้ยาเฉพาะ, ผลการเปลี่ยนแปลงของสิ่งส่งตรวจ -ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยหรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ความต้องการการวางแผนการจำหน่าย การปรึกษากายภาพบำบัด การปรึกษานักโภชนาการ การส่งต่อ -การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยรับประทานยาเอง - Focus โดยใช้ศัพท์ ทางการแพทย์ 	<p>1. การใช้ประสาทสัมผัสทางตา จุดประสงค์ที่จะหาข้อมูลซึ่งเป็นรายละเอียดของสิ่งนั้น ๆ</p> <p>2. การมีส่วนร่วมสะท้อนความคิด เพื่อผลักดันให้เกิดความเข้าใจที่เพิ่มขึ้น มีความคึกเคย ไร้วางใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดี</p> <p>3. การแสดงความสามารถ การสอน เสนอแนะ นำไปสู่การยอมรับ พัฒนาไปสู่ความน่าเชื่อถือ ศรัทธาต่อผู้นิเทศ</p> <p>4. ทฤษฎีแรงจูงใจตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow) มนุษย์มีความต้องการ ความปรารถนา และได้รับสิ่งที่มีความหมายต่อตนเอง ความต้องการ การยกย่อง (esteem needs) หรือ ความภาคภูมิใจ ในตนเอง เป็นความต้องการการได้รับการยกย่อง นับถือ และสถานะจากสังคม</p>	<p>1. ตรวจสอบการบันทึกพร้อมประเมินร่วมกับผู้ป่วย ผลการตรวจต่างๆ ที่ Focus และ A (Assessment) ได้ นำไปสู่การปฏิบัติพยาบาล และประเมินผล</p> <p>2. ความสนใจ การมีปฏิสัมพันธ์ ได้ตอบการตอบคำถาม ความสนใจ และรับฟังการนิเทศอย่างตั้งใจ</p> <p>3. ความสนใจและรับฟังสามารถ อธิบายสิ่งที่บันทึกได้</p> <p>4. การเสนอแนะเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน และถูกต้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกถูกต้องตามหลักการของโรงพยาบาลในการบันทึกแบบใช้ Focus charting - สามารถตอบข้อมูลที่บันทึกมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับอาการและอาการแสดง อย่างไร - การประเมินผลมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาหรือไม่ - บทบาทอิสระ - การลงชื่อ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา/กิจกรรมที่ใช้การนิเทศ (HOW)	เหตุผลของการใช้กิจกรรมนี้ (Why)	ตัวชี้วัด/พฤติกรรมที่ต้องการให้ เกิด	การประเมินผล
	<p>เช่น Infection ,Confusion, Edema, Wound Care , Transfer, Nausea / Vomiting</p> <p>I (Intervention) : การปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้นหรือในอนาคตที่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาดหวัง</p> <p>E (Evaluation) : การตอบสนองของผู้ป่วย /ผู้รับบริการต่อการดูแลรักษาหรือการปฏิบัติการพยาบาล</p>			

สรุปผลการนิเทศการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรายบุคคล หอผู้ป่วยเคมีบำบัดชาย อาคาร 16 ชั้น 4

วันที่นิเทศ	รายชื่อผู้รับการนิเทศ	การประเมินผล				
		อธิบายวัตถุประสงค์การนิเทศ	รายการปฏิบัติ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
		1. เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน 2. บุคลากรสามารถที่จะบันทึกได้ตรงประเด็น และเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ 3. บุคลากรต้องสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้ว่ามีความสำคัญและเป็นเรื่องทางกฎหมาย	การบันทึกที่ต้องพบในการบันทึกทางการแพทย์			
			1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน			
			2. การระบุประเด็นปัญหาสำคัญ /ความต้องการของผู้ป่วย (F: Focus) ระบุปัญหา specific clinical risk Goal , Outcome ต้องมี parameter ระบุวันเวลา			
			3 การประเมิน (A : Assessment) ต้องมีข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) ข้อมูลสนับสนุน สัมพันธ์กัน			
			3. การปฏิบัติการที่ให้แกผู้ป่วย (Intervention) ในขณะนั้นหรือในอนาคต Early detection เหมาะสม กิจกรรมพยาบาลด้านความปลอดภัย การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) บันทึก ด้านจิตใจ การให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะ (ถ้ามี)			
			4. การประเมินผลการปฏิบัติงาน (E : Evaluation) การระบุ เวลาการประเมินติดตาม การประเมินผล ตาม parameter ที่ระบุไว้ใน goal			
		5 การให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับความต้องการดูแลต่อเนื่อง				

สรุปผลการนิเทศ : การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลการนิเทศ : (...) ผ่าน (...) ไม่ผ่าน (...) ผ่านแบบมีเงื่อนไข.....

ผลการนิเทศ (นิเทศเพิ่มเติม) :

ผู้นิเทศ :ผู้รับการนิเทศ :