



คู่มือ

มาตรฐานผู้ป่วยใน

องค์การพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

พ.ศ. 2561

จัดทำโดย องค์การพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

มาตรฐานบริการพยาบาล QA IPD รพ. บ้านแพ้ว ปี 2561

สารบัญมาตรฐานบริการ QA IPD

ลำดับ	เรื่อง
1	มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการ
2	มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล
3	มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาล
4	มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล
5	มาตรฐานที่ 5 การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่อง
6	มาตรฐานที่ 6 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
7	มาตรฐานที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพ
8	มาตรฐานที่ 8 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ
9	มาตรฐานที่ 9 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ
10	มาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
11	มาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการพยาบาล

มาตรฐานที่ 1

การประเมินปัญหาและความต้องการ

พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และสื่อสารข้อมูลที่ประเมินได้ระหว่างทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ประกอบด้วย

- 1.การประเมินปัญหาในระยะแรกรับ
- 2.การประเมินในระยะการดูแลต่อเนื่อง
- 3.การประเมินในระยะจำหน่าย

1. การประเมินปัญหาในระยะแรกรับ

1.1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบื้องต้นตามกลุ่มอายุ อาการ/โรคทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วย

1.2 รวบรวมข้อมูลในการประเมินแรกรับเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและเพิ่มเติมให้ครบถ้วนหลังรับไว้ภายใน 24 ชั่วโมง (กรณีผู้ป่วยเด็กให้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรับภูมิคุ้มกัน พัฒนาการตามวัยและแบบแผนการเลี้ยงดู) และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้ในการวางแผนจำหน่าย

1.3 การวินิจฉัยความรุนแรงความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา

เป้าหมาย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินและตอบปัญหา ความต้องการ ทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยใน 100%

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการในระยะแรกรับทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยอย่างครบถ้วนถูกต้อง

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพความต้องการและปัญหภายใน 10 นาที หลังมาถึงหอผู้ป่วย 100%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแรกรับอย่างถูกต้องทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วย}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่รับใหม่ทั้งหมด}} \times 100$$

จำนวนผู้ป่วยที่รับใหม่ทั้งหมด

สื่อความเข้าใจให้ผู้เกี่ยวข้อง โดย

- ร่วมประชุมชี้แจงและระดมความคิดในการจัดทำแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานในวันประชุมของหน่วยงาน
- จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนอ่านและเซ็นรับทราบ
- ให้การปรึกษาและการสอนงานขณะปฏิบัติงาน

แนวทางปฏิบัติ

1. รับการประสานงาน Admitted ทางโทรศัพท์จาก OPD หรือ ER จัดเตรียมเตียง และอุปกรณ์ให้นอนตามสภาพประเภทของผู้ป่วย โดยจัดแบ่งเป็น 5 ประเภท ได้แก่
 - ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยหนักมาก (Need Intensive Care = IC) ระดับคะแนน 27 – 32
 - ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนัก (Critical III = CI) ระดับคะแนน 21-26
 - ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนักปานกลาง (Semicritical III - SI) ระดับคะแนน 15- 20
 - ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Moderate III = MI) ระดับคะแนน 9 - 14
 - ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยฟื้นฟู (Convalescence III - CI) ระดับคะแนนไม่เกิน 8

หมายเหตุ การจัดเตียงตามความเหมาะสมโดยเกณฑ์เพิ่มเติม ดังนี้

- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการดูแลใกล้ชิด ประคับประคองก่อนจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรี
- ผู้ป่วยติดเชื้อ MDR แยกจากผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ
- ปฏิบัติตามเกณฑ์การพิจารณาแยกผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในห้องแยกโรค
- ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น WBC < 1,000
- ผู้ป่วยติดเชื้ออวัยวะรุนแรง เช่น CRE, VRE
- ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เสี่ยงต่อการแพร่ไปสู่ผู้ป่วยอื่น เช่น วัณโรค, อีสุกอีใส, หัด, TB
- ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่รุนแรงต้องควบคุม เช่น ไข้หวัดนก, ซาร์, อหิวาตกโรค, กาฬโรค, ไข้กาฬหลังแอ่น, พิชญันขบ้า ฯลฯ

2. เมื่อพนักงานเปลเชิญผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย พร้อมใบเอกสาร Admitted รับผู้ป่วยลงเตียง พยาบาลประเมินสภาพความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา

- รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพและลงบันทึกในแบบบันทึกการประเมินสุขภาพแรกรับ และฟอร์มปรอทให้ครบถ้วนภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับใหม่

- ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุรา ให้ประเมิน alcohol withdrawal scale เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ withdrawal และวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

- ประเมินปัญหาความต้องการ แรกรับตามแบบบันทึกประเมินภาวะสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย/ญาติ OPD card, ใบส่งต่อการรักษา, ผลการตรวจต่างๆ อย่างน้อยต้องมีข้อมูลของอาการสำคัญ, ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน, ประวัติเจ็บป่วยในอดีต, การตรวจร่างกายตามระบบที่เกี่ยวข้อง ยาที่ใช้ในปัจจุบัน

-วินิจฉัยความรุนแรง ความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา โดยการประเมิน Early warning sign เพื่อรายงานแพทย์ และให้การพยาบาลทันทีเพื่อบรรเทาความรุนแรง

3. การประเมินในระยะแรกรับพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินปัญหาและความต้องการพยาบาลเบื้องต้นทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยใน (ภายในเวลา 5 นาที) บนพื้นฐานของสัมพันธภาพอันดี ตามกลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แนวทางการประเมินผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะ Hypoglycemia

- ประเมินระดับความรู้สึกตัว
- ชักประวัติ / อาการ / V/S
- DTX < 60 mg% หรือ FBS > 50 mg% รายงานแพทย์

แนวทางการประเมินผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะ Hypoglycemia

- ประเมินอาการผู้ป่วย (มีอาการ/อาการแสดง Hypoglycemia)
- ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนและหลังการให้อินซูลิน
- Monitor DTX, ระดับความรู้สึกตัวระหว่างได้รับอินซูลิน

2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตและหลอดเลือดสมอง

- ชักถามอาการร่วมกับตรวจ Neurological signs
- Vital signs
- ตรวจสอบและให้ยาตามคำสั่งการรักษา พร้อมให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาของทีมสหวิชาชีพ การออกฤทธิ์ของยา อาการผิปกติที่พึงสังเกตและแจ้งพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลทันที
- วัดความดันโลหิต ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาโดยการรับประทาน (ยาออกฤทธิ์ภายใน 20 นาทีและมีฤทธิ์สูงสุด 1-2 ชั่วโมง)
- ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ แขน-ขา ทั้ง 2 ข้าง เป็นระยะ
- ฟังเสียงหัวใจ ไม่พบ S3 gallop หรือ S1 และ S2
- สังเกตและดวงน้ำเข้า น้ำออก

3) ผู้ป่วยโรค COPD และ Asthma แนวทางการประเมิน ได้แก่

- observe respiration rate & clinical impending respiratory failure
- ฟัง lung → wheezing, stridor keep O2 saturation มากกว่าหรือเท่ากับ 92-95%(COPD)

- ถ้า detect ได้ให้รับรายงานและเตรียมใส่ ET-tube ควรให้ O2 keep O2 sat ประมาณ 92-95% เพราะถ้าให้ O2 มากไปจะกด respiratory center

4) ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก แนวทางการประเมินผู้ป่วย

- วัดสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง
- Record intake/output บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและปัสสาวะที่ออกมาทุก 8 ชั่วโมง
- เจาะ Hct, or CBC with plt เป็นระยะๆ
- Bleeding precaution

ผู้รับผิดชอบ

- แพทย์ออกคำสั่งในการรักษาและ Admitted ผู้ป่วย
- พยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหาและความต้องการพยาบาลของผู้ป่วย
- ผู้ช่วยเหลือพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ เตรียมเตียง, เครื่องผ้า, น้ำดื่ม , แนะนำสถานที่และกฎระเบียบต่างๆ และวัดสัญญาณชีพ

การติดตามประเมินผล

- การสังเกตขณะปฏิบัติงาน โดยหัวหน้างาน
- การตรวจสอบเวชระเบียนตามเกณฑ์ MRA (Nurse's note)
- การสุ่มสอบถามผู้รับบริการ

การปฏิบัติการ

- ร่วมประชุมชี้แจงและระดมความคิดในการจัดทำแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานในวันประชุมของหน่วยงาน
- จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนอ่านและเซ็นรับทราบ
- ให้การปรึกษาและสอนงานขณะปฏิบัติงาน

2. การประเมินในระยการดูแลต่อเนื่อง

เป้าหมาย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระยการดูแลต่อเนื่องอย่างถูกต้อง 100%

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเฝ้าระวังสังเกตอาการของกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ โรค/กลุ่มอาการ
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระยการดูแลต่อเนื่องอย่างถูกต้อง

ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระหว่างการดูแลต่อเนื่อง 100%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการระหว่างนอนรักษาอย่างถูกต้อง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยทั้งหมด}} \times 100$$

แนวทางปฏิบัติ

- 1) ให้การพยาบาลและเฝ้าระวังสังเกตอาการ อาการแสดงเป็นระยะ ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรค และกลุ่มอาการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น โรค DM ,HT ,COPD, DHF, STEMI ,SEPSIS ฯลฯ เพื่อประเมิน ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- 2) เฝ้าระวังสังเกตอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยการประเมิน Early warning signs ,pain score, Braden score และสื่อสารให้กับทีมอย่างครบถ้วน ถูกต้อง
- 3) ติดตามรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการตรวจ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ X-ray และ ผลการตรวจอื่นๆ เพื่อการวินิจฉัยปัญหาทั้งปัจจุบัน ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต
- 4) สื่อสารข้อมูลที่จำเป็นเร่งด่วน ตามแนวทางของโรงพยาบาล เช่น การรายงานค่าผล Lab วิกฤตต้องรายงาน ภายใน 30 นาที ให้กับแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์เวรโดยตรง เพื่อการตัดสินใจให้การช่วยเหลือหรือเตรียมการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เป็นต้น
- 5) ลงบันทึกการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย ในแบบบันทึกทางการพยาบาล(Nurse Note) ตามรูปแบบที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด
- 6) ติดตามรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการตรวจอื่นๆ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การถ่ายภาพรังสีหรือ การตรวจพิเศษให้พร้อม เพื่อการวินิจฉัยปัญหาทั้งปัจจุบัน ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

ผู้รับผิดชอบ

- พยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหาและความต้องการพยาบาลของผู้ป่วย

การติดตามและการประเมินผล

- 1) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทุกวัน
- 2) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่ม ตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูจากการบันทึก ในใบซักประวัติ อาการ และการให้การพยาบาล ทุกวัน
- 3) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสุ่มสอบถามผู้รับบริการ

การปฏิบัติการ

- 1) หัวหน้างานสื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านการประชุมของหน่วยงานทุกเดือนหรือตามภาวะเร่งด่วน
- 2) หัวหน้างานให้การปรึกษาและการสอนงานขณะปฏิบัติงาน
- 3) หัวหน้างานจัดคู่มือแนวทางการปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนอ่านและเซ็นรับทราบ
- 4) เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรจัดคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. การประเมินในระยะเวลาจำนำ

เป้าหมาย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนจำนำอย่างถูกต้อง 100%

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนจำนำอย่างถูกต้อง

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการของในระยะเวลาจำนำถูกต้อง 100%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการระยะเวลาจำนำอย่างถูกต้อง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่จำนำทั้งหมด}}$$

แนวทางปฏิบัติ

3.1 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนจำนำ เกี่ยวกับ

3.1.1. สภาพความพร้อมด้านร่างกาย

3.1.2. ความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล

3.1.3. ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือความต้องการ การส่งต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน

3.2 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการประเมินดังนี้

3.2.1. ประเมินการรับรู้เรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ ในเรื่อง การยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว

3.2.2. ประเมินความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมและสังคมเพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยอนุญาตและอำนวยความสะดวกในการประกอบพิธีทางศาสนาได้ เช่น การถวายสังฆทาน, เปิดเทปธรรมะหรือมนต์ พระสงฆ์เจริญพุทธมนต์

3.2.3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม/ให้ข้อมูลในสิ่งที่ต้องการทราบ

3.2.4. จัดให้ผู้ป่วยนอนพักในมุมที่สงบหรือเข้าห้องแยกเพื่อเป็นการส่วนตัวในช่วงวาระสุดท้าย

3.2.5. มีการวางแผนล่วงหน้าร่วมกับญาติเกี่ยวกับการตัดสินใจที่จะให้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพว่าต้องการหรือไม่ ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เช่น ชีพ หายใจเหนื่อยมากขึ้น ความดันโลหิตลดลง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติถึงอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ความหวังในการรักษา รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติให้สิทธิในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติในการเลือกวิธีการดูแลและให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในการปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพใน ใบบันทึก Nurse Note และ ใบยินยอมการรักษา โดยพยาบาลให้การดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแบบประคับประคองสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

3.2.6. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติสามารถพูดคุยได้ให้กำลังใจโดยนำหลักธรรมมาใช้ การลดความเจ็บป่วยโดยใช้การเจริญสติ ลมหายใจเข้า ลมหายใจออก, ในรายที่ขอการปฏิบัติธรรมให้ญาติเลือกในการเปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง

3.2.7. ให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และมีขอมาศพจากทีมสุขภาพและญาติ เมื่อเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

3.2.8. มีการติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่ญาติขอผู้ป่วยกลับบ้าน

ผู้รับผิดชอบ

- พยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหาและความต้องการพยาบาลของผู้ป่วย

การติดตามและการประเมินผล

- 1) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทุกวัน
- 2) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่ม ตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูจากการบันทึก ในใบซักประวัติ อาการ และการให้การพยาบาล ทุกวัน
- 3) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสุ่มสอบถามผู้รับบริการ

4. การสื่อสารข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินและผลการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาลและทีมสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายด้วยวาจาและเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร

เป้าหมาย ผู้ป่วยในระยะจำหน่ายได้รับการดูแลโดยทีมสาขาวิชาชีพอย่างเหมาะสม > 80 %

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในเวลาที่เหมาะสมภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วนเพียงพอ
- 2) เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันที่ทั้งที่ในภาวะฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยในได้รับการดูแลโดยทีมสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกองค์กรร้อยละ 80

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยทีมสาขาวิชาชีพอย่างเหมาะสม} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

แนวทางปฏิบัติ

- 1) สื่อสารข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินและผลการพยาบาลแก่ทีมพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานทั้งด้วยวาจาและเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร
- 2) รายงานข้อมูลที่เป็นเร่งด่วนไปยังผู้เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อการตัดสินใจช่วยเหลือ หรือเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาที่เหมาะสม
- 3) เขียนรายงานและบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินอย่างถูกต้อง เป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอย่างถูกต้องครบถ้วน เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนและการให้การพยาบาล
- 4) ใช้แบบฟอร์มการบันทึกผลการประเมินที่ได้มาตรฐาน และสามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนแม่นยำถูกต้องและง่ายต่อการแปลผล

ผู้รับผิดชอบ

- พยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหาและความต้องการพยาบาลของผู้ป่วย ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- ทีมสหวิชาชีพ ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามข้อตกลง และสื่อสารระหว่างกันด้วยวาจาและการบันทึก

การติดตามและการประเมินการประเมินผล

- 1) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทุกวัน
- 2) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่ม ตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูจากการบันทึกประเภทผู้ป่วยและแบบบันทึกทางการแพทย์ทุกวัน
- 3) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยใน

การปฏิบัติการ

- 1) หัวหน้างานสื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านการประชุมของหน่วยงาน ทุกเดือนหรือตามภาระเร่งด่วน
- 2) หัวหน้างานให้การปรึกษาและการสอนงานขณะปฏิบัติงาน
- 3) หัวหน้างานจัดทำคู่มือแนวทางการจำแนกผู้ป่วย และแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 4) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่มตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูจากการบันทึก ในใบซักประวัติ อาการ และการให้การพยาบาล ทุกวัน
- 5) หัวหน้างานจัดทำแนวทางเรื่องสิทธิผู้ป่วย
- 6) หัวหน้างานจัดทำคิปป้ายประชาสัมพันธ์สิทธิผู้ป่วยบริเวณทางเข้าหอผู้ป่วยใน

มาตรฐานที่ 2

การวินิจฉัยการพยาบาล

พยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลที่มีประมินได้เพื่อตัดสินใจ ระบุปัญหาและความต้องการการพยาบาลหรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครอบคลุมข้อกำหนดของมาตรฐาน ต่อไปนี้

1. การจำแนกความต้องการการพยาบาลตามระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย
2. การกำหนดปัญหาและความต้องการที่กำลังเกิดขึ้น เกิดขึ้นแล้ว และมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
3. การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับแผนการดำรงชีวิตประจำวัน การป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ

เป้าหมาย

- 1) ผู้ป่วยได้รับการจำแนกความต้องการการพยาบาลตามระบบการจำแนกผู้ป่วยอย่างถูกต้อง >80%
- 2) ผู้ป่วยได้รับการประเมิน กำหนดปัญหา ความต้องการ/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างครอบคลุมและเหมาะสม >90%

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและความต้องการได้ทันทีที่เข้ารับการรักษา
- 2) เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลบ่งชี้ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย
- 3) เพื่อสามารถวางแผนการพยาบาลครอบคลุมแบบองค์รวม

ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการจำแนกความต้องการการพยาบาลตามการจำแนกผู้ป่วยอย่างถูกต้อง > 80%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจำแนกประเภทอย่างถูกต้อง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

- 2) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้อง > 80%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

- 3) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหา ความต้องการครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ การเรียนรู้ > 80%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแรกอย่างถูกต้องทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วย} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่รับใหม่ทั้งหมด}}$$

การสื่อสาร

- 1) หัวหน้างานสื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านเวทีการประชุมของหน่วยงานทุกเดือนหรือตามภาวะเร่งด่วน
- 2) หัวหน้างานให้การปรึกษาและการสอนงานขณะปฏิบัติงาน
- 3) หัวหน้างานจัดทำคู่มือแนวทางการการจำแนกประเภทผู้ป่วย และจัดทำคู่มือแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

แนวทางการปฏิบัติ

การจำแนกประเภทผู้ป่วย ความหมาย

- การจัดกลุ่มผู้ป่วยบนพื้นฐานของการประมาณความต้องการการดูแลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Glovannettl, 1979)
- การจัดกลุ่มโดยอาศัยการประมาณความต้องการการดูแลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ตามการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Faggestrom, 2000)
- ระบบการจัดผู้ป่วยเป็นชั้น ระดับและกลุ่มต่างๆตามลักษณะการเจ็บป่วยความต้องการ การตอบสนองด้านต่างๆทั้งปริมาณและประเภทของการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ (Johnson Bigbes , Collins & Deed)
- การจัดกลุ่มผู้ป่วยในการดูแลของพยาบาลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการวางแผนการดูแล การจัดอัตรากำลัง และจัดการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม (สำนักการพยาบาล, 2547)

ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ประเมินสถานะความเจ็บป่วย

ประเมินผู้ป่วยตามสถานะความเจ็บป่วยโดยดูจากลักษณะของผู้ป่วยที่มีค่าสูงสุด อาจลงความเห็นได้หลายข้อ แต่ให้เลือกข้อที่ระดับความรุนแรงสูงสุดในการประเมินขณะนั้น ซึ่งการประเมินต้องให้ระดับคะแนนตัวบ่งชี้ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

- 1) สัญญาณชีพ
- 2) อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท
- 3) การได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด/หัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต
- 4) ปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์และจิตสังคมเช่น Electrolyte imbalance

จะได้ระดับความรุนแรงออกมาเป็นประเภท 1 หรือ 2 หรือ 3 หรือ 4 หรือ 5

5	4	3	2	1
หนักมาก	หนัก	หนักปานกลาง	เจ็บป่วยเล็กน้อย	ฟื้นฟู

การดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ

ประเมินคะแนนตามตัวบ่งชี้ ดังนี้

- 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 2) ความต้องการข้อมูล/การสอนการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ
- 3) ความต้องการยา/การรักษาหรือหัตถการ และการฟื้นฟูสภาพ
- 4) ความต้องการการบรรเทาอาการรบกวน

ทุกข้อมีคะแนน 1-4 ตามระดับความต้องการการดูแล นำคะแนนที่ได้มารวมกัน เทียบระดับความต้องการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วยควรได้รับตามค่าคะแนน ดังนี้

5 (คะแนน 27-32)	4 (คะแนน 21-26)	3 (คะแนน 15-20)	2 (คะแนน 9-14)	1 คะแนนไม่เกิน 8
ต้องการการดูแล สูงสุดตลอดเวลา	ต้องการได้รับการ ดูแลมาก	ต้องการได้รับการ ดูแลปานกลาง	ต้องการได้รับการ ดูแลเล็กน้อย	ต้องการการดูแล ฟื้นฟู

แบบรายงานการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน																		
องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน)																		
ระดับสถานะความเจ็บป่วย																		
						ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	
1. สัญญาณชีพ						ผิดปกติ แต่มีการเปลี่ยนแปลงคลอเวลา หรือรวดเร็วของT/ P/ R/ BP ต้องเฝ้าระวัง												
	4					ทุก 15 นาที- 1 ชั่วโมง												
	3					ผิดปกติ แต่ควบคุมได้/ปกติ แต่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ง่ายต้องเฝ้าระวังทุก 2-4 ชั่วโมง												
	2					ผิดปกติ แต่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ต้องเฝ้าระวังทุก 4-6 ชั่วโมง												
	1					คงที่ มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้น้อย ต้องเฝ้าระวัง 1-2ครั้ง/วัน												
2. อาการแสดงทางระบบประสาท																		
	(บันทึกCCS/ระดับการรู้คิด)																	
	4					มีการเปลี่ยนแปลงคลอเวลา ต้องเฝ้าระวังทุก1/2-1 ชั่วโมง												
	3					ผิดปกติแต่ควบคุมได้ และมีโอกาสเปลี่ยนแปลง ต้องเฝ้าระวังทุก 2-4 ชั่วโมง												
	2					ปกติ หรือคงที่ มีโอกาสเปลี่ยนแปลง ต้องเฝ้าระวังเฉพาะ 1 ครั้ง												
						1												
3. การได้รับการตรวจรักษาด้วยการแพทย์/คัดกรองต่อภาวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต						ก.มีหัตถการฉุกเฉินต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต เช่น CPR, Hemodialysis, Cut down emergency, ICU, SB tube, Blood exchange												
						ข.ผ่านคัดสมอง ปอด ตับ ไต หรืออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมงแรก, หลัง 24 ชั่วโมงแรก ที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้												
						ค.ผ่านคัดใหญ่ อวัยวะอื่นที่ไม่สามารถควบคุมอาการเปลี่ยนแปลงได้												
						ง.ใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตในระยะแรกที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด และมีการปรับการทำงานของอุปกรณ์ตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การใช้เครื่องช่วยหายใจ CPAP Wean O ₂ ระยะแรก												
						ก.มีหัตถการเร่งด่วน เช่น ICD, Hemodialysis ในรายการที่มีอาการคงที่,เจาะปอด, PD, เจาะท้องเพื่อ release, เจาะหลัง เด็กชัก หรือ Sepsis ในรายการที่ควบคุมอาการได้												
						ข.หลังผ่านคัดสมอง ปอด ตับ ไต หรืออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต 24 - 48 ชั่วโมง												
						ค.ผ่านคัดใหญ่ 24 ชั่วโมงแรกหรือผ่านคัด 48 ชั่วโมง												
						ง.ใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตในระยะคุมอาการได้ หรือปรับการทำงานของอุปกรณ์น้อยลง หรือเตรียมวางแผนปรับลดการใช้												
						ก.มีหัตถการต่ออวัยวะสำคัญแบบไม่ฉุกเฉิน เช่น เจาะปอด, LP สังเกต												
						ข.หลังผ่านคัดสมอง ปอด ตับ ไต หรืออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต 48-72 ชั่วโมง												
						ที่อาการคงที่ หรือหลังผ่านคัดใหญ่ที่ควบคุมอาการได้ 24-48 ชั่วโมงแรก												
						ค.ใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยชีวิต แต่ไม่ต้องปรับการทำงานของอุปกรณ์แต่เฝ้าระวัง เพื่อวางแผนปรับลดการใช้อุปกรณ์ เช่น O ₂ canular												
4. ปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์ และจิตสังคม						ก. พฤติกรรมผิดปกติรุนแรง ควบคุมไม่ได้/ มีโอกาสจะฆ่าตัวตาย / ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมมารับรู้ได้												
						ข. พฤติกรรมผิดปกติด้านการปรับตัวทางอารมณ์ และจิตสังคมที่รุนแรง เช่น ค่อด้านการรักษา: ค้าง ETTube ค้าง NG tube												
						ก. พฤติกรรมผิดปกติรุนแรง ควบคุมไม่ได้												
						ข. ซึมเศร้า ปรับตัวไม่ได้ ปฏิเสธการดูแลรักษา												
						ก. พฤติกรรมผิดปกติ แต่ควบคุมตนเองได้ เครียด วิตกกังวล												
						ก. ไม่มีปัญหาการปรับตัว												

แบบรายงานการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน												
องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน)												
ความต้องการการดูแล				ค			ช			บ		
				ค	ช	บ	ค	ช	บ	ค	ช	บ
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	4	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง 3 ใน 4 ข้อ									
			(อาหาร, เคลื่อนไหว, ความสะอาด และขับถ่าย)									
			3	ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองต้องทดแทนส่วนมากอย่างน้อย 2 ใน 4								
			2	สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องทดแทนบางส่วน								
			1	สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด								
2. ความต้องการข้อมูล	การสนทนาระหว่างผู้ป่วย/ญาติ	4	กลัวและวิตกกังวลสูงมาก/ ได้รับความกระทบกระเทือนใจรุนแรง /ต้องการข้อมูลที่ชัดเจน									
			3	/จะแจ้ง /ไม่ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ไม่เข้าใจแผนการรักษา / ไม่สนใจตนเอง								
			2	วิตกกังวลสูง ต้องการข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อการตัดสินใจ / การดูแลตนเอง								
			1	วิตกกังวลเล็กน้อย ต้องการข้อมูลเพื่อความสบายใจ / การดูแลตนเอง								
			0	ต้องการคำแนะนำทั่วไป เช่น กฎระเบียบ, การดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วย								
3. ความต้องการการรักษา/ หัตถการและการฟื้นฟู	การปฏิบัติ/ หัตถการและการฟื้นฟู	4	ก. ได้รับยาทางหลอดเลือดดำที่มีผลต่อภาวะที่สำคัญต่อการมีชีวิตและ/หรือต้องเฝ้าระวัง									
			อย่างใกล้ชิด/ มีอาการที่ต้องได้รับการบำบัดทันที มีบันทึกทุก 15 นาที - 1 ชั่วโมง									
			เช่น ยา HAD ให้เลือดผู้ป่วยที่เสียเลือด พบยาทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง									
			ข. ต้องการการปฏิบัติที่ใช้ทักษะเฉพาะ หัตถการที่ปฏิบัติบ่อยมาก เช่น ทำแผลขนาดใหญ่									
			แผลที่ซับซ้อน/ ดูแลเฉพาะทุก 15 นาที - 1 ชั่วโมง/ เจาะ Hct, DTX ทุก 1 ชั่วโมง									
			การ Dilate ม่านตา /Nasal packing									
			ค. ภายหลังได้รับหัตถการต่อภาวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต ต้องการเฝ้าระวังอย่าง									
			ใกล้ชิด เช่น เจาะตับ เจาะ ABG Double Photo / Photo รายที่ MB สูง หรือ									
			เพิ่ม > 5 mg% ต่อวัน									
			ก. ได้รับยาที่ต้องประเมิน / ช่วยเหลือ / เฝ้าระวังก่อนและหลังการให้ยา เช่น ยาปรับระดับ									
			น้ำตาล,BP, ชีพจร / ให้เลือดผู้ป่วยช็อค พบยาทุก 2-4 ชั่วโมง/ Stat order									
			ข. ต้องการการช่วยเหลือที่ใช้ทักษะเฉพาะที่ไม่ยุ่งยาก ต้องปฏิบัติบ่อย เช่น ทำแผลเล็ก									
			ที่มีจำนวนมาก/ เช็ดตา/ ดูแลเฉพาะ/ เจาะ Hct, DTX ทุก 2-4 ชั่วโมง/ Photo									
			รายที่ MB เพิ่ม < 5 mg% / On Incubator, Radian warmer									
			ค. หัตถการทั่วไป เช่น สวนปัสสาวะ อุจจาระ สวนล้างช่องคลอด ล้างกระเพาะอาหาร									
ใส่เฟือก Skin traction ครั้งแรก												
ง. ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ โดยบุคลากรอย่างใกล้ชิด												
2	ได้รับยาเพื่อการรักษา/ ควบคุมอาการทั่วไป ต้องเฝ้าระวังตามปกติหรือมีอุปกรณ์ที่											
ต้องการดูแลไม่ยุ่งยากซับซ้อน การทำ passive ,active exercise / เจาะ Hct, DTX ทุก 6-12 ชั่วโมง การให้ยาชนิดฉีด/ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ												
1	ได้รับยาที่ใช้รักษา/ ควบคุมอาการในลักษณะประจำ / ต้องกระตุ้นการดูแลตนเอง											
4. ความต้องการการบรรเทา	อาการบรรเทา	4	ทุกข์ทรมานจากอาการบรรเทารุนแรงควบคุมไม่ได้/ พักผ่อน /เกิดความเครียดมาก									
			3	ต้องเฝ้าระวัง อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง								
			2	มีอาการบรรเทาที่ควบคุมได้ ต้องการเฝ้าระวังทุก 2-4 ชั่วโมง								
			1	มีอาการบรรเทาที่ควบคุมได้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง								
			0	มีอาการบรรเทาที่ควบคุมได้ ต้องการเฝ้าระวังวันละ 1 ครั้ง หรือไม่มีอาการบรรเทาเลย								
รวมคะแนนทั้งหมด												
**สรุปประเภทผู้ป่วย												
ผู้ประเมิน												

**สรุปประเภทผู้ป่วย ให้สรุปจากผลรวมคะแนนสูงสุดที่ประเมินได้ในเวลานั้นๆ โดยจำแนกตามคะแนน ดังนี้

ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยหนักมาก (Need Intensive Care = IC) ระดับคะแนน 27 - 32 ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนัก (Critical Ill = CI) ระดับคะแนน 21-26

การประเมินผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ

การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมีข้อมูลมากมาย แหล่งข้อมูลมีหลายทาง เช่นจากผู้ป่วย ญาติ เพื่อนผู้ป่วย ผู้พบเห็นผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ การถามจากผู้ป่วยไม่ควรถามซ้ำกันหลายครั้ง เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย และไม่ไว้วางใจในการรักษาว่ามีความถูกต้องหรือไม่

ประวัติทางการแพทย์ (Medical History) เป็นการกล่าวถึงอาการและความก้าวหน้าของการเจ็บป่วย การรักษาบันทึกข้อมูลจะต้องบันทึกอย่างสั้นและสมบูรณ์ ต่างจากประวัติทางการแพทย์พยาบาล (Nursing History) ที่เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ ความเจ็บป่วย การจากบ้านมาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร, การดื่มน้ำ, การขับถ่าย, การนอนหลับ, การออกกำลังกาย ฯ ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าว อย่างไร ไม่ใช่ศัพท์เทคนิค นอกจากต้องการให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น ไม่ใช่คำตีความ เช่น ดี เลว ไม่เขียนทับศัพท์ เช่น ซึมเศร้า ต้องเขียนบันทึกเป็นคำพูด และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา

แนวทางปฏิบัติการเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล

การเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล Nursing Diagnosis ซึ่งต่างจากข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ Medical Diagnosis ซึ่งมีลักษณะเกี่ยวกับโรค เมแทบอลิซึม การเปลี่ยนแปลงทางเคมีและพยาธิสภาพ แต่ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลจะบอกถึงผลกระทบ (Response) ต่อแบบแผนสุขภาพ (Function Health Patterns)

การเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ให้เขียนปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและต้องการให้การพยาบาลทันที แต่ถ้าปัญหาที่มีโอกาสเกิด หรือปัญหาด้านอื่นๆที่ไม่รุนแรง มาเขียนวางแผนต่อไปในเวอร์อื่นได้ ถ้าในเวอร์รับใหม่ ประเมินได้ 1-2 ปัญหาขึ้นก็แสดงว่าปัญหาที่ประเมินนั้นต้องคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยอยู่แล้ว ผลการดูแลและการให้การพยาบาลตามแผนก็จะสะท้อนให้เห็นในการบันทึกใน Nursing Progress note อยู่แล้ว (การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลต้องเป็นปัจจุบันในแต่ละช่วงเวลาพบ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลจะบอกถึงผลกระทบ (Response) ต่อแบบแผนสุขภาพ (Function Health Patterns) ทำการประเมิน นำข้อมูลที่ประเมินได้ในระยะการดูแลต่อเนื่องมาแก้ไข หรือกำหนดปัญหา / ความต้องการใหม่เมื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น ป้องกันแผลกดทับ ป้องกันผู้ป่วยตกเตียง ป้องกันการเจ็บป่วยหรือภาวะ ที่ไม่ต้องการให้เกิดซ้ำ หรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นฯระบุปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งต่อไปในกรณีผู้ป่วย/ครอบครัวยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่อง

ผู้รับผิดชอบ

- พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้

การติดตามและการประเมินการประเมินผล

- 1) หัวหน้า/หัวหน้างาน สังเกตการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรในการจำแนกประเภทผู้ป่วยทุกวัน
- 2) หัวหน้า/หัวหน้าเวร สุ่มตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูจากการบันทึกประเภทผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาลทุกวัน (เวชระเบียนที่ได้รับการสุ่มไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลทุกเดือน)

การปฏิบัติการ

- 1) หัวหน้างาน สื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านการประชุมของหน่วยงานทุกเดือนหรือตามภาวะเร่งด่วน
- 2) หัวหน้างาน ให้การปรึกษาและการสอนงานขณะปฏิบัติงาน
- 3) หัวหน้างาน จัดทำคู่มือแนวทางการการจำแนกประเภทผู้ป่วย และจัดทำคู่มือแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

มาตรฐานที่ 3

การวางแผนการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวดเร็ว ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

เป้าหมาย

ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ >80%

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ขณะรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อย่างถูกต้อง > 80%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างถูกต้อง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดในเดือน}}$$

- 2) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ภายใน 6 ชั่วโมงระหว่างการรักษาโดยไม่ได้อาการ (Sudden Death / Cardiac Arrest) ,การใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาการการณ์ล่วงหน้า,ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นโดยกะทันหันในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือมี Underlying ภาวะช็อกมาก่อน, ภาวะ Shock หรือ Sepsis โดยไม่ได้รับการประเมินหรือคาดการณ์ล่วงหน้าตามเกณฑ์,อุบัติการณ์ที่เกิดจากกระบวนการการเฝ้าระวังของทีมการพยาบาลไม่ดีพอ เช่น พลัดตก หกล้ม , น้ำร้อนลวก ,แผลกดทับระดับ 2-4 , Phlebitis gr. 2 ขึ้นไป, CAUTI 10⁵ , ความเสี่ยงทางคลินิก ระดับ GH I

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ระหว่างนอนรักษาที่งานผู้ป่วยใน}}{\text{เนื่องจากการเฝ้าระวังไม่เพียงพอหรือไม่ได้อาการ} \times 100} \times 100$$

$$\text{จำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดในเดือน}$$

แนวทางการปฏิบัติ

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย รวดเร็ว ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่สามารถป้องกันได้ครอบคลุมข้อกำหนดของมาตรฐานต่อไปนี้

1. การกำหนดและจัดลำดับปัญหา

- 1.1. มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อแก้/บรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิตหรือจัดการกับอาการรบกวนความสบายของผู้ป่วยไว้เป็นลำดับแรก
- 1.2. เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา โดยให้ปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือกระทบต่อผู้ป่วยรุนแรงเป็นอันดับต้น ปัญหาที่มีโอกาสเกิดเป็นปัญหารองลงไป
- 1.3. กำหนดวัตถุประสงค์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- 1.4. กำหนดระยะเวลาที่จะสำเร็จเช่นกี่วัน กี่สัปดาห์
- 1.5. เลือกการพยาบาลให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และปัญหาที่พบ คือ กำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องหรือสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์และเป็นกิจกรรมที่เมื่อปฏิบัติแล้วสามารถทำให้วัตถุประสงค์นั้นบรรลุได้จริง

- 1.6. เปิดโอกาสให้ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย
2. สื่อสารแผนการพยาบาลในรูปแบบเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่ การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในบันทึกทางการพยาบาล สื่อสารแผนการพยาบาลทางวาจา ได้แก่ การรับส่งเวร
3. การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล
 - 3.1. ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะราย
 - 3.1.1. ให้การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะฉุกเฉิน
 - 3.1.2. ปฏิบัติตามมาตรการช่วยฟื้นคืนชีพ
 - 3.1.3. ให้การพยาบาลและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ
 - 3.2. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ เพื่อคงไว้ซึ่งความเพียงพอของการหายใจ การไหลเวียนโลหิต การขับถ่ายของเสียจากร่างกาย การได้รับสารอาหาร การรับรู้ระดับความรู้สึกตัว การสื่อสาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อน
 - 3.3. ติดตามเฝ้าระวังปัญหาเฉียบพลันอย่างใกล้ชิดตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ เพื่อคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและรายงานแพทย์ให้ทันเวลา
 - 3.4. ตรวจสอบและรับคำสั่งการรักษาอย่างรอบคอบและตัดสินใจดำเนินการ หรือจัดการให้การรักษานั้นเกิดผลดีต่อผู้ป่วยตามขอบเขตของวิชาชีพ
4. ปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง/ปัญหาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
5. บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ผู้รับผิดชอบ - พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้

การติดตามและการประเมินการประเมินผล

- 1) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทุกวัน
- 2) หัวหน้างาน และหัวหน้าเวร สุ่ม ตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูจากการบันทึก ในใบซักประวัติ อาการ และการให้การพยาบาล ทุกวัน
- 3) พยาบาลวิชาชีพ ทีม Audit Chart ติดตามการสุ่มตรวจ Chart ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลตามมาตรฐานเวชระเบียนและพยาบาลทุกคนในหน่วยงานมีการตรวจสอบการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลจาก Chart ที่สุ่มตรวจ

การปฏิบัติการ

- 1) หัวหน้างานสื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านเวทีการประชุมของหน่วยงานทุกเดือนหรือตามภาวะเร่งด่วน
- 2) หัวหน้างานให้การปรึกษาและการสอนงานขณะปฏิบัติงาน
- 3) หัวหน้างานจัดทำ/จัดหาคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการที่ต้องระวัง

มาตรฐานที่ 4

การปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิตในระยะเฉียบพลัน และสุขสบายจากภาวะ/อาการรบกวน
วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการตลอดเวลาที่นอนในโรงพยาบาล
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการรบกวนและมีความสุขสบาย
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ตัวชี้วัด

ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

- 1) ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐาน / ตามแนวทางที่กำหนด = 100 %

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติตามมาตรฐาน / ตามแนวทางที่กำหนด} \times 100}{\text{จำนวนบุคลากรทั้งหมด}}$$

- 2) ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลถูกต้อง = 100 %

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้ถูกต้อง} \times 100}{\text{จำนวนบุคลากรทั้งหมด}}$$

- 3) ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลได้รับการอบรมฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมฟื้นฟู CPR ขั้นพื้นฐาน} \times 100}{\text{จำนวนบุคลากรทั้งหมด}}$$

- 4) จำนวนยา/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ทางการแพทย์หมดอายุ = 0

ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล

- 1) จำนวนอุบัติการณ์การระงับตัวผู้ป่วยผิดคน = 0
- 2) จำนวนอุบัติการณ์การรักษาผิดคน/ผิดชนิด/ผิดตำแหน่ง = 0
- 3) จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา (Drug Administration Error) = 0
- 4) จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้เลือด และ/หรือ ส่วนประกอบของเลือด = 0
- 5) จำนวนอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม = 0
- 6) จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการจัดทำ / การผูกยึด การใช้อุปกรณ์และเครื่องมือ = 0
- 7) อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยระดับ 2-4 ที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ≤ 1 ครั้งต่อพันวันนอน

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง}}$$

8) อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ = 3.4 ต่อพันวันคาสายสวน

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน X 1000}}{\text{จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ}}$$

จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

9) อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Phlebitis) ≤ 1 ครั้งต่อพันวันนอน

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ X 1000}}{\text{จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ}}$$

จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

10) อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ = 0 %

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้คลอดที่ติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ X 100}}{\text{จำนวนผู้คลอดที่มีแผลฝีเย็บทั้งหมด}}$$

จำนวนผู้คลอดที่มีแผลฝีเย็บทั้งหมด

11) อัตราการติดเชื้อที่สายสะดือของเด็กแรกเกิดที่อายุต่ำกว่า 30 วัน = 0 %

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนเด็กแรกเกิดที่อายุต่ำกว่า 30 วันมีการติดเชื้อสายสะดือ X 100}}{\text{จำนวนเด็กแรกเกิดที่อายุต่ำกว่า 30 วันทั้งหมด}}$$

จำนวนเด็กแรกเกิดที่อายุต่ำกว่า 30 วันทั้งหมด

12) อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด (เกณฑ์ ตามแต่ละสาขา)

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อแผลสะอาด X 1000}}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด}}$$

จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด

13) จำนวนอุบัติเหตุการตายอย่างไม่คาดคิด = 0

14) อัตราการกลับเข้ารับการรักษารักษาภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ลดลงปีละ 10 %

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษารักษาภายใน 28 วัน X 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายในเดือนก่อนหน้าทั้งหมด}}$$

จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายในเดือนก่อนหน้าทั้งหมด

15) ร้อยละของผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง = 100 %

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง X 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยและครอบครัวทั้งหมด}}$$

จำนวนผู้ป่วยและครอบครัวทั้งหมด

16) ระยะเวลานอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ไม่เกินค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาล

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนวันนอนรวมใน 1 ปี}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในปีเดียวกัน}}$$

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในปีเดียวกัน

17) จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิ = 0

18) จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ = 0

19) ร้อยละของการแก้ไขและ/หรือตอบกลับข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ ≥ 85 %

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนข้อร้องเรียนที่ได้แก้ไขและ/หรือตอบกลับ X 100}}{\text{จำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด}}$$

จำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด

20) ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ/ครอบครัวต่อบริการพยาบาล $\geq 85\%$

$$\text{สูตร} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนความพึงพอใจ}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}} \times 100$$

ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม

21) ร้อยละของความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการพยาบาล $\geq 85\%$

$$\text{สูตร} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนความพึงพอใจ}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}} \times 100$$

ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม

22) ร้อยละของความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล $\leq 5\%$

$$\text{สูตร} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนความไม่พึงพอใจ}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}} \times 100$$

ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม

23) ร้อยละของความไม่พึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการพยาบาล $\leq 5\%$

$$\text{สูตร} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนความไม่พึงพอใจ}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}} \times 100$$

ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม

แนวทางการปฏิบัติ

1. การปฏิบัติการพยาบาลกรณีฉุกเฉิน/เฉียบพลันเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ดังนี้
 - ให้การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังสัญญาณชีพ อาการ และอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะฉุกเฉิน
 - ปฏิบัติตามมาตรฐานการช่วยฟื้นคืนชีพ แก้ไขภาวะวิกฤตฉุกเฉินในภาวะต่าง ๆ
 - ให้การพยาบาลและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ
 - ตรวจสอบและรับคำสั่งการรักษาอย่างรอบคอบและตัดสินใจดำเนินการ หรือ จัดการให้การรักษานั้น เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ตามขอบเขตของวิชาชีพ
 - รายงานหรือประสานงานกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้แผนการรักษาได้ปฏิบัติอย่างครบถ้วนในเวลาที่กำหนด
 - มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการทุกครั้ง
2. การปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันความเสี่ยง/การเกิดภาวะแทรกซ้อน/การเฝ้าระวังอาการไม่สุขสบายหรืออาการรบกวน
 - 2.1. การเกิดอุบัติเหตุ เช่น ตกเตียง สิ้นลม
 - จัดทำใบประเมินความเสี่ยงของ Hendricks Risk Model ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงในการประเมินทั้งหมด 8 ข้อ เมื่อพบคะแนน <4 แสดงว่ามีความเสี่ยงต่ำ คะแนน > 4 แสดงว่ามีความเสี่ยงสูง ต้องเฝ้าระวังในการดูแลผู้ป่วยและมีการคิดปಾಯที่หวั่นไหวของผู้ป่วยว่า เสี่ยงพลัดตกหกล้ม
 - ถ้า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และไม่มีญาติเฝ้า เจ้าหน้าที่จัดเตียงให้ผู้ป่วย นอนใน Zone ที่เจ้าหน้าที่พยาบาลมองเห็นได้ชัดเจนใกล้ Counter พยาบาลสามารถมองเห็นได้ 24 ชั่วโมงและยกไม้กั้นเตียงตลอดเวลา
 - เจ้าหน้าที่พยาบาลมีการ Round ผู้ป่วยหลังรับเวรและเมื่อ ผู้ป่วย มา Admit เพื่อประเมินสภาพ ถ้ามีความเสี่ยงสูง ต้องมีการ Round ผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง ทุกๆ 2 ชั่วโมง
 - ถ้าเป็น ผู้ป่วย ทั่วไปต้องมีการ Round ผู้ป่วย ทุก 4 ชั่วโมง และต้องมีการ Round ผู้ป่วยก่อนส่งเวร เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อส่งต่อไปให้เวรต่อไปได้รับทราบ
 - ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย
 - จัดทำปಾಯที่เห็นชัดเจนแขวนที่บริเวณหัวเตียงว่า ระวังผู้ป่วยตกเตียง ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง และมีรูปภาพการตกเตียง
 - 2.2. ความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลหรือหัตถการต่างๆ
 - 2.2.1. จัดทำวิธีปฏิบัติการทำหัตถการที่สำคัญของหน่วยงาน ได้แก่ การฉีดยา การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น
 - 2.2.2. มีการระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้การรักษาพยาบาล โดย
 - ถามชื่อผู้ป่วยก่อนให้บริการทุกครั้ง ให้ผู้รับบริการบอกชื่อตนเองก่อนให้บริการ
 - ถามชื่อ-สกุลก่อนเจาะเลือดและเขียนฉลาก ก่อนเจาะเลือดและสิ่งส่งตรวจอื่นๆต่อหน้าผู้ป่วย
 - ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วยทุกราย

- จัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีตัวบ่งชี้และเพื่อแยกแยะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด รวมทั้ง แนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือสับสนที่ไม่ใช่การชักถาม

2.3. การติดเชื้อในโรงพยาบาล

- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน โรงพยาบาล Targeted surveillance และการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ (Targeted surveillance) อัตราการติดเชื้อจากการสอดใส่อุปกรณ์

- อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการ คาสายสวนปัสสาวะ (1,000 วันคาสายสวน)

- อัตราการติดเชื้อบริเวณตำแหน่งที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและหลอดเลือดดำอักเสบ (1,000 วันการให้สารน้ำ)

2.4. การเกิดแผลกดทับ

- ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน Braden score เมื่อแรกรับ ถ้าคะแนน <16 แสดงว่า มีความเสี่ยงสูงต้องให้การดูแลตามแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- ให้ความรู้/สอนการพลิกตะแคงตัวแก่ญาติ เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย

- แขนวนาฬิกาให้ทำที่ หัวเตียงผู้ป่วยโดยให้ญาติพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยตามเวลาทุก 2 ชั่วโมง

- ใช้เตียงลมและอุปกรณ์ลดแรงกด เช่น หมอนที่นุ่มหนุนตามบริเวณที่อวัยวะกดลงกับพื้น

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารให้เพียงพอ

- มีการเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงตามป้ายนาฬิกาแจ้งเตือนและบันทึกตามแบบประเมินพลิกตะแคงตัวที่ติดไว้ปลายเตียงผู้ป่วย

- ประเมินแผลกดทับ ตามระดับความเสี่ยงและมีการบันทึกความก้าวหน้าการเกิดแผลกดทับ (แผลใหม่หรือแผลเก่าเป็นเพิ่มขึ้น) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ตามใบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

- Braden score ≥ 16 และอายุ > 60 ปี ประเมินทุกสัปดาห์

- Braden score < 16 ประเมินทุก 5 วัน

- Braden score < 10 ประเมินทุก 3 วัน

- มีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

- การส่งต่อ HHC

- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล

- มีการสรุปข้อมูลการเกิดแผลกดทับก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในแบบเฝ้าระวังและบันทึกข้อมูลการเกิดแผลกดทับ

- สรุปรายงานอุบัติการณ์ทุกเดือน

2.5. ความชอกช้ำของร่างกาย เนื้อเยื่อ หรืออวัยวะที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาลหรือการผูกมัดผู้ป่วย

- จัดเตรียมผ้าผูกยึดที่อ่อนนุ่ม แข็งแรง ขนาดเหมาะสมกับอวัยวะที่ผูกยึด

- ในการผูกยึดผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวไม่ให้ความร่วมมือต้องอธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบและเซ็นยินยอม ในใบยินยอมการรักษา

- จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการอยู่ในท่าที่ไม่ถูกต้อง

- ขณะผูกข้อมือและข้อเท้าผู้ป่วย ไม่ผูกรัดแน่นเกินไปและให้อวัยวะที่ผูกยึดสามารถเคลื่อนไหวได้บ้าง คลายผ้าผูกยึดทุก 2 ชั่วโมง

- ในรายที่ผูกยึดส่วนหน้าอกต้องสังเกตการหายใจของผู้ป่วยด้วย

2.6. ความพิการหรือการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะ เช่น Foot drop หรือกล้ามเนื้อลีบ

- มีการสอนญาติในการทำกายภาพบำบัด โดยนักกายภาพบำบัด

- จัดทำอุปกรณ์ได้แก่ หมอนข้างสำหรับดันสันเท้าของผู้ป่วย

2.7. การให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด

1. ขั้นตอนการขอเลือดและส่วนประกอบของเลือด

1.1 ตรวจสอบคำสั่งการรักษาและประวัติการให้เลือดและส่วนประกอบเลือด

1.2 สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย ตรวจสอบให้ตรงกับ ป้ายข้อมือ, สติกเกอร์ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย, สำหรับติด

Tube เลือดและแบบฟอร์มการขอผลิตภัณฑ์โลหิต

1.3 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเจาะเลือด, การให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด

1.4 เจาะเลือดโดยมีบุคลากรทีมการพยาบาลเป็นพยาน+ ลงลายมือชื่อ ผู้เจาะเลือด แพทย์ผู้ขอ ในแบบฟอร์ม

การขอโลหิต

1.5 ตรวจสอบสติกเกอร์ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยที่ติดตลอดเลือด กับใบจองเลือดซ้ำ, ลงบันทึกในสมุดส่ง LAB ไว้เป็นหลักฐานก่อนนำส่งธนาคารเลือด

1.6 บันทึกการเจาะเลือดเพื่อจองเลือด/ส่วนประกอบของเลือด ลงในบันทึกทางการพยาบาล

2. ขั้นตอนการรับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

2.1 กรอกรายชื่อข้อมูลการขอเบิกผลิตภัณฑ์โลหิต ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา

2.2 กรณีที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับเลือดฯ

- สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย ตรวจสอบให้ตรงกับ ป้ายข้อมือ, สติกเกอร์ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยที่ขงใส่ Capillary tube

2.3 เจาะเลือดปลายนิ้วของผู้ป่วยใส่ Capillary tube โดยมีบุคลากรทีมการพยาบาลเป็นพยาน

2.4 นำ Capillary tube พร้อมแบบฟอร์มการขอเช็กผลิตภัณฑ์โลหิต ติดต่อขอรับเลือดที่ธนาคารเลือด

3. ขั้นตอนการตรวจสอบเลือดและส่วนประกอบของเลือด

- พยาบาลตรวจสอบข้อมูล ก่อนนำเลือดให้ผู้ป่วยโดยตรวจสอบคำสั่งการรักษา

3.1 ตรวจสอบข้อมูลจาก 3 แห่ง: แบบตอบรับเลือด, ใบคลังเลือด, ป้ายติดถุงเลือด

3.2 ตรวจสอบความถูกต้องตรงกัน 7 อย่าง : ชื่อ, นามสกุล, HN, หมู่เลือด, Rh, Unit number, Expired date

3.3 พยาบาลผู้ตรวจสอบ/พยาบาลคนที่ 2 บันทึกข้อมูลพร้อมลงลายมือชื่อในใบ Check list

4. ขั้นตอนการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

4.1 ถ้าผู้ป่วยบอกหมู่เลือดไม่ตรงกับหมู่เลือดที่ได้จากธนาคารเลือด หรือมีการทักท้วงเกี่ยวกับการให้เลือดให้หยุดปฏิบัติการให้เลือดทันที

4.2 ดำเนินการให้เลือดตามหลักเทคนิค

5. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

5.1 บันทึกวัน เวลา ,ชนิดของเลือด, หมู่เลือด ,Rh,หมายเลขเลือด, ปริมาณเลือด,ชื่อผู้ให้ ลงในบันทึกทางการพยาบาลและ แบบบันทึกI/O(กรณี Record I/O)

5.2 ตรวจสอบสัญญาณ ทุก 15 นาที*2ครั้ง, ทุก 1 ชม.*1ครั้ง, ต่อไปทุก 4 ชม.

5.3 สังเกตปฏิกิริยาที่เกิดจากการให้เลือด, อัตราการไหล, ลักษณะบริเวณที่ให้เลือด และบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล

5.4 หยุดให้เลือดเมื่อพบอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือด

5.5 ตรวจสอบการจัดเก็บใบคลังเลือดและใบ Check list ก่อนให้เลือดพร้อมลงลายมือชื่อให้ครบถ้วนซึ่งถูกจัดเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

2.8. การให้ออกซิเจน และอื่นๆ

-อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้ออกซิเจน

-ล้างมือให้สะอาด

-เตรียมอุปกรณ์ไปยังเตียงผู้ป่วย

-จัดท่าผู้ป่วยให้นอนในท่าศีรษะสูง (Fowler's Position)

-ต่อสาย cannula กับท่อนำออกซิเจนที่มาจากเครื่องปรับอัตราไหลของแก๊สเปิดออกซิเจนไว้ 2-4 ลิตรต่อ

นาที หรือตามระบบการรักษาของแพทย์

- คล้องสาย cannula รอบศีรษะผู้ป่วย ให้เชิ่วทั้งสองอยู่ในรูจมูก อาจหล่อลื่นเชิ่วด้วยครีมหล่อลื่นที่ละลายน้ำได้ เช่น เควยเซลล์ และปรับสายให้พอเหมาะ ไม่แน่นหรือหย่อนเกินไป

- ปรับอัตราการไหลของออกซิเจนให้ได้ปริมาณที่ต้องการ

- ถอดสาย cannula เพื่อทำความสะอาดท่อและรูจมูกทุก 24 ชม. พร้อมทั้งหล่อลื่น

2.9. การให้ออกซิเจน (O2 mask)

-อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้ออกซิเจน

-ล้างมือให้สะอาด

-เตรียมอุปกรณ์ไปยังเตียงผู้ป่วย

-จัดท่าผู้ป่วยให้นอนในท่าศีรษะสูง (Fowler's Position)

-ต่อ mask กับเครื่องปรับอัตราการไหลของแก๊ส และเปิดออกซิเจนในอัตราในอัตราสูงก่อนคือ 10 -20 ลิตร/นาที

-ตรวจดู mask ที่ครอบปากและจมูกว่าสามารถครอบได้พอดีกับใบหน้าหรือไม่มีรอยรั่วที่ใด

-ตรวจดูความเข้มข้นของออกซิเจนด้วยเครื่องวัด และปรับอัตราการไหลของแก๊สให้พอเหมาะ

-ถอด mask ออก และใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าทุก 2-3 ชม. ในกรณีที่ให้ออกซิเจนติดต่อกันนานๆ

แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่สุขสบายหรืออาการรบกวน

- 1) ประเมินอาการไม่สุขสบายหรืออาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงอาการไม่สุขสบายหรืออาการรบกวนต่างๆ อธิบายถึงแนวทางการช่วยเหลือ และวิธีการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น
- 2) ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น การบรรเทาอาการปวด อาการหายใจไม่สะดวก อาการไอ คลื่นไส้ อาการนอนไม่หลับและอื่น ๆ เป็นต้น
- 3) ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่นๆ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- 4) พยาบาลหัวหน้าเวรปรึกษาแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาใน
- 5) กรณีที่อาการไม่สุขสบายไม่ทุเลาลง ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการความสุขสบายด้านร่างกาย และจิตใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในโรงพยาบาล เช่น การดูแลให้ได้รับน้ำ อาหาร และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม กรณีผู้ป่วยเด็กเปิดโอกาสให้บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีส่วนร่วมในการดูแลตอบสนองความต้องการของเด็ก เป็นต้น
- 6) มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการทุกครั้ง

ผู้รับผิดชอบ

- พยาบาลวิชาชีพวิชาชีพหัวหน้าเวร

การติดตามและการประเมินการประเมินผล

- 1) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล ทุกวัน
- 2) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่ม ตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูจากการบันทึกทางการพยาบาล ทุกวัน
- 3) พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบ งาน QA ติดตามการสุ่มตรวจ Chart ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลทุกเดือนและพยาบาลทุกคนในหน่วยงานมีการตรวจสอบการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล จาก Chart ที่สุ่มตรวจ

การปฏิบัติการ

- 1) หัวหน้างานสื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านเวทีการประชุมของหน่วยงานทุกเดือนหรือตามภาวะเร่งด่วน
- 2) หัวหน้างานให้การปรึกษาและการสอนงานขณะปฏิบัติงาน
- 3) หัวหน้างานจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

มาตรฐานที่ 5

การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย

พยาบาลวิชาชีพวางแผนจำหน่าย พื้นฟูสภาพ การสอนและฝึกทักษะส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง
ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนจำหน่ายครอบคลุมปัญหาและความต้องการ >80%

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณก่อนจำหน่าย
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับคำแนะนำก่อนการจำหน่ายและผ่านการประเมินความรู้ตามหลัก METHOD ทั้ง 6 ข้อ >90%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่สามารถผ่านการประเมินความรู้ตามหลัก METHOD X 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

- 2) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพและผ่านการประเมินทักษะที่จำเป็นก่อนการจำหน่าย >90%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินทักษะที่จำเป็นก่อนการจำหน่าย X 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด

- 3) ร้อยละผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง 100 %

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยและครอบครัวที่สามารถตอบคำถามและปฏิบัติหลังการสอนได้ถูกต้อง X 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่จำหน่ายทั้งหมด

- 4) ร้อยละของผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง (ตามเกณฑ์) >80%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง(ตามเกณฑ์) X 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่จำหน่ายทั้งหมด

- 5) อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วันโดยไม่ได้อาบน้ำสระหน้า (ด้วยสาเหตุการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง) <2%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน X 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายในเดือนก่อนหน้าทั้งหมด}}$$

จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายในเดือนก่อนหน้าทั้งหมด

แนวทางการปฏิบัติ

การดูแลต่อเนื่อง (*Continuing care*) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม บูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน เป็นการบริการที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจ สร้างทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดการเจ็บป่วยและพิการ สร้างคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าการดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อและ การบริการสุขภาพที่บ้าน

1) การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรใน ทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อม เพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน มีทีมสุขภาพร่วมกันฝึกให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดทักษะที่จะดูแลตนเองที่บ้าน สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยนำเอาทรัพยากรในบ้านและชุมชนมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต เพื่อให้อยู่อย่างปกติที่สุด

2) การส่งต่อ (Refer) เป็นกระบวนการส่งผู้ป่วยไปยังสถานที่ต่าง ๆ คือ สถานบริการใกล้บ้าน บ้าน สถานสงเคราะห์ และอื่น ๆ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรือตามความเหมาะสม เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อต้องการความร่วมมือและประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจะถูกเตรียมตั้งแต่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีการสื่อสารกันระหว่างโรงพยาบาล สถานบริการที่รับ ส่งต่อ บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้เกิดความพร้อมจริง

3) การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health care) การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นการให้การดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการรักษาที่ต่อเนื่อง สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้พิการ รวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย
- 2) ผู้ป่วยที่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านผู้พิการทุกประเภท ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายหลังได้รับการผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยที่ต้องคาท่อหลอดลมคอ คาสายยางให้อาหาร คาสายสวนปัสสาวะ

การวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่บูรณาการเพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนถึงกลับบ้านเพื่อสร้างงานบริการที่มีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจ สร้างทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้พึ่งตัวเองได้ ลดการเจ็บป่วยและความพิการ สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข การดูแลต่อเนื่องครอบคลุมการวางแผนการจำหน่ายและการส่งต่อและการบริการที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย
- 2) ผู้ป่วยที่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายหลังการผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยที่คาท่อหลอดลมที่คอ คาสายยางให้อาหาร คาสายสวนปัสสาวะการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพต่างๆ ดังนี้

แพทย์ ให้ข้อมูลการวินิจฉัยโรค ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา ความก้าวหน้าของโรค แจ้งหัตถการสำคัญ/การผ่าตัด (ถ้ามี)

- กรณี Refer ให้ข้อมูลเหตุผลการ Refer และ แผนการรักษา

- กรณีผู้ป่วยไม่สมัครใจรักษา ให้ข้อมูลเรื่องโรค แนวทางการรักษา ความก้าวหน้าของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวพิจารณา ถ้ายืนยันไม่สมัครใจ ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามไม่สมัครใจรักษาตามแนวทางการปฏิบัติกรณีไม่ยินยอมรับการรักษา(มาตรฐานนโยบายสิทธิผู้ป่วยของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว องค์การมหาชน)

- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ให้ข้อมูลญาติหรือครอบครัวถึงสาเหตุการเสียชีวิตและการรักษาที่ได้รับในการช่วยชีวิตผู้ป่วย

พยาบาล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่สำคัญหรือที่ผิดปกติที่ควรรีบแจ้งแพทย์ / พยาบาล การปฏิบัติตัว ข้อจำกัดหรือผลกระทบของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปรับวิธีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค

เภสัชกร ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยา การใช้ยา ผลข้างเคียงของยาและการสังเกตอาการผิดปกติจากการใช้ยาที่ควรรีบมาพบแพทย์

นักกายภาพบำบัด ตรวจประเมินร่างกาย และให้การบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วยวิธีกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพปกติ โดยใช้ความร้อน เสียง ไฟฟ้า การกด การดึง การนวด การบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟู ป้องกัน ปรับปรุง แก้ไขสมรรถภาพของร่างกายที่เสื่อมสภาพหรือพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พัฒนาการรับรู้และความรู้ความเข้าใจด้วยวิธีการทางกิจกรรมบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สอนและฝึกหัดกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนย้าย สุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การฟื้นฟูความสามารถทางกาย การปรับตัวเข้ากับสังคม

พยาบาลจิตเวช รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ประเมินภาวะสุขภาพทางจิต การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องและสัมพันธ์กับสภาพปัญหาของผู้ป่วย จัดสภาพแวดล้อมเพื่อบำบัด เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการรักษาร่วมกับ

ทีมสหวิชาชีพให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการจัดการปัญหาส่วนตัวต่างๆ ทำกลุ่มบำบัดต่างๆ รวมถึงสนทนาเชิงบำบัดเพื่อผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย

1. ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกรับ และระยะการดูแลต่อเนื่องและวินิจฉัยคาดการณ์ปัญหาสุขภาพที่อาจยังคงเหลืออยู่หลังจากจำหน่ายของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่
 - 1.1. ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค/ภาวะความเจ็บป่วย
 - 1.2. แนวทางการรักษาที่ได้รับ
 - 1.3. ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.4. สภาพร่างกาย จิตใจ และระดับความรุนแรงของโรค
2. ให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น
 - 2.1. การฝึกหายใจ การไอ
 - 2.2. จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและข้อ
 - 2.3. การฝึกทักษะในการอาบน้ำ / แต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดิน การทรงตัว
 - 2.4. การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ
 - 2.5. การฝึกการทำอาหารปั่นผสมและให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การสวนปัสสาวะ
 - 2.6. การฝึกทักษะการจัดการความเครียด
3. กำหนดแผนการสอน และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนกลับบ้าน (ใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D) เป็นแนวทางในการปฏิบัติ
4. กำหนดแนวทางการเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
5. เลือกใช้แผนการฟื้นฟูสภาพและแผนการสอนฝึกทักษะให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย / ผู้ดูแลหรือครอบครัวซักถามข้อสงสัยร่วมวางแผนและประเมินผลการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
7. ช่วยผู้ป่วย / ผู้ดูแลหรือครอบครัววางแผนเพื่อจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและการดูแลสุขภาพตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน
8. จัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และอุปกรณ์ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างปลอดภัย
9. ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวในการปรับตัวและจัดแบบแผนการดำเนินชีวิตระหว่างเจ็บป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
 - ส่งปรึกษาพยาบาลผู้ให้การศึกษา (Nurse Counselor) หรือรับบริการจิตบำบัด / ครอบครัวบำบัด ในกรณีที่จำเป็น
 - ประสานงานหรือประชุมปรึกษาร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมแก้ไขปัญหามองผู้ป่วย เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดหรือทีมงานดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย

เป้าหมาย

- 1) ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ เข้าใจอาการ การรักษาพยาบาลและการดำเนินของโรค
- 2) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการเผชิญความตาย
- 3) ผู้ป่วยวาระสุดท้ายได้รับการดูแลและตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการเผชิญความตาย
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายได้รับการดูแลและตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ได้รับการดูแลและตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 100%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ได้รับการดูแลและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์}}{\text{จำนวนผู้ป่วยวาระสุดท้ายทั้งหมด}} \times 100$$

- 2) ร้อยละความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวาระสุดท้ายต่อการบริการพยาบาล >85%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนความพึงพอใจ}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}} \times 100$$

แนวทางการปฏิบัติ

การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย

- 1) ประเมินความเข้าใจและการรับรู้-เกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล และการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องตามขอบเขตหน้าที่
- 3) ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และดูแลความสุขสบาย
- 4) ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย / ครอบครัวเพื่อวางแผนเผชิญกับความตาย ถ้าจำเป็นส่งปรึกษาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปรึกษา
- 5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย / ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก
- 6) อำนวยความสะดวกหากผู้ป่วยและครอบครัวต้องการประกอบพิธีทางศาสนา อนุญาตให้ญาติเฝ้า ย้ายเข้าห้องพิเศษในวาระสุดท้ายเพื่อให้ได้อยู่และได้รับการดูแลท่ามกลางญาติพี่น้องอย่างใกล้ชิด และเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรี
- 7) เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตดูแลความสะอาดร่างกาย และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสียชีวิต
- 8) อำนวยความสะดวกแก่ญาติ / ครอบครัวในการติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง

ผู้รับผิดชอบ

- พยาบาลวิชาชีพวิชาชีพหัวหน้าเวร

การติดตามและการประเมินการประเมินผล

- 1) หัวหน้างานและหัวหน้าเวรมีการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล ทุกวัน
- 2) หัวหน้างานและหัวหน้าเวรสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูจากการบันทึกทางการพยาบาล ทุกวัน
- 3) หัวหน้างานและหัวหน้าเวรสุ่มสอบถามกับผู้รับบริการ
- 4) พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบ งาน QA ติดตามการสุ่มตรวจ Chart ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลทุกเดือนและพยาบาลทุกคนในหน่วยงานมีการตรวจสอบการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล จาก Chart ที่สุ่มตรวจ

การปฏิบัติการ

- 1) หัวหน้างานสื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านเวทีการประชุมของหน่วยงานทุกเดือนหรือตามภาวะเร่งด่วน
- 2) หัวหน้างานให้การปรึกษาและการสอนงานขณะปฏิบัติงาน
- 3) หัวหน้างานจัดทำคู่มือแนวทางการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคที่สำคัญของหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มาตรฐานที่ 6

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพเพื่อประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะอย่างต่อเนื่องครอบคลุม ข้อกำหนดมาตรฐาน ต่อไปนี้

1. การประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. การวิเคราะห์ผลสำเร็จ/อุปสรรคนำมาปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย
3. การให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

เป้าหมาย

- 1) ผู้ป่วยได้รับการติดตามการเปลี่ยนแปลงเพื่อประเมินผลการพยาบาลตามมาตรฐานในเวลาที่เหมาะสม >80%

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหา / ความต้องการอย่างถูกต้องต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการเปลี่ยนแปลงเพื่อประเมินผลการพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม

ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการติดตามการเปลี่ยนแปลงเพื่อประเมินผลการพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม 100%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งการบันทึกการประเมินผลหลังการปฏิบัติการพยาบาล}}{\text{จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมด}} \times 100$$

จำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมด

แนวทางการปฏิบัติ

- 1) ประเมินหรือตรวจสอบข้อมูลการประเมินปฏิกิริยาตอบสนองภายหลังให้การพยาบาลทันทีหรือในเวลาที่กำหนดตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ
- 2) ใช้ข้อมูลจากการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ความเป็นไปได้ของเป้าหมายและความเหมาะสมของแผนการพยาบาลตลอดเวลา
- 3) ปรับปรุง/ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลโดยแสวงหากลวิธีใหม่ในการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- 4) ประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยทุกรายอย่างต่อเนื่อง
- 5) ประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยจำหน่ายทุกราย
- 6) วิเคราะห์ผลสำเร็จ หรือปัจจัยขัดข้องของการพยาบาล ในกรณีการพยาบาลไม่ก้าวหน้าขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล
- 7) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 8) บันทึกรายงานการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายเกี่ยวกับปัญหาหรือความต้องการ การพยาบาลและผลของการพยาบาล ให้ครบถ้วน สมบูรณ์ตามลำดับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลาในแบบบันทึกรายงานการพยาบาล

ผู้รับผิดชอบ

- หัวหน้าและรองหัวหน้าหอผู้ป่วยใน, พยาบาลวิชาชีพวิชาชีพหัวหน้าเวร

การติดตามและการประเมินการประเมินผล

- 1) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล ทุกวัน
- 2) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่ม ตรวจสอบเวชระเบียน โดยดูจากการการบันทึก ในใบซักประวัติ อาการ และการบันทึกทางการพยาบาล ทุกวัน
- 3) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่ม สอบถามกับผู้รับบริการ
- 4) พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบ งาน QA ติดตามการสุ่มตรวจ Chart ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลทุกเดือนและพยาบาลทุกคนในหน่วยงานมีการตรวจสอบการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล จาก Chart ที่สุ่มตรวจ

การปฏิบัติการ

- 1) หัวหน้างานสื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านเวทีการประชุมของหน่วยงานทุกเดือนหรือตามภาวะเร่งด่วน
- 2) หัวหน้างานให้การปรึกษาและการสอนงานขณะปฏิบัติงาน
- 3) หัวหน้างานจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

มาตรฐานที่ 7

การสร้างเสริมสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วย สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ครอบคลุมของกำหนดมาตรฐานต่อไปนี้

1. การจัดแผน/โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับการบริการพยาบาลผู้ป่วยในและบริการด้านสุขภาพทางเลือกที่เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย
 2. การจัดสิ่งแวดล้อมและสถานที่ของการบริการพยาบาลผู้ป่วยในให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 3. การประเมินผลตามแผน/โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน
- เป้าหมาย ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแผนการสร้างเสริมสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพทางเลือก

ตัวชี้วัด

- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ > 80

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการสร้างเสริมสุขภาพสอดคล้องกับปัญหา} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด}}$$

แนวทางปฏิบัติ

1. ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกเริ่มและต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยความต้องการการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ค้นหาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว
3. กำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมผสมผสานแผนเข้ากับแผนการพยาบาลและแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่การสอนการดูแลตนเอง (Self-care) การดูแลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์
4. ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจและสังคมของผู้ป่วยแต่ละรายให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการดังนี้
 - 4.1. จัดกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในแต่ละราย เช่น การบริหารกล้ามเนื้อและขอ การฝึกการหายใจ การไอ โดยนักกายภาพบำบัด เป็นต้น
 - 4.2. การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่นการอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย
 - 4.3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย โดยไม่ขัดต่อภาวะความเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยกิจกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสวนมนต์ให้พระก่อนนอน จัดห้องพักญาติ
 - 4.4. กรณีผู้ป่วยเด็ก จัดกิจกรรมสร้างเสริมพัฒนาการตามวัย โดยไม่ขัดต่อภาวะเจ็บป่วย
5. จัดสิ่งแวดล้อมและสถานที่ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น จัดสถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือ สำหรับออกกำลังกาย มุมหนังสือ มุมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

6. ประชาสัมพันธ์การสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งสอนสุขศึกษาจัดบอร์ดความรู้และข่าวสารด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)
7. ให้บริการสุขภาพทางเลือก เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริการแพทย์แผนไทย นวดแผนไทย และ การบริการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้แก่บริการและการดูแลสุขภาพที่ใช้ความรู้ที่มีการสืบทอดกันภายในครอบครัวหรือชุมชนโดยหมอพื้นบ้าน หมอนวดพื้นบ้านและมีการใช้ยาสมุนไพร เช่น มะแว้ง เพชรสังฆาต
8. สรุปประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพ
9. บันทึกผลการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบ

- พยาบาลวิชาชีพ

การติดตามและการประเมินผล

- 1) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาล ทุกวัน
- 2) หัวหน้างาน และหัวหน้าเวร สุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการทั้งงานผู้ป่วยใน
- 3) หัวหน้างานและหัวหน้าเวรสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูจากการการบันทึก ในใบซักประวัติ อาการ และการบันทึกทางการพยาบาล ทุกวัน
- 4) พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบ งาน QA ติดตามการสุ่มตรวจ Chart ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลทุกเดือนและพยาบาลทุกคนในหน่วยงานมีการตรวจสอบการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล จาก Chart ที่สุ่มตรวจ

การปฏิบัติการ

- 1) หัวหน้างานสื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านเวทีการประชุมของหน่วยงานทุกเดือนหรือตามภาวะเร่งด่วน
- 2) หัวหน้างานจัดทำแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงาน

มาตรฐานที่ 8

การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลคุ้มครองภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายและการกลับเป็นซ้ำของโรค

เป้าหมาย

ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ป้องกันการเกิดอันตราย และการกลับเป็นซ้ำของโรค $\geq 80\%$

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยง/อุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
ตัวชี้วัด

- 1) จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน = 0
- 2) จำนวนอุบัติการณ์ การรักษาผิดคน = 0
- 3) จำนวนอุบัติการณ์ ความผิดพลาดในการบริหารยา(Drug Administration Error) = 0
- 4) จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบของเลือด = 0
- 5) จำนวนอุบัติการณ์ การพลัดตกหกล้ม = 0
- 6) อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล < 5 ต่อพันวันนอน

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง}}$$

- 7) อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ < 10 ต่อพันวันนอน

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสาย} \times 1000}{\text{จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ}}$$

- 8) อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ < 0.5 ต่อพันวันนอน

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ} \times 1000}{\text{จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ}}$$

- 10) จำนวนอุบัติการณ์การตายอย่างไม่คาดคิด = 0

แนวทางการปฏิบัติ

1. การจัดระบบงานเพื่อป้องกันเสี่ยง/อุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
 - 1.1. ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกเริ่มและเนื่องในการวินิจฉัยความต้องการการคุ้มครองภาวะสุขภาพจากอันตรายทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ
 - 1.2. กำหนดแผนการคุ้มครองภาวะสุขภาพจากอันตรายด้านร่างกายและจิตใจ โดยผสมผสานเข้ากับแผนการพยาบาลและแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - 1.3. ปฏิบัติและกำกับดูแลให้สมาชิกในทีมการพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ดังนี้
 - 1.3.1. การตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล
 - 1.3.2. การป้องกันการติดเชื้อ
 - 1.3.3. การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
 - 1.3.4. การเกิดแผลกดทับและ/หรือความพิการที่สามารถป้องกันได้
 - 1.3.5. การป้องกันอันตรายจากการตรวจ/หัตถการ/เครื่องมือพิเศษ/ยา/สารเคมี
 - 1.4. ติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์วิเคราะห์ สาเหตุ และปรับปรุงแผนการคุ้มครองอันตรายด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง
 - 1.5. บันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรายงานอุบัติการณ์และรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ
 - 1.6. ประเมิน สรุป และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลคุ้มครองภาวะสุขภาพ
2. การจัดสภาพแวดล้อมของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในให้เหมาะสม และปลอดภัย
3. การจัดเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ที่ดี
 - 3.1. มีการจัดเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้สำหรับการตรวจรักษาได้แก่ เครื่องมือช่วยชีวิต เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ รถฉุกเฉิน เป็นต้น
 - 3.2. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยบริการให้มีความสะอาด ปลอดภัยและเพียงพอต่อการใช้งาน ได้แก่ เขียงน้ำแก้วน้ำ แก้วน้ำ เป็นต้น
 - 3.3. มีการเตรียมเสื้อผ้า เครื่องแต่งกายที่สะอาด ให้ผลัดเปลี่ยนทุกวันในเวรตึกและเวรบ่าย หรือเมื่อจำเป็น
 - 3.4. เปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ให้ผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อเขาพักเป็นระยะๆ หรือเมื่อสกปรก

ผู้รับผิดชอบ

- หัวหน้าหอผู้ป่วย
- พยาบาลวิชาชีพ

การติดตามและการประเมินผล

- 1) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกวัน
- 2) พยาบาลผู้รับผิดชอบการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการมีการประเมิน ปีละ 2 ครั้ง

- 3) หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการที่งานผู้ป่วยใน
- 4) หัวหน้างานตรวจสอบข้อมูลจากอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกวัน
- 5) หัวหน้างานตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือช่วยชีวิตทุกวัน

การปฏิบัติการ

- 1) หัวหน้างานสื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านเวทีการประชุมของหน่วยงานทุกเดือนหรือตามภาวะเร่งด่วน
- 2) หัวหน้างานให้การปรึกษาและการสอนงานขณะปฏิบัติงาน
- 3) หัวหน้างานจัดทำคู่มือแนวทางในการระบุตัวผู้ป่วย แนวทางการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต

ภาคผนวก

แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันความเสี่ยง/อุบัติเหตุ/ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

1.การตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล

2.ระเบียบปฏิบัติเรื่อง การระบุตัวผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับทุกหน่วยบริการทางคลินิกในการระบุตัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

2) เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำหัตถการแก่ผู้ป่วยผิดคน

แนวทางปฏิบัติ

1) ข้อบ่งชี้ในการระบุตัวบุคคล

a. เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยในทุกคนต้องมีการระบุตัวบุคคลผู้รับบริการอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้รับบริการที่ต้องได้รับการระบุตัว คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการทางการแพทย์ทุกประเภท ทั้งในและนอกเวลาราชการเช่น ตรวจรักษา , ทำหัตถการ , รับไว้ในนอนโรงพยาบาล , เข้าคลินิกพิเศษ , ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ , รับยา , เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เป็นต้น

แนวทางปฏิบัติ

1) ในการทำประวัติครั้งแรก ให้ขอบัตรประชาชนและเลขบัตรไว้ที่เวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2) กรณีผู้ป่วยนอกทุกคลินิกให้ตรวจสอบชื่อ – นามสกุลให้ตรงกับ OPD Card ทุกครั้งก่อนทำหัตถการทุกประเภท

หากมีลำดับบัตรคิวให้ตรวจสอบลำดับคิวร่วมด้วย

3) กรณีผู้ป่วยในให้ติดป้ายท้ายเตียงและป้ายข้อมือ ตรวจสอบชื่อ – นามสกุลให้ตรงกับป้ายท้ายเตียงและป้ายข้อมือทุกครั้งก่อนทำหัตถการทุกประเภท

4) กรณีไม่แน่ใจ เนื่องจาก ชื่อ – นามสกุล อาจซ้ำกัน ให้สอบถามที่บ้านเลขที่ ชื่อบิดา มารดา เป็นการทบทวนความถูกต้อง

5) กรณีผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยต่างด้าวและผู้ป่วยพิการที่ไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ ให้สอบถามจากญาติและ/หรือผู้นำส่ง

6) กรณีผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยต่างด้าวและผู้ป่วยพิการที่ไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และไม่มีญาติหรือผู้นำส่งที่สามารถให้ข้อมูลได้ให้บันทึกรายละเอียดลงใน

เวชระเบียน ดังนี้

- เพศ สัญชาติ เช่น ชายไทยไม่ทราบชื่อ

- อายุโดยประมาณ

- ลักษณะอื่นๆ เช่น การแต่งกาย สีผิว

- ลักษณะการบาดเจ็บ

7) กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุเหตุมาให้เขียน ชื่อ – นามสกุล ระบุการบาดเจ็บ เพื่อเป็นการระบุตัวบุคคลลงในป้ายที่ข้อมือ ให้ตรงกับเวชระเบียน และหากผู้ป่วยหมดสติให้บันทึกรายละเอียดเช่นเดียวกับข้อ 6

2. การป้องกันการติดเชื้อ (คู่มือ IC รพ.บ้านแพ้ว)

3. การป้องกันอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

แนวทางปฏิบัติการให้เลือดในระบบไหลเวียนของหลอดเลือดมีส่วนที่เป็นน้ำ ได้แก่ พลาสมาและส่วนที่เป็นเซลล์ คือ เม็ดเลือดต่าง ๆ ได้แก่เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เกร็ดเลือด ซึ่งเม็ดเลือดต่าง ๆ สร้างจากไขกระดูก และมีหน้าที่ต่าง ๆ กัน เช่น เม็ดเลือดแดงช่วยนำ O₂ ไปเลี้ยงเซลล์ เม็ดเลือดขาวทำลายเชื้อโรค เกร็ดเลือดใช้ในกระบวนการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น ในภาวะปกติร่างกายต้องมีพลาสมาและเม็ดเลือดอยู่ในปริมาณหนึ่ง หากมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณ พลาสมาและเม็ดเลือด ร่างกายจะมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดของชีวิต แต่ในภาวะเจ็บป่วยร่างกายปรับตัวได้ไม่ดีทำให้อาสาสมัครเสียความสามารถในการสร้างส่วนประกอบของเลือดต่าง ๆ หรือผลิตได้น้อยลง ดังนั้น การให้ส่วนประกอบของเลือดจึงเป็นสิ่งจำเป็น การให้ส่วนประกอบของเลือดนั้นจะให้เมื่อจำเป็นเท่านั้น แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา และมีแผนการรักษาในการให้เลือด

ข้อบ่งชี้

- 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค ได้แก่ โรคโลหิตจาง โรคธาลัสซีเมีย หรือโรคเลือดต่าง ๆ
- 2) ผู้ป่วยที่มีการเสียเลือดมากจากอุบัติเหตุ เช่นบาดเจ็บมีแผลเลือดออกมาก
- 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารจำนวนมาก เช่น UGIH, LGIH

เป้าหมาย

ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อทดแทนเลือดที่สูญเสียไป เช่น ผู้ป่วยตกเลือด
- 2) เพื่อทดแทนเม็ดเลือดแดง และมีฮีโมโกลบิน เช่น ผู้ป่วยโลหิตจาง
- 3) เพื่อทดแทนปัจจัยการแข็งตัวของเลือด

ฝ่ายงานที่เกี่ยวข้อง

- 1) งานผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ผู้ป่วยคลอด

เครื่องมือ/อุปกรณ์

- 1) เลือดที่ต้องการให้ PRC
- 2) เข็มให้เลือด เลือกใช้คล้ายการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ pack red cell จะใช้เข็มเบอร์ 18 หากเป็น Whole Blood หรือ Plasma ใช้เบอร์ 18-20
- 3) ชุดให้เลือด คล้ายชุดให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำแต่มีข้อแตกต่างคือ ตรงกระเปาะพักเลือดจะมีถุงกรองเลือดอยู่ภายใน ถุงกรองนี้จะช่วยกรองชิ้นเศษ (Particulate debris) ได้ การใช้ชุดให้เลือดต้องเปลี่ยนทุกครั้งที่เปลี่ยนขวดให้เลือดใหม่ หากกระทำไม่ได้ควรเปลี่ยนเมื่อให้เลือดทุก 2-4 ยูนิต
- 4) Stand และเสาแทรก (สำหรับเลือดที่บรรจุเป็นขวด) \
- 5) สายรัด
- 6) สำลีชุบ Alcohol 70% สำลี

7) พลาสเตอร์

8) ก้อนขนาดเล็กที่ปราศจากเชื้อ

ขั้นตอน/แนวทางการปฏิบัติงาน

การเตรียมเลือดเพื่อให้ผู้ป่วย

- 1) เจาะเลือด Clotted blood จำนวน 5-10 มิลลิลิตร สำหรับส่งธนาคารเลือดเพื่อหาหมู่เลือด (Typing) และ (Cross-Matching) (การทดสอบว่าเลือดผู้ให้กับผู้รับเข้ากันได้หรือไม่) เวลาเจาะเลือดผู้ป่วย ต้องตรวจดู ชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง และถาม ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อให้แน่ใจก่อน จะเจาะเลือด และเจาะใส่หลอดแก้วที่ทางธนาคารเลือดเตรียมไว้ให้แล้วปิด tube ต้องระบุชื่อ นามสกุล เลขประจำตัว ผู้ป่วย วันที่ หอผู้ป่วยให้ชัดเจน
- 2) ส่งเลือดพร้อมใบขอเลือด ซึ่งแพทย์เป็นผู้กรอกข้อความอย่างครบถ้วน ไปยังธนาคาร เลือด
- 3) เมื่อได้เลือดจากธนาคารเลือด ให้ตรวจดู ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันที่ หอผู้ป่วยว่าถูกต้องตรงกับตัวผู้ป่วยหรือไม่จากนั้นตรวจชื่อ นามสกุล ชนิดของเลือด หมู่4เลือด Blood Number ของ Donor กับ Recipient ให้ตรงกันทั้งในใบแจ้งที่คล้องมากับถุงเลือดใบขอเลือด และป้ายข้างขวดว่าตรงกันหรือไม่
- 4) เมื่อตรวจทานดูจนแน่ใจแล้ว ต้องตรวจดูเลือดในถุงว่ามีฟองแก๊ส (Gas bubbles) ซึ่งอาจแสดงว่ามีการเกิดของแบคทีเรียหรือถ้าสีเลือดผิดปกติไปจากเดิม อาจจะเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีการแตกของเม็ดเลือดแดง
- 5) ป้องกันการแตกของเม็ดเลือดแดง โดยถ้าไม่ให้ผู้ป่วยควรส่งคืนธนาคารเลือดภายใน 30 นาที ไม่เก็บไว้ในตู้เย็น ของหอผู้ป่วยไม่อุ่นถุงหรือขวดเลือดด้วยน้ำร้อน ให้ทิ้งไว้ในอุณหภูมิห้อง

วิธีการ

- 1) ตรวจดูให้แน่ใจอีกครั้งว่าเลือดที่ได้จากธนาคารเลือดเป็นเลือดที่จะให้ผู้ป่วยคนที่ ต้องการ โดยดู ชื่อ นามสกุล HN, AN หมู่4เลือดให้ตรงกัน
- 2) อธิบายสังเกตอาการผิดปกติขณะได้รับเลือด เช่น ไข้สูง หนาวสั่น แน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบมีผื่นคันขึ้นตามร่างกายให้แจ้งเจ้าหน้าที่
- 3) บอกให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย เพราะการให้เลือดต้องใช้เวลาาน ควรให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเสียก่อน
- 4) ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อใช้เปรียบเทียบเวลามีอาการผิดปกติ
- 5) เตรียมเครื่องใช้ในการให้เลือด
- 6) ล้างมือให้สะอาด
- 7) นำเครื่องใช้ไปที่เตียงผู้ป่วย
- 8) ต่อชุดให้เลือดเข้ากับขวด (ถุง) เลือดแขวน ขวด (ถุง) เลือดให้สูงกว่าหัวใจประมาณ 3-4 ฟุต เปิดเกลียวปรับ หยด ให้เลือดผ่านที่กรองไล่ฟองอากาศออกจากชุดให้เลือดให้หมดปิดเกลียวปรับหยด
- 9) รัดสายรัดเหนือบริเวณที่จะให้เลือดประมาณ 4 นิ้ว ให้ผู้ป่วยกำมือสลับกับแบมือซ้ำ ๆ เพื่อให้เลือดคั่งเห็นหลอดเลือดได้ชัด
- 10) ใช้สำลีชุบ alcohol 70%เช็ดบริเวณที่จะให้เลือดกว้าง 2 ” - 3 ”

- 11) ใช้ Medicut เบอร์ 18-20 แทงเข็มเข้าในหลอดเลือดดำ ถ้าเข้าหลอดเลือด เลือดจะไหลเข้ามาใน Syringe ปลดสายรัศออก
- 12) ปลดกระบอกฉีดยาออกจากหัวเข็ม รับผิดชอบต่อผู้ให้เลือดกับเข็ม เปิดเกลียวปรับหยดระยะแรกของการให้เลือด ปรับหยดใน 15-30 นาทีแรกประมาณ 20 หยด / นาที ถ้าไม่มีปฏิกิริยาใดเกิดขึ้นให้ปรับอัตราการหยดของเลือดให้เร็วขึ้นตามสภาพของผู้ป่วย หรือตามแผนการรักษาโดยทั่วไปถ้าเป็นเลือด 1 หน่วย (ประมาณ 300 มิลลิลิตร) ให้หมดภายใน 2-4 ชั่วโมง Plasma ให้หมดใน 2 ชั่วโมง
- 13) ปิดรอยแทงเข็มด้วยผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ ดิสเพลสเตอร์ ยึดหัวเข็มกับแขนของผู้ป่วยในกรณีที่แทงเข็มบริเวณ ข้อพับหรือผู้ป่วยเคลื่อนไหวตัวมากให้ใช้ไม้รองแขนรองได้แขน
- 14) นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาดเก็บเข้าที่
- 15) บันทึกรายงานเกี่ยวกับเวลา ชนิดของเลือด หมู่เลือด จำนวน และอาการภายหลังการให้เลือด
- 16) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ควรหยุดให้เลือดและส่งเลือดผู้ป่วยหลังการให้เลือด เลือดที่เหลือ ในถุงและแบบฟอร์มที่ต้องการกรอกส่งคลังเลือดในรายมีอาการผิดปกติไปตรวจสอบที่ธนาคารเลือด

ข้อควรระวัง

ระวังปฏิกิริยากับสารน้ำและยาอื่น ๆ สารน้ำชนิดเดียวที่จะให้พร้อมเลือดได้ใช้คือ NSS สารน้ำอื่น ๆ เช่น 5% Dextrose in water จะทำให้เม็ดเลือดแดงจับกลุ่มกัน สารน้ำพวก Ringer ' s solution จะทำให้เกิดลิ่มเลือดขึ้นเพราะมีแคลเซียมมาก ไม่ฉีดยาทางหลอดเลือดดำที่ให้เลือดอยู่ถ้ามีความจำเป็นต้องให้ยาต้องฉีด NSS เข้าหลอดเลือดดำก่อน และ หลังการฉีดยาทุกครั้ง

คำนิยามศัพท์

การให้เลือด คือ หากมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณพลาสมาและเม็ดเลือด ร่างกายจะมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดของชีวิตแต่ในภาวะเจ็บป่วยร่างกายปรับตัวได้ไม่ 4 ดีทำให้อาจสูญเสียความสามารถในการสร้างส่วนประกอบของเลือดต่าง ๆ หรือผลิตได้น้อยลง ดังนั้น การให้ส่วนประกอบของเลือดจึงเป็นสิ่งจำเป็น

แนวทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผูกยึด

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับทุกหน่วยบริการทางคลินิกในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผูกยึด แยกกัก โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติ

เกณฑ์การพิจารณาผูกยึดผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยสับสน วุ่นวาย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ดึงสายยางให้อาหาร , ดึงสายให้น้ำเกลือ , ไม่อยู่นิ่ง ไม่สามารถหยุดการกระทำความผิดได้ รวมถึงผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเนื่องจากหวาดกลัว
- 2) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ก้าวร้าว มีแนวโน้มจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยต้องการฆ่าตัวตาย , เรียกร้องความสนใจ
- 3) ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตที่อาการของโรคกำเริบ โวยวาย , ทำลายของ
- 4) ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่อยู่ในช่วงถอนยา มีอาการกระวนกระวาย อาละวาดโวยวาย

ขั้นตอน/แนวทางปฏิบัติ

- 1) แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วยโดยดูตามเกณฑ์ข้างต้น ทั้งนี้ต้องมีการประเมินอย่างรอบคอบแล้วว่าผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์ดังกล่าวจริงเป็นระยะเวลาพอสมควร ผู้ดูแลและทีมพยาบาลไม่สามารถดูแลได้ถ้าปล่อยไว้อาจเป็นอันตรายต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่นได้
- 2) แจ้งญาติผู้ดูแลถึงสาเหตุความจำเป็นของการผูกยึดผู้ป่วย และได้รับความยินยอมแล้วจึงผูกยึดผู้ป่วยตามความเหมาะสม กรณีญาติไม่ยินยอมให้ผูกยึด ให้ลงบันทึกเหตุผลความจำเป็น พร้อมลายมือชื่อญาติผู้ไม่ยินยอมให้ผูกยึดไว้เป็นหลักฐาน
- 3) การผูกยึดต้องคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย คือ ต้องกระทำด้วยความนุ่มนวล, ถูกหลักวิชาการและไม่ใช้ความรุนแรงเกินความจำเป็น ใช้ผ้านุ่มๆรองบริเวณที่ผูกยึด ไม่มัดเป็นเงื่อนตายหรือแน่นจนเกิดการกดเบียดข้อทำให้เกิดความเจ็บปวด รวมทั้งคอยดูแลไม่ให้บริเวณที่ผูกยึดเกิดรอยถลอก ฟกช้ำซึ่งแสดงถึงการผูกที่ผิดวิธีจนผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ
- 4) กรณีผู้ป่วยรู้สติร้องขอให้ปลดเครื่องผูกมัด ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาที่เหมาะสม เช่น อาจส่งรับคำปรึกษา หรือให้ยาระงับอาการ
- 5) ต้องสังเกตประเมินอาการเป็นระยะเพื่อพิจารณาว่ายังมีความจำเป็นต้องผูกยึดผู้ป่วยต่อไปหรือไม่หรือเปลี่ยนแผนการรักษาใหม่ให้ผู้ป่วยอาการสงบได้รับความทุกข์ทรมานลดลง
- 6) อนุญาตให้มีญาติดูแลใกล้ชิด 1 – 2 คน
- 7) .ให้การดูแลด้านสุขวิทยา ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยถูกผูกยึดจนไม่ได้รับการตอบสนองด้านกิจวัตรประจำวันที่เป็น
- 8) .ลงบันทึกเหตุผลความจำเป็นในการพิจารณาผูกยึดผู้ป่วย, ความเห็นชอบของญาติ, การตัดสินใจของแพทย์, วิธีการผูกยึดและการติดตามดูแลประเมินสภาพลงในเวชระเบียน

4. การเกิดแผลกดทับ/หรือความพิการที่สามารถป้องกันได้

แผลกดทับ

หน้าที่ของผิวหนัง

- 1) ป้องกันเนื้อเยื่อภายในร่างกาย
- 2) รับความรู้สึก สัมผัส ร้อน เย็น
- 3) ควบคุมอุณหภูมิ

แผลกดทับ (Bed sore หรือ decubitus ulcer) เกิดเนื่องจากบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณใต้ผิวหนัง (Subcutaneoustissue) ถูกทำลาย ทำให้เกิดเนื้อตาย (Tissuenecrosis) เนื่องจากการกดทับทำให้เลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อในบริเวณนั้นไม่ได้ส่งผลให้บริเวณนั้นมีโลหิตมาเลี้ยงน้อยลงและไม่สะดวกทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นถลอกและเป็นแผลหรือมีเนื้อเยื่อถูกทำลายหรือ มีเนื้อตายทำให้มีการติดเชื้อ (Infection) ตามมาถ้ามีการติดเชื้อก็จะลุกลามไปบริเวณอวัยวะใกล้เคียง เกิดอาการผิดปกติต่างๆในร่างกาย ทำให้เกิดเป็นแผลลุกลามมากขึ้น

สาเหตุของการเกิดแผลกดทับ

เกิดจากการนอนท่าเดียวนานๆโดยไม่พลิกตัวหรือเปลี่ยนท่า ,ภาวะเกร็งมากๆแล้วมีการถูไถกับที่นอน/ ผ้าปูที่นอนยับย่น/ สิ่งแปลกปลอมที่ตกบนที่นอน ,การจัดท่าที่ไม่ถูกต้อง หรือมีความชื้นและจากปัสสาวะ อุจจาระเนื่องจากกลั้นไม่ได้ ทำให้เกิดผิวหนังเปื่อยและเป็นแผลตามมาบริเวณที่มักเกิดแผลกดทับ

1. ท่านอนหงาย มักเกิดแผลบริเวณก้นกบ กระดูกสะบัก สันเท้า ข้อศอก ตาตุ่มด้านนอก
2. ท่านอนคว่ำ มักเกิดแผลบริเวณหน้าอก ปุ่มโทรซันเตอร์ หัวเข่า
3. ท่านอนตะแคง มักเกิดแผลบริเวณข้อศอก ตาตุ่มด้านใน
4. ท่านั่ง มักเกิดแผลบริเวณก้นช้อย

กลุ่มผู้ที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้ง่าย คือ

- 1) นอนบนเตียงเป็นเวลานานๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ
- 2) ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังและศีรษะ
- 3) บาดเจ็บหรือเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาทส่วนกลาง เช่น Parkinson disease, multiple sclerosis เป็นต้น
- 4) ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพทางสมอง (Organic brainsyndrome)
- 5) ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- 6) ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ อ่อนเพลีย ผอม กล้ามเนื้อลีบ และชืด เป็นต้น
- 7) ผู้ป่วยเบาหวาน
- 8) ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักร่างกายมากเกินไปหรือบวมทั้งตัว
- 9) ผู้ป่วยที่มีไข้สูง

การเกิดแผลกดทับ (Bed sore) ถ้าไม่ให้ความสำคัญทำให้เกิดแผลกดทับจนถึงมีการติดเชื้อตามมาจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงและโรงพยาบาล ทำให้ภาระของบุคลากรเพิ่มขึ้นตลอดจนมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของสังคมและประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการดูแลรักษา ทำให้ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ฉะนั้นหากบุคลากรให้ความสำคัญตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จะส่งผลดีต่อผู้ป่วยตลอดจนลดรายจ่ายที่จะเพิ่มขึ้นในการรักษา ซึ่งจะมีแนวปฏิบัติในการดูแลผิวหนังดังนี้

การดูแลผิวหนังทั่วไปในโรงพยาบาล (Universal skin care)

ผู้ป่วยทุกรายในโรงพยาบาลควรได้รับการดูแลผิวหนังดังนี้

- 1) ทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยทันทีภายหลังการขับถ่าย
- 2) ใช้โลชั่นหรือสารให้ความชุ่มชื้นทาผิวหนังบริเวณที่แห้ง
- 3) ห้ามนวดผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก
- 4) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความเปื่อยชื้นให้ใช้ผ้าที่สามารถซึมซับได้ดี วางรองบริเวณที่สัมผัสกับความชื้น ให้เปลี่ยนผ้าทันทีที่พบว่าสกปรกเปื่อยชื้น
- 5) ใช้สารที่มีคุณสมบัติเคลือบทาผิวหนัง เพื่อป้องกันการสัมผัสกับความเปื่อยชื้น และทาซ้ำภายหลังการทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยทุกครั้ง
- 6) ดูแลเครื่องผ้า เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน เป็นต้น ที่รองรับอวัยวะของผู้ป่วยให้เรียงดังตลอดเวลา
- 7) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอตามสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย
- 8) ให้การพยาบาลโดยยึดหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

แนวทางการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย

- 1) การเปลี่ยนท่าหรือการช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี/ ปฏิบัติกิจกรรมต้องสอดคล้องเป็นไปตามสถานะของผู้ป่วย โดยไม่ขัดกับข้อจำกัดหรือข้อห้ามทางพยาธิสภาพ
- 2) ใช้หมอนี่มรองส่วนต่างๆของร่างกายให้อยู่ในท่านอนที่เหมาะสมเป็นไปตาม Body alignment และใช้หมอนรองบริเวณปุ่มกระดูก
- 3) ห้ามใช้หมอนรูปโดนัท
- 4) จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา กรณีจัดให้นอนตะแคงต้องระวังการกดทับบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ
- 5) พลิกตัวเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
- 6) ใช้หมอนหรือผ้านุ่มหนุนรองบริเวณส้นเท้าให้ลอย
- 7) ใช้ผ้าหรืออุปกรณ์ในการยกผู้ป่วย ห้ามลากหรือดึงผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเสียดสีของผิวหนังกับที่นอน
- 8) ไม่ควรยกหัวเตียงสูงเกิน 30 องศา ยกเว้นขณะให้อาหารหรือมีคำสั่งการรักษา หรือในภาวะที่ผู้ป่วยต้องการแก้ปัญหา โดยการยกศีรษะสูง
- 9) กรณีจัดให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น ต้องเปลี่ยนท่าให้หรือย้ายกลับเข้าเตียงทุก 1 ชั่วโมง
- 10) บันทึกกิจกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ลงบันทึกใน Nurse Note ทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว โดย

แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

- 1) ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผิวหนังทั่วไปในโรงพยาบาล (Universal skin care) อย่างเคร่งครัด
- 2) งดใช้สบู่อาบน้ำ หรือใช้สบู่สำหรับคนผิวแห้ง
- 3) ประเมินผิวหนังและบันทึกผลทุก 2 ชั่วโมง ทุกเวร และทุกวัน
- 4) ปรึกษาโภชนากร รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ
- 5) จัดให้ผู้ป่วยในท่านั่งที่ลดแรงกดทับ
- 6) ใช้หมอนหรือผ้านุ่มหนุนรองบริเวณส้นเท้าให้ลอย
- 7) ใช้โลชั่นทาผิวหนังบริเวณที่เสี่ยง / มีโอกาสเสี่ยงกับที่นอน
- 8) สอนการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 9) บันทึกกิจกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทุกเวร และทุกวัน

การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เรื่อง การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ความปลอดภัย มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกวัยและการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประชาชน แต่จากความซับซ้อนของสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาลและรูปแบบการบริการที่เพิ่มขึ้น ทำให้การบริการสุขภาพในแต่ละวัน ต้องเผชิญความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด (error) ในการรักษาพยาบาลมากมาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล และทำให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนอนาคตการทำงานของบุคลากรทางสุขภาพผู้ให้บริการ การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของงานผู้ป่วยใน ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การปลอดจากการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการกระทำผิดและการละเลยที่จะกระทำดูแล ดังนั้นการจัดระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัย จึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติที่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย (patient safety practice) หมายถึง การใช้รูปแบบของกระบวนการหรือโครงสร้างที่ลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการได้รับบริการในระบบการดูแลรักษา และการปฏิบัติการเพื่อการบรรลุเป้าหมายของการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ต้องการการปฏิบัติที่มีมาตรฐานเป็นระบบและลดการทำตามความเห็นส่วนบุคคล หรือการทำตามสิ่งที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา โดยขาดหลักฐานยืนยันว่าผลที่เกิดขึ้นจะดีหรือไม่และปลอดภัยเพียงใด บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องใช้ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence base) มาสนับสนุนการวิเคราะห์สถานการณ์ การตัดสินใจวางแผนและการปฏิบัติการบริการสุขภาพที่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม

เป้าหมาย/ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ได้รับอุบัติเหตุหรือไม่เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม

วิธีปฏิบัติงาน

- 1) ระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างชัดเจน ได้แก่ ผู้ป่วยสับสน และผู้สูงอายุก่อนเข้านอน ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลวันแรก ผู้สูงอายุทุกคนที่ได้รับยาแก้ปวดและยานอนหลับ
- 2) นำแบบฟอร์มสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมาใช้ในหน่วยงาน โดยใช้ประเมินในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในดึกผู้ป่วยใน
- 3) ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในทุกวันและทุกเวรตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

การวินิจฉัยภาวะเสี่ยง

1. ให้การวินิจฉัยเช่น “เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม” หรือ “เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ” ในรายงานของผู้ป่วย
2. ให้การรักษาสาเหตุภายใน เพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์
3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงและวางแผนการฟื้นฟูการเคลื่อนไหว วิธีการที่ใช้มีหลายอย่าง ได้แก่

- สวมรองเท้าที่ไม่ลื่น
- ทำกายภาพบำบัด
- แนะนำให้ผู้ป่วยลุกช้า ๆ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม ช้า ๆ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเดิน
- ช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสี่ยงมาก ๆ ในการเคลื่อนย้าย
- ให้ผู้ป่วยเดินบริเวณระเบียงวันละ 1-2 ครั้งต่อวัน

สภาพสมอง เพื่อลดอุบัติเหตุ ควรปฏิบัติดังนี้

- หมั่นพูดคุยกับผู้ป่วยที่สับสนบ่อย ๆ
- อธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วย
- ย้ายผู้ป่วยสับสนไปไว้ใกล้บริเวณ Nurse's station
- อนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยที่สับสน
- จัดให้ผู้ป่วยสับสนนอนเตียงต่ำเพื่อป้องกันการตก

4) ประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกับทีม ENV อย่างต่อเนื่องและปรับปรุงแก้ไขโครงสร้างด้านสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

5) ติดตามและควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการดูแลและเฝ้าระวังความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติเมื่อแพทย์พิจารณาหยุด CPR

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีด้วยการรักษาพยาบาลที่เคารพในเจตจำนง คุณค่าและศรัทธาของผู้ป่วย

นิยามศัพท์

- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ภาวะความเจ็บป่วยที่มีลักษณะทรุดลงตามลำดับอย่างมีอาภลักลี้ภัยได้ซึ่งไม่สามารถรักษาให้ฟื้นคืนได้ แต่อาจช่วยให้พ้นบรรเทาอาการของโรคเพียงชั่วคราว ภาวะดังกล่าวอาจนำไปสู่ความตายได้ภายในระยะเวลาไม่นาน
- ผู้ป่วยวิกฤตคือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกายที่ถูกคุกคามกับชีวิต ต้องการการดูแล สังเกตให้การรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง
- ญาติผู้ป่วยที่มีสิทธิตัดสินใจ คือ ญาติสายตรงหรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. แพทย์ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยถ้ายังรู้สึกตัวหรือให้ญาติผู้ป่วยที่มีสิทธิตัดสินใจแทนผู้ป่วย เกี่ยวกับแนวทางวิธีการรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสม รวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งอาจต้องทำหรือไม่ทำทุกรายเพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจ

ข้อมูลที่ให้ควรครอบคลุมดังต่อไปนี้

- การวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
 - ค่านิยมและความต้องการของผู้ป่วย
 - ขนบธรรมเนียมหรือความเชื่อทางศาสนาซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจ
2. ไม่ต้องเขียน NR ในใบสั่งการรักษา เพื่อไม่ให้มีผลต่อกฎหมาย แต่ควรบันทึกแผนการรักษาในเวชระเบียนว่า ไม่มีข้อบ่งชี้ในการทำ CPR แต่จะให้การรักษารูปแบบใดรูปแบบหนึ่งดังต่อไปนี้
- รักษาโรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อน และการให้การรักษเพื่อบรรเทาอาการ
 - รักษาภาวะแทรกซ้อนและบรรเทาอาการ
 - ให้เพียงการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ
3. หากสามารถระบุเจตจำนงล่วงหน้าได้ (Advance directives) อาจบันทึกได้ 2 ลักษณะคือ
- เมื่อตนเองป่วยจนถึงระยะสุดท้าย หรือไม่รู้สึกรู้สีกว่าจะไม่ฟื้นคืน ต้องการให้แพทย์รักษาอย่างไร
 - ผู้ป่วยแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทนว่าเมื่อถึงวาระสุดท้าย ควรทำ CPR หรือ NR
4. กรณีผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถต้องมีผู้ดูแลตัดสินใจแทน
- ดังนั้น แพทย์ควรบันทึกเนื้อหาทั้งหมดที่แนะนำแก่ผู้ป่วยไว้ในเวชระเบียนและผู้ป่วย/ญาติลงชื่อกำกับ

ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ

1. กรณีไม่รู้สีกตัว หรือ ไม่มีญาติ

- ให้การรักษาเต็มความสามารถตามสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการ

2. ผู้ป่วยรู้สึกตัว/มีญาติที่มีสิทธิตัดสินใจแทน

- แพทย์ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติโดยครอบคลุมการวินิจฉัยการพยากรณ์โรคแนวทางการรักษาพร้อมข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธี เพื่อให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วย รวมทั้งสิทธิในการรักษาของผู้ป่วยกรณีต้องส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น

- แพทย์มีหน้าที่ในการดูแลตามที่ผู้ป่วยเรียกร้อง ตราบเท่าที่ไม่ขัดกับกฎหมายและจริยธรรมแม้ว่า จะไม่ตรงกับมาตรฐานวิชาชีพหรือความเห็นชอบของแพทย์และทีมที่ให้การรักษาก็ตาม

3. การบันทึกเวชระเบียนให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ

● ข้อบ่งชี้

1. ภาวะสมองตาย

2. ไม่ตอบสนองการรักษาหลังทำ CPR อย่างน้อย 30 นาที

3. ผู้ป่วยหรือญาติที่มีสิทธิตัดสินใจแทนร้องขอ

● แพทย์ผู้ให้การรักษา ต้องบันทึกปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะทำ CPR รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการหยุด CPR ไว้ในเวชระเบียน

● ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงลายมือชื่อเป็นหลักฐาน กรณีหยุดเพราะผู้ป่วย/ญาติร้องขอ

มาตรฐานที่ 9

การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมปัญหาและความต้องการอย่างถูกต้องและเหมาะสม

1. การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ และความคาดหวัง เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว
2. การให้ข้อมูลและความรู้เพื่อตัดสินใจในการรักษา/ปฏิเสธการรักษา
3. กรณีแจ้งข่าวร้าย

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุมปัญหาและความต้องการอย่างถูกต้อง เหมาะสม $\geq 90\%$

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมปัญหาและความต้องการอย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลคำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวกรณีไม่สมัครใจรับรักษา

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับคำแนะนำก่อนการจำหน่ายและผ่านการประเมินความรู้ตามหลัก METHOD ทั้ง 6 ข้อ $>90\%$

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่สามารถผ่านการประเมินความรู้ตามหลัก METHOD X 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

2. ร้อยละของผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง 100 %

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินทักษะที่จำเป็นก่อนการจำหน่าย X 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

3. ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางกรณีผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษา มากกว่า 90%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งการปฏิบัติตามแนวทางกรณีผู้ป่วยไม่สมัครใจรักษา x 100}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายด้วยสถานะไม่สมัครใจรักษา}}$$

แนวทางปฏิบัติ

1. กำหนดให้พยาบาลให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามโปรแกรมในเรื่องต่อไปนี้
 - 1.1 ภาวะความเจ็บป่วย การดำเนินการของโรคหรือความเจ็บป่วย
 - 1.2 ผลการตรวจประเมินร่างกายและแผนการรักษาพยาบาลตามขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพ
 - 1.3 การปฏิบัติตัวขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน
 - 1.4 สิทธิที่พึงมีและพึงได้จากโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - 1.5 การใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกและแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล
 - 1.6 ขั้นตอนการบริการและกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เช่น เวลาเยี่ยม เวลารับประทานอาหาร เป็นต้น
 - 1.7 ให้ข้อมูลถึงเหตุผลและความจำเป็นของการลงนามยินยอมรับการรักษา

1.8 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และหรือเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. กรณีผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษา ให้คำแนะนำตามแนวทางการปฏิบัติตามที่ทีม PCT กำหนด ดังนี้

2.1 แพทย์พยาบาลสอบถามและรับฟังเหตุผล ความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยถึงสาเหตุของการปฏิเสธการรักษาด้วยท่าทีที่ให้เกียรติ

2.2 แพทย์/พยาบาลอธิบายทำความเข้าใจหากการตัดสินใจของผู้ป่วยเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน

2.3 แพทย์/พยาบาลสอบถามความเข้าใจถึงผลกระทบของการไม่รับการรักษา รับฟังแล้วจึงให้ข้อมูลหรือคำอธิบายแก่ผู้ป่วยถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยยังยืนยันที่จะไม่รับการรักษา ให้เคารพการตัดสินใจนั้น

2.4 พยาบาลให้ผู้ป่วยลงนามในใบไม่สมัครใจรับการรักษา โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า "ตามระเบียบปฏิบัติ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาจะต้องลงนามในเอกสารแสดงความจำนงค์กล่าว และขอให้มั่นใจว่า การตัดสินใจปฏิเสธการรักษาครั้งนี้จะไม่ผลต่อการรักษาครั้งต่อไปของท่าน"

2.5 ถ้าผู้ป่วยขอไปรับการรักษาที่อื่น ให้เขียนใบส่งตัวด้วย

2.6 แพทย์/พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคหรืออาการและการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว กรณีเป็นผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ให้ปฏิบัติต่อญาติหรือผู้ปกครองตามแนวทางดังกล่าวแนวปฏิบัตินี้ใช้สำหรับการทำหัตถการตรวจ

2.7 บันทึกเหตุผล/ความต้องการที่จะไม่รับการรักษาในใบที่กำหนดเพื่อนำมาทบทวนและหาโอกาสในการพัฒนาการดูแลรักษาต่อไป

3. กรณีแจ้งข่าวร้าย

3.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

3.2 พิจารณาหาวิธีการแจ้งข้อมูลอย่างเหมาะสม โดยประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูล ถ้าพยาบาลสามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ควรเป็นผู้ที่ผ่านหลักสูตรการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นมาแล้วขั้นตอน

การแจ้งข่าวร้าย มี 6 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 : S - Setting

สถานที่ควรเป็นส่วนตัว ไม่จอแจแฉกแฉก ควรปิดโทรศัพท์ติดตามตัวหรือมือถือ อาจให้มีบุคคลที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญ และต้องการให้อยู่รับรู้ด้วยหรือเป็นกำลังใจ ให้นั่งในระดับเดียวกัน สบตา ตั้งใจพูดคุยไม่วกแวกทำอย่างอื่นไปด้วย แสดงท่าทีที่เป็นมิตร และให้เกียรติผู้ป่วย ควรหาเวลาที่ไม่รีบร้อนจะไปทำอะไรอื่นอีก จะได้ให้เวลากับผู้ป่วยเต็มที่.

ขั้นตอนที่ 2 : P - Perception

ประเมินว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรต่อการเจ็บป่วยของตนเอง คิดว่าเป็นโรคอะไร รุนแรงเพียงใด ทำไมจึงคิดเช่นนั้น มีอาการอะไรบ้างที่ทำให้คิดเช่นนั้น เคยมีประสบการณ์หรือรู้อะไรมาก่อนหน้าเกี่ยวกับโรคนั้น บ้าง แล้วรู้สึกอย่างไรกับโรคนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 3 : I - Invitation

ถามโดยตรงหรือประเมินว่าผู้ป่วยต้องการรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงท่าทีหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ด้วยการเปลี่ยนประเด็นการพูดหรือใช้คำแทนชื่อโรคเป็นความหมายนัยๆ แพทย์ก็จะสามารถประเมินได้ว่า ณ ขณะนั้นผู้ป่วยยังไม่พร้อมจะรับฟังข่าวร้าย

ขั้นตอนที่ 4 : K - Knowledge

ก่อนที่จะแจ้งข่าวร้าย ให้ส่งสัญญาณเตือนก่อนเพื่อให้ได้ทำใจขึ้นต้น เช่น " ผลการตรวจเพิ่งกลับมา และหมอก่อนข้างเป็นห่วง " ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยใช้ โดย หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ที่ฟังแล้วไม่เข้าใจ เพราะจะทำให้ดูร้ายแรงมากขึ้น ไปอีก ค่อยๆ ปลอ่ยข่าวร้ายทีละน้อยแล้วสังเกตอาการปฏิกิริยาของผู้ป่วย พร้อมตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจอย่างไร การแจ้งข่าวร้ายให้ทำเป็นขั้นตอน อย่าให้ข้อมูลทั้งหมดในครั้งเดียว ให้ข่าวร้ายไปพร้อมกับประเมินไปว่าผู้ป่วยยังต้องการจะทราบอีกหรือไม่และมีประโยชน์ที่จะแจ้งต่อหรือไม่

ขั้นตอนที่ 5 : E – Empathy

เงียบฟังและสังเกตปฏิกิริยาหลังแจ้งข่าวร้าย สะท้อนความรู้สึกที่ตรงกับผู้ป่วย ณ เวลานั้นยังไม่ต้องบอ่ยเบี่ยงประเด็น หากผู้ป่วยร้องไห้เสียบๆ เสี่ยง เครือๆ ก็ให้ยื่นกระดาษทิชชูสำหรับซับน้ำตาให้โดยเร็ว ผู้ป่วยไม่ผิดที่จะรู้สึกเสียใจต่อข่าวร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเอง ไม่ผิดที่จะร้องไห้ " หมอเข้าใจว่ามันยากที่ยอมรับมัน "

ขั้นตอนที่ 6 : S - Summary and strategy

เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีที่สบายขึ้น แพทย์ควรเริ่มสรุปข้อมูลที่กระชับและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยถาม รวมทั้งวางแผนระยะสั้นเพื่อการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นการตรวจเพิ่มเติม การรักษา การส่งปรึกษาต่อ ทางเลือกการรักษา การนัดหมายครั้งต่อไป การติดต่อกันหากมีคำถามเพิ่มเติม เป็นต้น พร้อมยืนยันว่าหมอจะอยู่เคียงข้างและพร้อมจะหาทางเลือกทุกอย่างที่เป็นไปได้มาดูแล โดยไม่ทอดทิ้ง

ผู้รับผิดชอบ

- หัวหน้าหอผู้ป่วย
- พยาบาลวิชาชีพ

การติดตามและการประเมินผล

1. หัวหน้างาน กำหนดให้มีการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพรายกลุ่มตามแผนทุกเดือน
2. หัวหน้างาน ติดตามตัวชี้วัดที่กำหนดทุกเดือน
3. หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบงานส่งต่อขอย้าย ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลกรณีปฏิเสธการรักษาทุกเดือน
4. หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่ม ตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูจากการบันทึก ในใบซักประวัติ อาการ และการให้การพยาบาล ทุกวัน
5. หัวหน้างานและหัวหน้าเวร มีการสุ่มสอบถามผู้รับบริการ

การปฏิบัติการ

1. หัวหน้างาน สื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านเวทีการประชุมของหน่วยงาน ทุกเดือนหรือตามภาวะเร่งด่วน
2. หัวหน้างาน จัดทำแผนปฏิบัติการในการให้พยาบาลได้ฝึกทักษะการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ
3. หัวหน้างาน กำหนดให้พยาบาลที่เป็น member เป็นผู้วางแผนจำหน่ายของกลุ่มผู้ป่วยโรคตามเข็มนาฬิกาทุกครั้งที่มีผู้ป่วยรับไว้ในอนในโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาของงานผู้ป่วยในเป็นผู้รวบรวมข้อมูลทุกเดือน

มาตรฐานที่ 10

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยในได้รับการพยาบาลที่คำนึงถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์และความคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสมและเป็นรูปธรรม ตลอดการรักษา

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิให้สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิตามสิทธิของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละของบุคลากรเข้าใจและบอกถึงสิทธิผู้ป่วยและวิธีการปฏิบัติในส่วนที่เกี่ยวข้องได้ถูกต้อง >85%

$$\text{สูตร} = \frac{\text{จำนวนครั้งที่บุคลากรบอกถึงสิทธิผู้ป่วยและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม}}{\text{จำนวนครั้งที่สุ่มประเมิน}} \times 100$$

จำนวนครั้งที่สุ่มประเมิน

- 2) จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการที่เป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วย = 0

การสื่อสาร

- 1) ติดป้ายคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในบริเวณตึกผู้ป่วยใน
- 2) ปฐมนิเทศบุคลากรทุกคนเมื่อแรกเข้าปฏิบัติงาน
- 3) ส่งบุคลากรในหน่วยงานเข้าอบรมให้ตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและปฏิบัติตามนโยบายที่โรงพยาบาลกำหนดไว้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

เอกสารอ้างอิง

- คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยแพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลป์ วันที่ 12 สิงหาคม 2558
- เอกสารนโยบายด้านสิทธิผู้ป่วยของโรงพยาบาลรามารับดี

แนวทางการปฏิบัติ

1. การปฏิบัติการพยาบาลตามนโยบายด้านสิทธิและจรรยาบรรณวิชาชีพเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและผู้ใช้บริการทุกกลุ่ม
2. นำนโยบายด้านสิทธิของผู้ป่วยและข้อควรตระหนักมาเป็นแนวทางการปฏิบัติ

นโยบายด้านสิทธิของผู้ป่วยและข้อควรตระหนัก

สิทธิของผู้ป่วยแต่ละข้อ มีประเด็นสำคัญที่เป็นข้อควรตระหนักในรายละเอียด ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพ มาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
- 2) ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอต่อการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสีย จากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตนเว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
- 3) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
- 4) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบ ชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน
- 5) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
- 6) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเองเว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
- 7) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
- 8) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนตัวบุคคลของผู้อื่น
- 10) บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกาย หรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

1. สอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆทางการแพทย์ที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล
5. ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียนด้วยความสุภาพให้เกียรติ และไม่กระทำการที่รบกวนผู้อื่น

- 6.แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมี ให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ
- 7.ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ดังต่อไปนี้
 - 7.1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ที่ตามมาตราฐานและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม
 - 7.2.การแพทย์ในที่นี้ หมายถึงการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย
 - 7.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรค หรือทุกสภาวะ
 - 7.4 การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะให้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้นๆแล้ว
 - 7.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆที่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน
 - 7.6 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ตามความสามารถและข้อจำกัด ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย
 - 7.7 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
 - 7.8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาล
 - 7.9 ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

2. นโยบายการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในกรณีพิเศษ

2.1. ผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชและไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างสมเหตุสมผล ต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิโดยมีบุคคลอื่นที่มีอำนาจตามกฎหมายทำหน้าที่แทน ให้การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ เท่าเทียมและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

2.2. ผู้ป่วยเด็ก

เด็กเล็กที่ยังตัดสินใจด้วยตนเองไม่ได้ต้องมีผู้ที่หน้าที่แทนและจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมครอบคลุมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ร่างกาย อารมณ์จิตใจ

2.3. ผู้พิการ

2.3.1. ต้องให้เคารพศักดิ์ศรี ความแตกต่าง และการอยู่ได้ด้วยตนเอง การเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิทธิ ความเท่าเทียมกันของโอกาสและไม่เลือกปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในทางสังคมอย่างเต็มที่

2.3.2. ได้แก่ ค้นหาผู้พิการในชุมชน ดูแลให้ได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายเบี่ยงผู้พิการ, การฝึกทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝึกทักษะชีวิต, ให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยครอบครัวและชุมชน การ

เยี่ยมบ้านกิจกรรมการให้บริการเชิงรุก, การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เป็นต้น การบริการ
ทันตกรรม เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น , การให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม
เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ

2.4. ผู้สูงอายุ (อายุ 60ปีขึ้นไป) ให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ ให้มีช่องทางเฉพาะหรือ
จัดลำดับคิวเร่งด่วนสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก

2.5. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องได้รับการดูแลโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้การบำบัดอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสม
ให้การดูแลจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว และให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วย
เสียชีวิต

2.6. การผูกมัดหรือแยกผู้ป่วย ต้องทำเพื่อประโยชน์ในการรักษา หรือป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยไม่ใช่เพื่อเป็น
การทำโทษ

2.7. ผู้ป่วยต่างด้าว เป็นผู้ซึ่งไม่สามารถรับทราบ/เข้าใจกระบวนการให้การรักษา รวมทั้งไม่สามารถร้องขอข้อมูล
จำเป็น และยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาได้ให้ปฏิบัติตามการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองตามสิทธิ
พื้นฐานที่พึงได้รับ

2.8. ผู้ป่วยคดี เช่น ผู้ป่วยที่ถูกทำร้ายทางเพศ ถูกทำร้ายโดยบุคคลใกล้ชิด ต้องได้รับการปกปิดข้อมูลและได้รับการ
ดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

**3. จัดสภาพแวดล้อมที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ/วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว สถานที่/บริเวณให้การพยาบาล
เป็นสัดส่วนและมิดชิด**

**4. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยเคารพในสิทธิและยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะ
ปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้นหรือเชื้อชาติ ศาสนา ได้แก่**

- 4.1. ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยเว้นแต่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย
- 4.2. จัดสถานที่ที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย
- 4.3. สอบถามผู้ที่ต้องการข้อมูลของผู้ป่วยว่าเป็นใครเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร
- 4.4. ชี้แจงแก่ผู้ขอข้อมูลของผู้ป่วยให้ทราบถึงขั้นตอนในการขอข้อมูล โดยการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ/ยินยอมให้ข้อมูล
และจัดทำเอกสารในการขอข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร
- 4.5. ตรวจสอบหลักฐานต่างๆ เช่น บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ป่วย และผู้มาขอรับข้อมูล ก่อนให้ข้อมูล
- 4.6. ไม่ให้ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในกรณีเป็นความลับ
- 4.7. รับ/ส่งเวรในสถานที่ที่เหมาะสม
- 4.8. ไม่นำเรื่องของผู้ป่วยมาวิพากษ์วิจารณ์กับผู้อื่น

5. การเป็นตัวแทนผู้ป่วย/ผู้ให้บริการในการพิทักษ์สิทธิ เมื่อมีแนวโน้มหรือถูกละเมิดสิทธิ

6. ก่อนให้การพยาบาลใดๆแก่ผู้ป่วย ควรดำเนินการ ดังนี้

- 6.1. บอกให้ผู้ป่วยได้รับทราบว่าจะอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัว
- 6.2. บอก/หรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง

6.3. ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น

6.4. จัดสถานที่ให้มิดชิด ไม่เปิดเผยร่างกายเกินจำเป็น

7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาล ภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน) โดย

7.1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในขอบเขตของวิชาชีพ โดยให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนก่อนให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ

7.2. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ โรคที่เป็น แผนการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสม

7.3. อธิบายแผนการรักษาทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

7.4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

7.5. อนุญาตให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายต่างๆ / ค่าลดหย่อนตามสิทธิในการรักษาพยาบาล ตลอดจนคุณภาพการรักษาของตนเองได้เช่น ผลการตรวจของแพทย์

7.6. เปิดโอกาสและเต็มใจให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยซักถาม

8. ปฏิบัติตามมาตรฐานด้านสิทธิที่กำหนดเฉพาะเรื่อง ดังนี้

เรื่อง : แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

ลำดับ	ข้อมูล	ผู้รับผิดชอบ	วิธีปฏิบัติ
1	- การวินิจฉัยโรค - แผนการรักษา - การพยากรณ์โรค - ทางเลือกในการรักษา - แจ้งผลตรวจต่างๆ ได้แก่ ผลเลือด , ผลเอ็กซเรย์ , ผลตรวจพิเศษต่างๆ	- แพทย์	- ให้ข้อมูลผู้ป่วยทุกรายและปรับการให้ข้อมูลแบบละเอียด ในกรณีที่มักพบความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ดังนี้ 1) Acute abdomen เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมักเกิดความกังวลว่าจะเป็นไส้ติ่ง 2) ใช้ไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมักเกิดความกังวลว่าจะเป็นไส้เลือดออก 3) เจ็บหน้าอก เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมักเกิดความกังวลว่าจะเป็นโรคหัวใจ - ประเมินความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ - บันทึกข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติลงนามรับทราบข้อมูลนั้น
2	การใช้ยา	- เกสัชกร / เจ้าหน้าที่เภสัชฯ หรือพยาบาล	ตรวจสอบความเหมาะสมของการสั่งจ่ายยา เช่น ชนิดขนาด จำนวน - แนะนำการใช้ยา และข้อควรระวังในการใช้ยา - ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ
3	การถ่าย x-rays	เจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์	ตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งแพทย์และผู้ป่วย - อธิบายการเตรียมตัว เช่น ถอดสร้อย แหวน นาฬิกา - อธิบายการจัดท่า และขั้นตอนการปฏิบัติตัวขณะเอ็กซเรย์ - แจ้งระยะเวลารอคอย และแนะนำผู้ป่วยและญาติรับฟังผล x-rays จากแพทย์

4	การเก็บสิ่งส่งตรวจ เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ เลือด เสมหะ	- เจ้าหน้าที่งาน ชันสูตร - พยาบาล - ผู้ช่วยเหลือคนไข้	- แจ้งคำสั่งการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ เพื่อ ทราบและยินยอมรับการตรวจ โดยเฉพาะ การตรวจเลือด - อธิบายวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ - บอกระยะเวลารอคอยผลตรวจ โดยประมาณ - แนะนำผู้ป่วยและญาติรับฟังผลตรวจได้ จากแพทย์
5	การแจ้งผล HIV	พยาบาล Counseling	- ประเมินความพร้อมตามแนวทางการให้ คำปรึกษาก่อน - แจ้งผลเลือด
6	การแจ้งผลชิ้นเนื้อ	- แพทย์และ พยาบาล Counseling	- ประเมินความพร้อมตามแนวทางการให้ คำปรึกษาก่อนแจ้งผลชิ้นเนื้อ
7	การแจ้งผลชิ้นเนื้อ	- แพทย์และ พยาบาล Counseling	ประเมินความพร้อมตามแนวทางการให้ คำปรึกษาก่อน แจ้งผลชิ้นเนื้อ
8	การให้ข้อมูลก่อนลงนาม ยินยอมรับการรักษา	พยาบาล	- อธิบายข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนลงมือ ทำหัตถการ - อ่านข้อความในแบบลงนามให้ผู้ป่วยและ ญาติจนเป็นที่เข้าใจจึงให้ลงนามรับทราบ และยินยอมรับการรักษา
9	- ความรู้(เรื่องโรคและการ ดูแลสุขภาพ)	พยาบาล	อธิบายแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองใน โรคที่เป็น
10	- แนะนำขั้นตอนการรับ บริการเช่น การยื่นบัตร การ รอตรวจ ,การติดต่อเจ้าหน้าที่ - แนะนำสถานที่ เช่น ห้อง สุขา,การใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	- อธิบายตามแนวทางการให้ข้อมูลทั่วไป/ ปฐมนิเทศผู้ป่วยใหม่

แนวทางปฏิบัติกรณีผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการรักษา



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อรับการผ่าตัดทำหมันหญิง

ข้าพเจ้า นาง / นางสาว อายุ ปี

ได้ขอให้แพทย์ทำการผ่าตัดทำหมันให้ข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้าได้รับการอธิบายให้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการทำหมันแล้วดังนี้

1. การทำหมันหญิงเป็นการคุมกำเนิดชนิดถาวร ซึ่งข้าพเจ้าแน่ใจว่าจะไม่เปลี่ยนใจกลับมาขอผ่าตัดต่อหมันอีก ซึ่งโอกาสที่จะผ่าตัดต่อหมันสำเร็จน้อยกว่าร้อยละ 50 -70 แล้วแต่สถาบันที่ทำการผ่าตัด
2. การทำหมันหญิงเป็นการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง แต่ยังมีโอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์ภายหลังการทำหมันได้ โดยอยู่ที่ประมาณ 1 ใน 500 ถึง 1 ใน 2000 ราย ซึ่งอาจจะเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น การกลับมาต่อกันเองของท่อนำไข่ที่ถูกตัดไปเป็นต้น กรณีที่มีการตั้งครรภ์ภายหลังการทำหมันหญิงนั้น โอกาสที่การตั้งครรภ์นั้น ๆ จะเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีประมาณร้อยละ 50
3. การทำหมันหญิงเป็นการผ่าตัดที่ต้องมีการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น ให้ยาชาเฉพาะที่ การวางยาสลบหรือฉีดยาเข้าไขสันหลัง ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้
4. การผ่าตัดทำหมันหญิงมีโอกาสบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในช่องท้องได้ เช่น ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ ท่อนไต เป็นต้น

จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ณ วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

ลายมือชื่อ/ลายพิมพ์ นิ้วหัวแม่มือ..... ลงชื่อ



ชาย



ขวา

(.....)

(

.....)

ผู้รับบริการทำหมัน

แพทย์ผู้ทำการรักษา

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ป่วย ลงชื่อ พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่

(.....)

(.....)

เกี่ยวข้องเป็น

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ/ผู้ช่วยเหลือคนไข้



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

พ.12.3/MED 01

หนังสือแสดงความยินยอมการเจาะท้อง (Abdominal Paracentesis)

ข้าพเจ้านาย/นาง/ นางสาว.....อายุ.....ปี
 เกี่ยวข้องเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ อื่นๆระบุ.....ของผู้ป่วยชื่อ.....
 เลขที่ประจำตัวโรงพยาบาล (HN) เลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....
 เพื่อรับการผ่าตัดและหัตถการการเจาะท้อง (Abdominal Paracentesis)

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายให้ทราบถึงเหตุผล ขั้นตอน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการเจาะท้อง และทางเลือกของการรักษา จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้ว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อบ่งชี้การเจาะท้อง

- (....) วินิจฉัยหาสาเหตุของน้ำในช่องท้อง เช่น คับแข็ง มะเร็ง การติดเชื้อ เลือดออกในช่องท้อง
- (....) ระบายน้ำออกจากช่องท้องเพื่อบรรเทาอาการแน่นที่เกิดจากน้ำในช่องท้อง

ขั้นตอน

1. ทายาฆ่าเชื้อบริเวณที่จะทำการเจาะท้อง และปูผ้าปราศจากเชื้อ
2. ฉีดยาชาบริเวณที่จะเจาะท้อง และใช้เข็มเจาะน้ำในช่องท้อง

ภาวะแทรกซ้อน

1. มีเลือดออกหรือจ้ำเลือดบริเวณที่เจาะ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือด เช่น ผู้ป่วยโรคตับแข็ง เลือดมักหยุดเองได้ จ้ำเลือดจะค่อยๆสลายไปเองใช้เวลาเป็นสัปดาห์
2. น้ำซึมจากรูเข็มหลังเจาะท้อง มักจะหายเองได้ ให้นอนตะแคงเอาด้านที่เจาะขึ้น 1-2 ชั่วโมง
3. อันตรายเป็นลำไส้ หรือเส้นเลือดที่บริเวณผนังช่องท้อง พบได้น้อยมาก อาจต้องรักษาด้วยการผ่าตัด

ทางเลือกอื่นของการรักษา

1. การทำอัลตราซาวด์หรือเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ข้อดี คือ ไม่เจ็บ ข้อเสีย คือ มักจะไม่ได้การวินิจฉัยที่ชัดเจน ถ้าไม่ตรวจน้ำในช่องท้อง เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์มีความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบและไตวายจากการฉีดสี
2. ยาขับปัสสาวะ ใช้เพื่อลดปริมาณน้ำในช่องท้องได้ในบางโรค เช่น คับแข็ง ข้อดี คือ ไม่เจ็บ ข้อเสีย คือ ทำให้เกิดเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติได้ น้ำในช่องท้องลดลงช้ากว่าการเจาะระบายน้ำมักต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์

ข้าพเจ้า (.....) ยินยอมให้เจาะน้ำในช่องท้อง และกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้าพเจ้านุญาตให้ทีมแพทย์ ผู้รักษาเลือกหรือเปลี่ยนวิธีการรักษา หรือผ่าตัด เพื่อประโยชน์ในการรักษา หรือช่วยชีวิต ตามมาตรฐานทางการแพทย์

(.....) ยินยอมให้ ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว

อายุ HN เจาะน้ำในช่องท้อง

(.....) ไม่ยินยอมให้เจาะน้ำในช่องท้อง เนื่องจาก

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ณ วันที่เดือน พ.ศ. เวลา.....น.

ลายมือชื่อ/ลายพิมพ์ นิ้วหัวแม่มือ

ลงชื่อ.....

☐ ชาย ☐ หญิง (.....)

(.....)

☐ ผู้รับการตรวจ ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม เกี่ยวข้องเป็น.....

แพทย์ผู้ทำการรักษา

ลงชื่อ

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่

(.....)

(.....)



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

หนังสือแสดงความยินยอมการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

(Central line insertion)

ข้าพเจ้านาย/นาง/ นางสาว.....อายุ.....ปี
 เกี่ยวข้องเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ อื่นๆระบุ.....ของผู้ป่วยชื่อ.....
 เลขที่ประจำตัวโรงพยาบาล(HN) เลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....

เพื่อรับการผ่าตัดและหัตถการการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line insertion)

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายให้ทราบถึงเหตุผล ขั้นตอน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
 ทางเลือกของการรักษา จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้ว ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อบ่งชี้การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

(....) เพื่อประเมินปริมาณน้ำในภาวะวิกฤติ หากปริมาณน้ำในร่างกายน้อยเกินไปจะทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายไม่เพียงพอ แต่ถ้าหากมีปริมาณน้ำในร่างกายมากเกินไป อาจมีผลต่อการทำงานของหัวใจและปอด การประเมินปริมาณน้ำในร่างกายทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่มีหลักฐานชัดเจนคือ การวัดความดันในหลอดเลือดดำ ซึ่งจะวัดได้โดยการใส่สายสวนหลอดเลือดดำเข้าไป

(....) เพื่อให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอด้วยการกิน หรือทางสายให้อาหารทางจมูก หรือ จำเป็นต้องงดการให้อาหารผ่านทางเดินอาหารเป็นเวลานาน ซึ่งการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จะทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดได้ง่าย

(....) เพื่อให้สารน้ำในกรณีที่ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้เพียงพอ จึงจำเป็นต้องใช้หลอดเลือดดำส่วนกลาง รวมทั้งเพื่อให้ยาบางชนิด เช่น ยาที่มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจ

ขั้นตอน

1. นอนราบหันหน้าไปซ้าย หรือ ขวา ขึ้นกับตำแหน่งที่จะใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
2. ใช้ยาชาเฉพาะที่ ตำแหน่งที่จะใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
3. ใส่หลอดเลือดดำส่วนกลางตามขั้นตอนทางการแพทย์
4. ระหว่างใส่มีเครื่องติดตามการเต้นหัวใจ เพื่อติดตามภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ
5. หลังทำเสร็จ ประเมินตำแหน่งสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางโดยภาพรังสีทรวงอก

ภาวะแทรกซ้อน

1. มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด อาจต้องรักษาด้วยการใส่ท่อระบายลมในปอด
2. มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดง ทำให้มีเลือดออกจากบริเวณที่ใส่สาย หรือเลือดออกใต้ผิวหนังรอบบริเวณสาย
3. ติดเชื้อที่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เจ็บบริเวณที่ใส่สายสวน

ทางเลือกอื่นของการรักษา

ประเมินสารน้ำในร่างกายโดยการทำอัลตราซาวด์หัวใจหรือ เส้นเลือดดำเข้าหัวใจ ข้อเสีย มีข้อจำกัดในผู้ป่วยอ้วนผนังหน้าท้องหนา ดับโด มีน้ำในช่องท้องมาก และการใช้อัลตราซาวด์มีโอกาสผิดพลาดสูงขึ้นกับความชำนาญของแพทย์

ระยะเวลาในการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ

ขึ้นกับความรุนแรงของโรคที่ไป โรคประจำตัว การรักษา ผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อน



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

หนังสือแสดงความยินยอม การการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)

และ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก (Sigmoidoscopy)

ข้าพเจ้านาย/นาง/ นางสาว.....อายุ

.....ปี

เกี่ยวข้องกับ ☐ ผู้ป่วย ☐ อื่นๆระบุ.....ของผู้ป่วยชื่อ

.....

เลขที่ประจำตัวโรงพยาบาล(HN) เลขที่.....เบอร์โทรศัพท์

.....

เพื่อรับการผ่าตัดและหัตถการการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) หรือ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก (Sigmoidoscopy)

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายให้ทราบถึงเหตุผล ขั้นตอน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และทางเลือกของการรักษา จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้ว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมดจนถึงลำไส้เล็กส่วนปลาย โดยใช้กล้องที่มีลักษณะเป็นท่อยาว โค้งงอได้ ใส่ทางทวารหนัก

ข้อบ่งชี้การส่องกล้อง

(....) วินิจฉัยอาการผิดปกติที่เกิดจากลำไส้ใหญ่ เช่น ท้องผูกสลับท้องเสีย ท้องเสียเรื้อรัง ถ่ายเป็นเลือด ตรวจพบเลือด

ในอุจจาระ หรือตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ที่มีความเสี่ยง รอยโรคที่ตรวจพบได้จากการส่องกล้อง เช่น

เนื้องอก มะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้อักเสบ แผลในลำไส้ สามารถเอาชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยาได้

(....) รักษาโรค เช่น เลือดออกในลำไส้ใหญ่ ลำไส้อุดตันจากมะเร็ง

ขั้นตอน

1. นอนตะแคงซ้าย งอเข่า
2. จัดระยะจับความเจ็บปวดและยานอนหลับทางเส้นเลือด และ/หรือดมยาสลบ อาจจะมีการแสบหรือปวดบริเวณที่ฉีดยา
3. ส่องกล้องเข้าทางทวารหนักไปจนสุดลำไส้ใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที ระหว่างทำท่านอาจมีความรู้สึกอึดอัดแน่นท้อง เหมือนอยากถ่ายหรือผายลม
4. หลังส่องกล้องตรวจท่านจะต้องอยู่สังเกตอาการต่อ 1-2 ชั่วโมง

ภาวะแทรกซ้อน

1. ปวดท้อง อึดอัดไม่สบายท้องเนื่องจากลมที่ค้างในลำไส้ใหญ่ อาการจะดีขึ้นเมื่อผายลม
2. ลำไส้ทะลุ พบได้ร้อยละ 0.5 (1 ใน 500) ซึ่งอาจจะต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัด
3. ภาวะเลือดออก ในรายที่มีการตัดชิ้นเนื้อพบได้ร้อยละ 1-3 เลือดอาจจะหยุดได้เอง หรือต้องส่องกล้องซ้ำเพื่อหยุดเลือด
4. สำลักอาหาร กรณีงดอาหารไม่ถึงกำหนดก่อนการให้ยาระงับความเจ็บปวดและยานอนหลับ อาจจะทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในปอดได้
5. ภาวะแพ้ยาที่ใช้ระงับความเจ็บปวด อาจมีอาการแน่นหน้าอก หัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตต่ำ



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

หนังสือแสดงความยินยอมการเจาะข้อและการฉีดยาเข้าข้อ (Arthrocentesis)

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว.....อายุ.....ปี
 เกี่ยวข้องเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ อื่นๆระบุ.....ของผู้ป่วยชื่อ.....
 เลขที่ประจำตัวโรงพยาบาล (HN) เลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....
 เพื่อรับการผ่าตัดและหัตถการการเจาะข้อและการฉีดยาเข้าข้อ (Arthrocentesis)

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายให้ทราบถึงเหตุผล ขั้นตอน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการเจาะข้อและการฉีดยาเข้าข้อ และ
 ทางเลือกของการรักษา จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้ว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อบ่งชี้การเจาะข้อและการฉีดยาเข้าข้อ

- (....) เพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุข้ออักเสบ เช่น การติดเชื้อในข้อ โรคเก๊าท์ หรือภาวะเลือดออกในข้อ เป็นต้น
- (....) เพื่อบรรเทาอาการปวดข้อโดยการระบายน้ำในข้อจะช่วยลดความดันและการอักเสบภายในข้อ
- (....) เพื่อติดตามการรักษาในภาวะข้ออักเสบติดเชื้อ
- (....) ฉีดยาเข้าข้อ ตามข้อบ่งชี้โรคนั้นๆ ได้แก่

ขั้นตอน

1. จัดทำผู้ป่วย ตามตำแหน่งข้อที่ต้องการเจาะ
2. ทำความสะอาดบริเวณตำแหน่งที่จะเจาะข้อ ฆ่าเชื้อกลาง
3. ฉีดยาชา ตรงตำแหน่งที่จะเจาะข้อ ตั้งแต่ผิวหนังลงไป จนถึงเยื่อหุ้มข้อ
4. ใช้เข็มเจาะดูดน้ำในข้อออกมาให้มากที่สุด เพื่อส่งตรวจและลดความดันภายในข้อ (ในกรณีฉีดยาเข้าข้อ ใช้ยาสเตียรอยด์ triamcinolone ผสมยาชาฉีดเข้าข้อหลังดูดน้ำในข้อออกจนหมด) หลังเจาะข้อปิดแผลด้วยแผ่นผ้าก๊อชปลอดเชื้อ

ภาวะแทรกซ้อน

1. อาการจากการแพ้ยาชา เช่น มีผื่นบริเวณที่ฉีดยาชา ผื่นขึ้นตามตัว ความดันต่ำ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก
2. เลือดออกในข้อ ติดเชื้อบริเวณข้อที่เจาะ ซึ่งจะพบอาการบวม ปวดมากขึ้น มีไข้ ภายหลังจากการเจาะ 2-3 วัน

ทางเลือกอื่นของการรักษา

การใช้ยาบรรเทาอาการปวด แต่จะทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยที่แท้จริง ก่อให้เกิดความล่าช้าในการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผล
 เสียหากเป็นข้ออักเสบจากการติดเชื้อ อาจทำให้ข้อถูกทำลายมากขึ้น หากไม่ได้รับยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสมอย่างทันทั่วถึง

ข้าพเจ้า (.....) ยินยอมเจาะข้อและการฉีดยาเข้าข้อ และกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้าพเจ้านุญาตให้ทีมแพทย์ ผู้รักษาเลือกหรือ
 เปลี่ยนวิธีการรักษา หรือผ่าตัด เพื่อประโยชน์ในการรักษา หรือช่วยชีวิต ตามมาตรฐานทางการแพทย์

(.....) ยินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว
 อายุ HN เจาะข้อและการฉีดยาเข้าข้อ

(.....) ไม่ยินยอมเจาะข้อและการฉีดยาเข้าข้อ เนื่องจาก

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ณ วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.

ลายมือชื่อ /ลายพิมพ์ นิ้วหัวแม่มือ

ลงชื่อ.....

☐ ชาย ☐ ขว (.....)

(.....)

☐ ผู้ขอรับการตรวจ ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม เกี่ยวข้องเป็น.....

แพทย์ผู้ทำการรักษา

ลงชื่อ

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่

(.....)

(.....)



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

หนังสือแสดงความยินยอม การเจาะน้ำจากไขสันหลัง (Lumbar Puncture)

ข้าพเจ้านาย/นาง/ นางสาว.....อายุ.....ปี
 เกี่ยวข้องเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ อื่นๆระบุ.....ของผู้ป่วยชื่อ.....
 เลขที่ประจำตัวโรงพยาบาล(HN) เลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....

เพื่อรับการผ่าตัดและหัตถการการเจาะน้ำจากไขสันหลัง (Lumbar puncture)

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายให้ทราบถึงเหตุผล ขั้นตอน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการเจาะน้ำจากไขสันหลัง และทางเลือกของการรักษา จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้ว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อบ่งชี้การเจาะน้ำจากไขสันหลัง

- (....) วินิจฉัยโรคในเยื่อหุ้มสมองและโรคภายในกะโหลกศีรษะ
- (....) เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ
- (....) เพื่อให้ยาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง

ข้อห้ามในการเจาะน้ำจากไขสันหลัง

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะก่อนในสมอง ซึ่งแพทย์จะสั่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนทำการ
2. ภาวะเลือดออกง่ายชนิดรุนแรง เช่นภาวะเกร็ดเลือดต่ำรุนแรง
3. มีการติดเชื้อตรงตำแหน่งหลังที่เจาะน้ำไขสันหลัง

ขั้นตอน

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง งอเข่า เท้าชิด
2. ทำความสะอาดบริเวณหลัง ตรงตำแหน่งที่จะเจาะ ใช้ยาชาระงับความรู้สึก
3. ใช้เข็มเจาะเข้าไปในช่องไขสันหลัง ระดับกระดูกสันหลังที่ 3-4 หรือ 4-5
4. วัดความดันน้ำไขสันหลัง แล้วนำน้ำไขสันหลังออกมาตรวจหรือระบายน้ำไขสันหลัง เพื่อให้อาการปวดศีรษะดีขึ้น และวัดความดันน้ำไขสันหลังซ้ำอีกครั้ง
5. ดึงเข็มออก และกดปิดรูเจาะหลัง

ภาวะแทรกซ้อน

1. อาการปวดหลัง อาจมีอาการปวดเลี้ยวแปลี้ยวร้าวลงขาได้ แต่เมื่อขยับอาการจะดีขึ้น
2. อาการปวดศีรษะ และเห็นภาพซ้อนได้
3. ภาวะติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมอง แต่เกิดได้น้อย
4. เลือดออกบริเวณตำแหน่งที่เจาะ ในกรณีเลือดออกง่าย
5. บาดเจ็บต่อไขสันหลัง กรณีเจาะไม่ถูกตำแหน่ง

ทางเลือกอื่นของการรักษา

1. ให้ยาปฏิชีวนะรักษาไปก่อนได้ในบางกรณี เช่น สงสัยการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมอง
2. ผ่าตัดศีรษะวางสายระบายน้ำไขสันหลัง

ข้อเสีย ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า และอาจรักษาไม่ตรงสาเหตุของโรค หากไม่ระบายน้ำไขสันหลัง กรณีที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง

แนวทางปฏิบัติกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจปฏิเสธการรักษาให้อธิบายปฏิบัติดังนี้

1. แพทย์/พยาบาลสอบถามและรับฟังเหตุผล ความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยถึงสาเหตุของการปฏิเสธ การรักษาด้วยท่าทีที่ให้เกียรติ
2. แพทย์/พยาบาลอธิบายทำความเข้าใจหากการตัดสินใจของผู้ป่วยเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน
3. แพทย์/พยาบาลสอบถามความเข้าใจถึงผลกระทบของการไม่รับการรักษา รับฟังแล้วจึงให้ข้อมูลหรือคำอธิบาย แก่ผู้ป่วยถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยยังยืนยันที่จะไม่รับการรักษา ให้เคารพการตัดสินใจนั้น
4. พยาบาลให้ผู้ป่วยลงนามในใบไม่สมัครใจรับการรักษา โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า "ตามระเบียบปฏิบัติ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาจะต้องลงนามในเอกสารแสดงความจำนงค์กล่าว และขอให้มั่นใจว่า การตัดสินใจปฏิเสธการรักษาครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาครั้งต่อไปของท่าน"
5. ถ้าผู้ป่วยขอไปรับการรักษาที่อื่น ให้เขียนใบส่งตัวด้วย
6. แพทย์/พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคหรืออาการและการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว กรณีเป็นผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ให้ปฏิบัติต่อญาติหรือผู้ปกครองตามแนวทางดังกล่าว

แนวทางปฏิบัติในการให้ยืมเวชระเบียน/การขอประวัติการรักษา,ฟิล์มเอ็กซเรย์

ขั้นตอนการ Write CD + Print Film



แนวทางปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิในผู้ป่วยเด็ก

1. จัดสถานที่ สิ่งของ อุปกรณ์โดยยึดหลัก 5ส,มีป้ายเตือนแสดงจุดที่อันตราย , จัดให้มีไม้กั้นเตียงทุกเตียง
2. อนุญาตให้ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา พร้อมทั้งแนะนำญาติเรื่องการดูแลเด็กขณะอยู่รพ.
3. ได้รับการตรวจเยี่ยมจากแพทย์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และได้รับการดูแลจากทีม พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ
4. อนุญาตให้ญาติใช้รถเข็นนั่งสำหรับดูแลผู้ป่วยขณะอยู่รพ. และแนะนำญาติให้ สามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม
5. กรณีไม่มีญาติดูแลจะจัดเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด
6. เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ทุกครั้งที่ปฏิบัติการพยาบาลต้องอธิบายให้ญาติดูแลเข้าใจถึง แผนการรักษาพยาบาลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการเห็นชอบและยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาลตามแผน
7. เฝ้าระวังอุบัติการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เช่น การพลัดตกหกล้ม, ความผิดพลาดทางยา ใช้ infusion pump ทุกครั้งที่มีการให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยเด็ก, การติดเชื้อในรพ. ฯลฯ และนำทุกอุบัติการณ์มารวบรวมกันวางแผนป้องกัน แก้ไข ตามลำดับขั้นตอน
8. มีการบันทึกเวชระเบียนครบถ้วนถูกต้องตามความเป็นจริง
9. ผู้ป่วยเด็กที่หนักเกินศักยภาพของรพ. จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง

ต่อไป

หมายเหตุ รพ.ยังไม่มี การจัดแยกเด็กออกจากผู้ป่วยสามัญ เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องอาคารสถานที่ แต่มีการจัดทำมุม พัฒนาการเด็ก/เด็กเล่นในหอผู้ป่วย และแยกโซนเตียงให้เป็นโซนผู้ป่วยเด็ก เลือกลูกเตียงที่มีระดับต่ำ

แนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกโรค

เกณฑ์การพิจารณาแยกผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในห้องแยกโรค

1. ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ซีดมาก , สูงอายุ , on chemotherapy
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการญาติดูแลใกล้ชิด ประคับประคองก่อนจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรี
3. คิดเชื่อทางเดินหายใจที่เสี่ยงต่อการแพร่ไปสู่ผู้ป่วยอื่น เช่น TB , สุกใส , หัด
4. ผู้ป่วยโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น ผู้ป่วยตับอักเสบ B , ไขเลือดออก
5. ผู้ป่วย HIV ที่เปิดเผยตัวและยินยอมเข้าพักรักษาตัวในห้องแยก
6. ผู้ป่วยโรคทางระบบโลหิตวิทยาที่รุนแรงต้องควบคุม เช่น ไข้หัดคนก , ซาร์ , ไข้หวัดนก , กาฬโรค , ไข้กาฬหลังแอ่น , พิษสุนัขบ้า ฯลฯ
7. ผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเกิดภาวะคลุ้มคลั่งได้ง่ายจากการถูกกระตุ้น

แนวทางปฏิบัติ

1. แพทย์หรือพยาบาลสามารถ เป็น ผู้ตัดสินใจแยกผู้ป่วยโดยดูตามเกณฑ์ข้างต้น ทั้งนี้ต้องมีการประเมินอย่างรอบคอบแล้วว่าผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์ดังกล่าวจริงเป็นระยะเวลาพอสมควร
- 2.ชี้แจงญาติผู้ดูแลถึงสาเหตุความจำเป็นของการแยกผู้ป่วย และได้รับความยินยอมแล้วจึงย้ายผู้ป่วยเข้าพักรักษาในห้องแยกโรคได้
3. กรณีญาติและ/หรือผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าพักรักษาที่ห้องแยก ให้ลงบันทึกเหตุผลความจำเป็น พร้อมลายมือชื่อญาติผู้ไม่ยินยอมให้ผูกยึดไว้เป็นหลักฐาน ยกเว้นกรณีข้อ 6 ที่จำเป็นต้องแยกผู้ป่วยแม้ญาติไม่ยินยอมโดยให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ
4. อนุญาตให้มีญาติดูแลใกล้ชิดได้ 1-2 คน หรือตามความเหมาะสม ยกเว้น ผู้ป่วยในข้อ 6 ที่ต้องแยกกักโดยเด็ดขาด และต้องได้รับการพิจารณาจากแพทย์เท่านั้น
5. ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยตามความเหมาะสมตามแผนการรักษา

แนวทางปฏิบัติในการระบุตัวผู้ป่วย

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพิ่มความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษา
- 1.2 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการระบุตัวบุคคล
- 1.3 เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายและการติดตามญาติ
- 1.4 ป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในการดูแลรักษาผู้ป่วยผิดคน

2. ขอบข่าย

- 2.1 การระบุตัวผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวแต่สับสนทุกราย
- 2.2 การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา ให้ปฏิบัติตาม WI-NUR-004
- 2.3 การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เลือด/ผลิตภัณฑ์ของเลือด ให้ปฏิบัติตาม WI-NUR-006
- 2.4 การระบุตัวทารกแรกเกิด

2.5 การระบุตัวของผู้ป่วยที่ OPD

2.6 การระบุตัวผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและห้องสังเกตอาการ

3. ความรับผิดชอบ

บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษา

4. คำนิยามศัพท์

4.1 รูปพรรณสัณฐาน หมายถึง ลักษณะรูปร่างทรวดทรงและสีผิว

4.2 พยานบุคคล หมายถึง ผู้รู้เห็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่ใช้อย่างเป็นทางการ เพื่อพิสูจน์ข้อเท็จจริง

5. วิธีปฏิบัติ

1. การระบุตัวผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัว หรือ รู้สีกตัวแต่สับสนทุกราย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้ในการระบุ ตัวบุคคล

2. เพื่อใช้ในการติดตามประวัติการรักษา และติดตามญาติผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ประวัติได้

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ประเมินอาการแรกเริ่มของผู้ป่วย เช่น วัตถุประสงค์มาพบแพทย์ ระดับความรู้สึกตัว

2. ประเมินสภาพแรกเริ่มและจดบันทึกลักษณะรูปพรรณ สัณฐาน ของผู้ป่วย เช่น เครื่องแต่งกาย เสื้อผ้า รอยสักหรือรอยแผลเป็นต่างๆ

3. ถ่ายรูปผู้ป่วย และทำการจัดเก็บไว้ในประวัติเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อช่วยในกรณีญาติมาติดตาม สอบถามผู้ป่วยภายหลัง

4. การลงประวัติผู้ป่วยกรณีไม่ทราบชื่อ และนามสกุล ให้ลงประวัติดังตัวอย่าง เช่น ชายไม่ทราบนามสกุลวันที่ 29/3/54 เวลา 11.00 น.

5. จัดทำป้ายติดข้อมือระบุชื่อ นามสกุล ตามที่ลงทะเบียน

6. กรณีมีของมีค่าของผู้ป่วยให้เก็บในซอง หรือถุงพลาสติก ลงทะเบียนในสมุดบันทึกของมีค่าและส่งต่อไปที่ตึก พร้อมผู้ป่วย ทำการตรวจสอบซ้ำ และเซ็นชื่อผู้ตรวจสอบและรับเอกสารทุกครั้งกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว, รู้สีกตัวแต่ สับสนและไม่มีญาติ

- ใต้ป้ายข้อมือระบุเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN)/ให้ตรงกับแฟ้มประวัติ จนกว่าจะทราบข้อมูลการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง เพื่อให้การรักษาพยาบาลได้ถูกตัวบุคคล

- บันทึกรายละเอียดต่างๆ / เกี่ยวกับผู้ป่วยลงในบันทึกทางการพยาบาล เช่น เพศ วัย อายุ โดยประมาณส่วนสูงน้ำหนัก เชื้อชาติ รูปพรรณสัณฐาน ท่าเดินต่างๆ เสื้อผ้าและทรัพย์สินที่ติดมากับผู้ป่วย

- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ สถานีตำรวจ เพื่อค้นหาญาติหรือผู้เกี่ยวข้อง ภายใน 2 วัน ถ้ายังไม่มียาติ มาติดต่อประสานงานซ้ำ

- ถ้าไม่มีญาติมาติดต่อให้ประสานงานกับงานบริหารเพื่อติดต่อสังคมสงเคราะห์ให้ดำเนินการต่อไป

- กรณีเสียชีวิตให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อชันสูตรพลิกศพ

- บันทึกรวบรวมเอกสารส่งมอบเจ้าหน้าที่เวชระเบียนพร้อมเซ็นรับ

- รวบรวมหลักฐานและทรัพย์สิน ส่งมอบเจ้าหน้าที่ตำรวจพร้อมเซ็นรับและมีพยานบุคคล กรณีมีญาติมอบทรัพย์สินให้ญาติพร้อมเซ็นรับและมีพยานบุคคล

- เมื่อญาติมาติดต่อให้ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานที่ญาตินำมาแสดง

กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว แต่มีญาติ

1. ปฏิบัติตามข้อ 1.- 2. (กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว, รู้สีกตัวแต่สับสนและไม่มีญาติ)

2. ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานที่ญาตินำมาแสดงให้ถูกต้องครบถ้วน

กรณีผู้ป่วยรู้สีกตัว

1. ทำบัตร แจ้งชื่อ โดยใช้บัตรประชาชน/พาสปอร์ต

2. ไม่มีบัตร สอบถาม ชื่อ-นามสกุล/อายุ/ชื่อมารดา/ชื่อบิดา/บ้านเลขที่

2. การระบุตัวผู้ป่วยในการให้ยา

ให้ปฏิบัติตามแนวทาง การบริหารยาสหเอกสาร : WI –NUR-004

3. การระบุตัวผู้ป่วยในการให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด

ให้ปฏิบัติตามแนวทาง การบริหารการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดรหเอกสาร : WI-NUR-006

4. การระบุตัวทารกแรกเกิด

แนวทางการระบุตัวทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อความแม่นยำในการระบุตัวทารกในกระบวนการดูแลรักษา

2. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการระบุตัวบุคคล

3. เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายและการติดตามญาติ

4. ป้องกัน ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในการดูแลรักษาทารกผิคน

ขอบข่าย : การระบุตัวทารกแรกเกิดทุกราย

ความรับผิดชอบ : บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแล รักษา

ขั้นตอนปฏิบัติ

การเกิด

1. พยาบาลห้องคลอดตรวจสอบชื่อ- สกูลมารดาให้ถูกต้องตามบัตรประชาชนของผู้ป่วยที่แจ้งกับโรงพยาบาล

2. เตรียมป้ายชื่อมือชื่อ – นามสกุล ทารก จำนวน 2 ชุด ซึ่งระบุข้อมูลดังนี้

- เพศ ทารก

- ชื่อ – นามสกุลที่ทารกใช้ (ตามที่แจ้งไว้ในสมุดสีชมพู)

- วัน เดือน ปี ที่เกิดของทารก

- เวลาเกิด

** โดย 1 ชุด ใช้ป้ายชื่อเท้าสีขาว จำนวน 1 อันผูกติดไว้ที่ข้อมือขวาของมารดา และจะเปลี่ยนมาผูกที่ข้อเท้าขวาของทารกหลังจากทารกคลอดแล้ว

** ป้ายชื่อมืออีก 1 ชุดจำนวน 1 อัน จะระบุสีดังนี้ เพศหญิง ใช้ป้ายสีชมพู เพศชายใช้ป้ายสีฟ้า โดยผูกที่ข้อเท้าซ้ายทารก

3. ก่อนย้ายทารกออกจากห้องคลอดให้ตรวจสอบข้อมูลซ้ำ ดังนี้

- ตรวจสอบชื่อมารดา นามสกุลทารก เพศ วันที่ เวลา ให้ตรงกับเวชระเบียน
- มีผู้ตรวจสอบซ้ำ

4. ในกรณีที่มารดารู้สึกตัวดี นำป้ายชื่อเท้าทารกและนำตัวทารกไปให้มารดาดู ตัวอย่างป้ายชื่อเท้าสีขาว ตัวอย่างป้ายชื่อเท้าสีชมพู/ฟ้า

การคลอด

1. แจ้งเพศทารกพร้อมทั้งอุ้มทารกให้มารดาดูเพศทันทีหลังคลอด
2. ระบุ ชื่อ- นามสกุล และ HN ของมารดาตาม OPD card เวลาคลอด วัน เดือน ปี ที่คลอด ลงบนป้ายชื่อเท้า
3. เจ้าหน้าที่ 2 คน คือ เจ้าหน้าที่ผู้ทำคลอด และผู้ป้วย ตรวจสอบความถูกต้องป้ายชื่อเท้าพร้อมกัน และนำไปให้มารดาตรวจสอบซ้ำก่อนนำไปผูกที่ข้อเท้าขวาของทารกให้แน่นหนา
4. ให้มีการตรวจสอบชื่อ – นามสกุล มารดา เพศทารก โดยเจ้าหน้าที่ผู้ส่ง หรือ พยาบาลผู้ตรวจสอบขณะที่มีการส่งมอบทารกย้ายไปหน่วยงานอื่น

ด.....บุตรคุณใจดี ดีใจเกิด.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....

ด.ญ.บุตรคุณ ใจดี ดีใจ เกิด 3 มิ.ย. 2558 เวลา 10.10 น.

5. การระบุตัวผู้ป่วยที่ OPD

5.1 ตรวจสอบชื่อ นามสกุล อายุ โดยการสอบถามผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนให้บริการ และ ตรวจสอบกับประวัติในเวชระเบียนให้ตรงกัน

5.2 พยาบาลลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ให้ครบถ้วน

6. การระบุตัวผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินและห้องสังเกตอาการ

การระบุตัวผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน

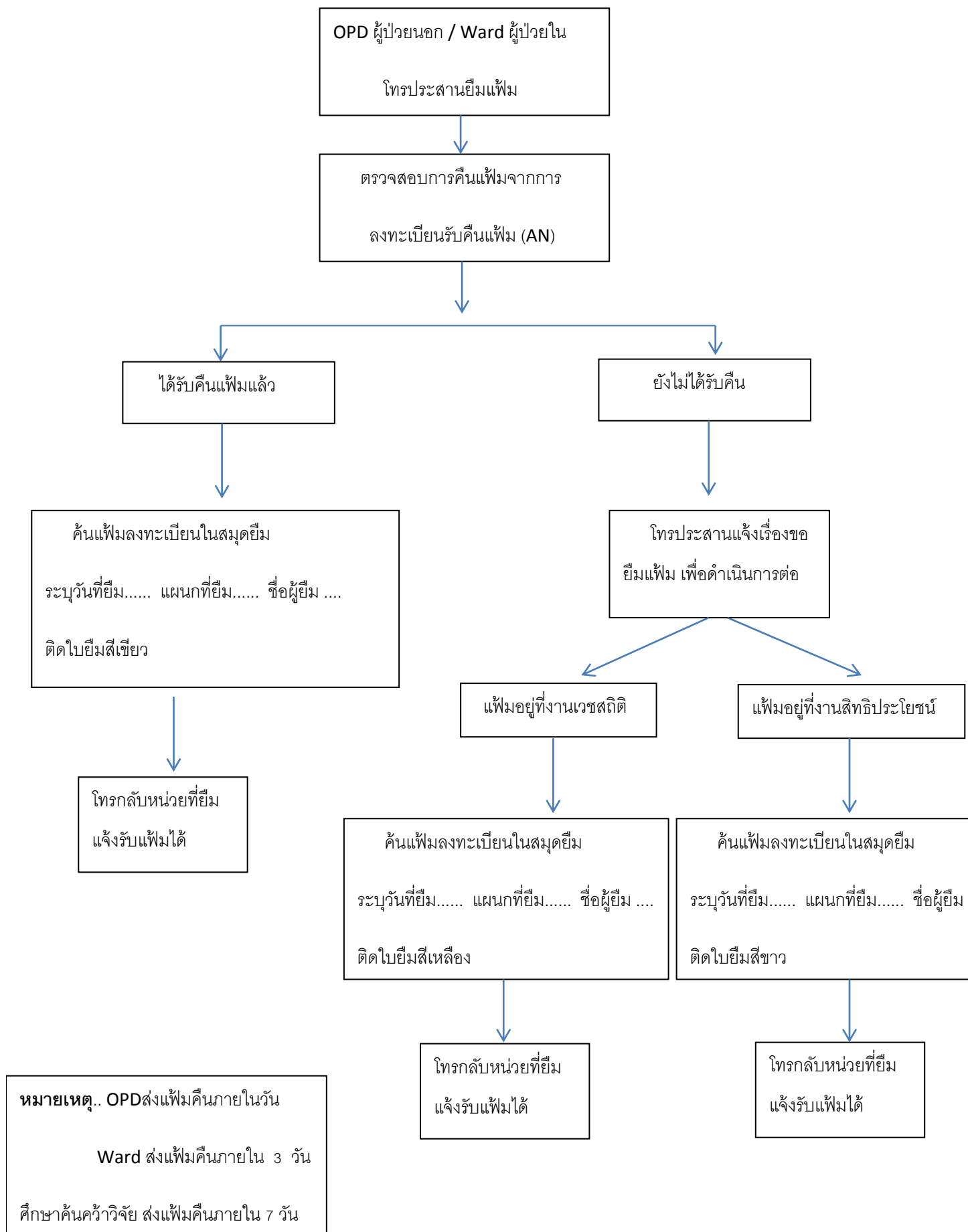
- 6.1 กรณีรถตรวจ/ ส่งต่อจาก แผนกอื่นๆ => ป้ายแขวนระบุแผนกที่รถตรวจ พร้อมติดสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย
- 6.2 กรณีทำหัตถการ => ตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล อายุ => จากใบส่งต่อระหว่างหน่วยงาน
- 6.3 กรณีตรวจโรคทั่วไป => เวชระเบียนทำบัตร => พยาบาลตรวจสอบ ถามชื่อ – นามสกุล อายุ ก่อนซักประวัติลงคอมพิวเตอร์
- 6.4 กรณีอุบัติเหตุหมู่เขียนป้ายข้อมูลผู้ป่วย โดยระบุชื่อ-นามสกุลและแขวนป้ายชื่อผู้ป่วยไว้ที่เตียง / รถนั่งโดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามระดับความรุนแรงและลักษณะการบาดเจ็บ โดย Print สติ๊กเกอร์ปิดที่ป้ายข้อมูลตามสีดังนี้
 - Emergency –แดง
 - Urgency – เหลือง
 - Non Urgency – เขียว

โดยในทุกกรณีเน้นย้ำการสอบถามชื่อ – นามสกุล ของผู้ป่วยให้ตรงกันกับเวชระเบียนก่อนให้บริการทุกครั้ง
การระบุตัวผู้ป่วยที่ห้อง สังเกตอาการใช้แนวทางเดียวกับการระบุตัวผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน

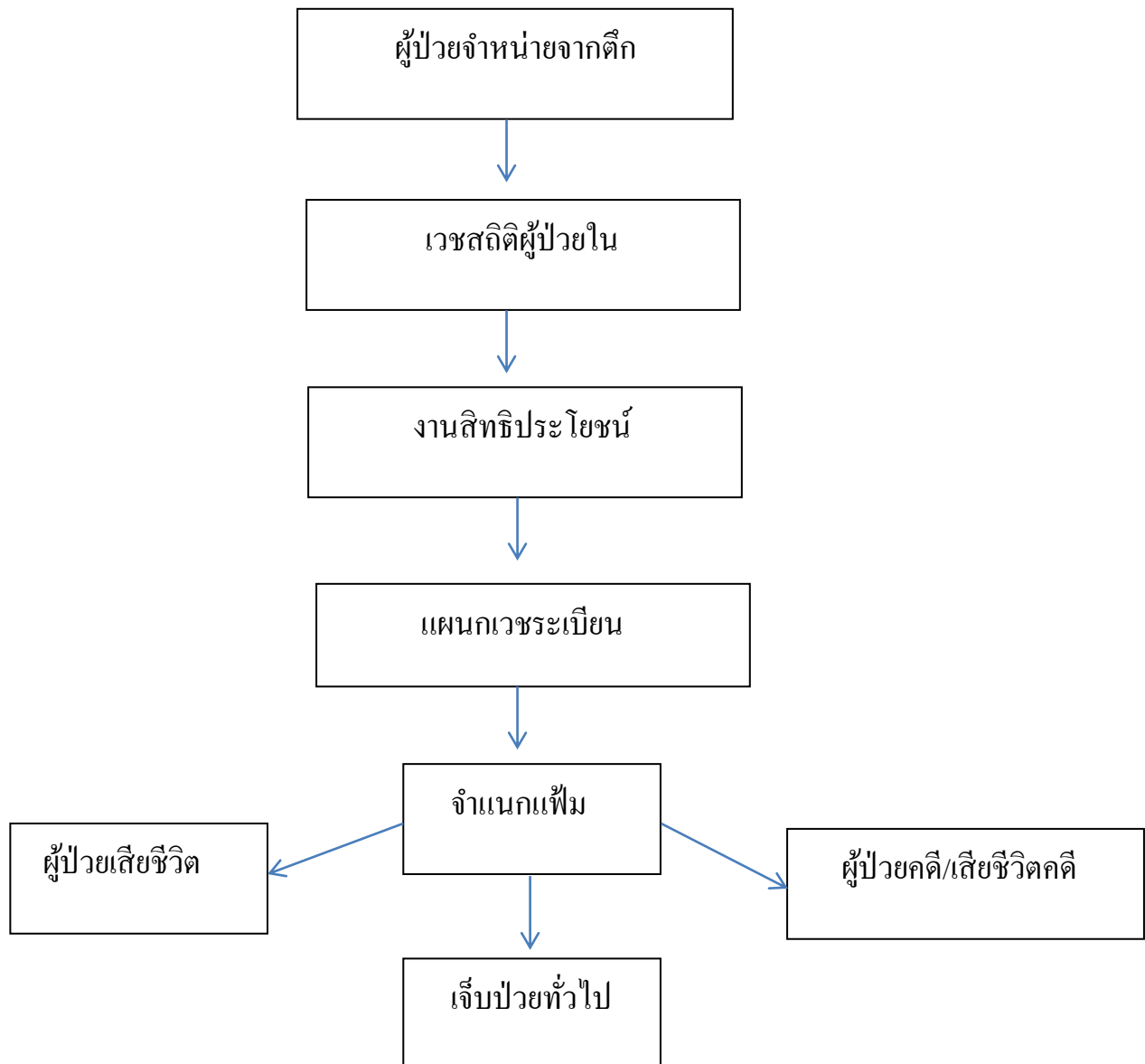
แนวทางการยืม-คืน เวชระเบียนผู้ป่วยใน

|

Flow การยืม-คืน เวชระเบียนผู้ป่วยใน

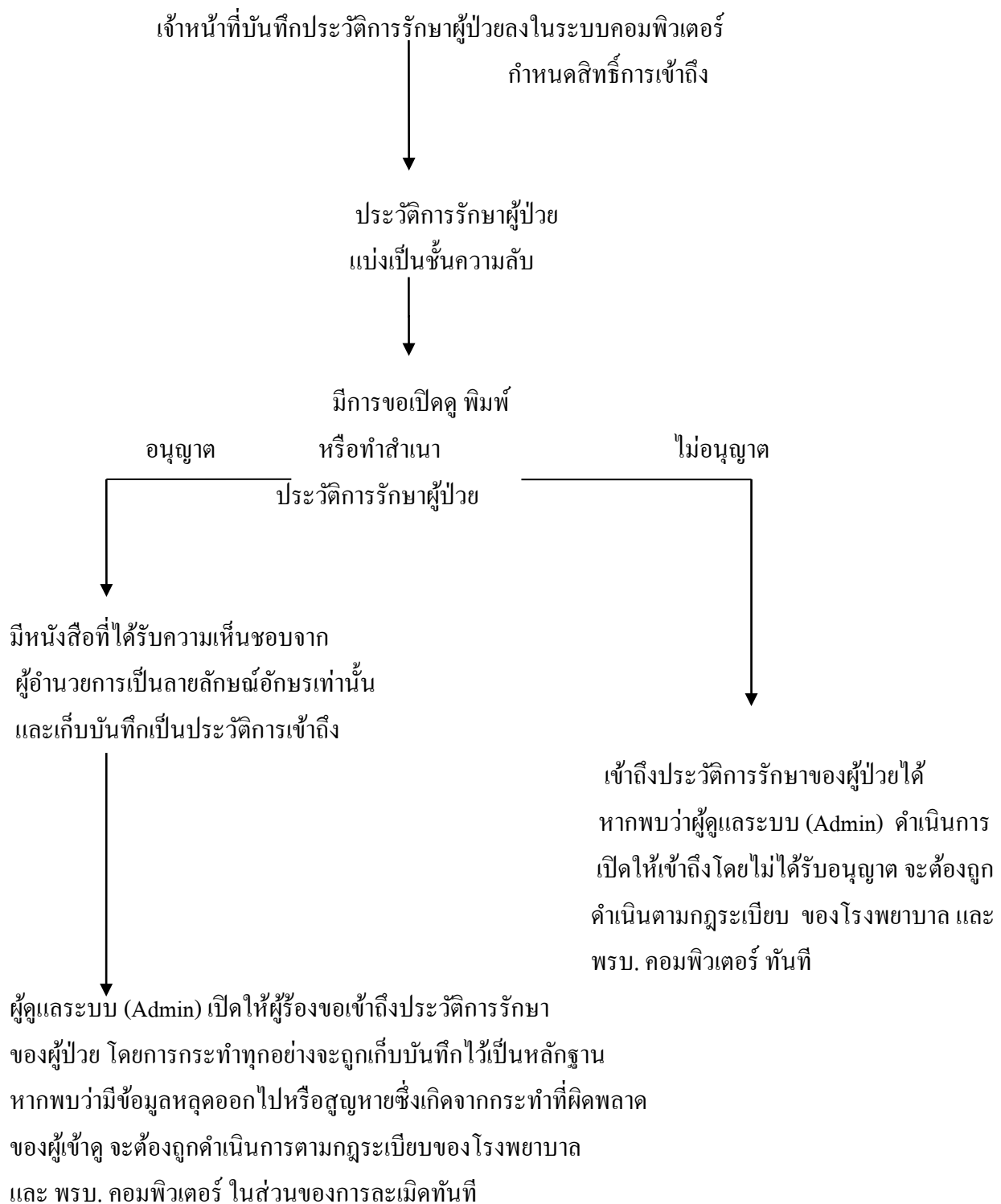


Flow Chart



ระบบการรักษาความลับข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนและคอมพิวเตอร์

การเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์



มาตรฐานที่ 11

การบันทึกทางการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบเพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

เป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพนำกระบวนการพยาบาลมาตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการบันทึกสื่อสารได้ถูกต้องและสมบูรณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและทำการบันทึกอย่างถูกต้องสมบูรณ์
2. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อสะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลเพื่อวางแผนการพยาบาลและใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้

ตัวชี้วัด

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทางการพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด $> 80\%$

สูตร = $\frac{\text{คะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลที่ตรวจสอบได้} \times 100}{\text{ผลรวมของคะแนนเต็มความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด}}$

ผลรวมของคะแนนเต็มความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

แนวทางปฏิบัติ

การบันทึกทางการพยาบาลเพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ครอบคลุมข้อกำหนดการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนคือการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีขั้นตอนย่อยดังต่อไปนี้

- การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)
- การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
- การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis Diagnosis)
- การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
- การกำหนดข้อมูลสนับสนุน (Defined data support)
- การวางแผนการพยาบาล (Planning)
- การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority)
- การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล (Goal/Objective)
- การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Desired/Expected Out come)
- การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing activity)
- การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

- การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing documentation)
- การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

แนวทางการประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (Nurses note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1. บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่นๆ เช่น ใบประเมินสมรรถนะแรกรับบันทึกการให้ยา (Medication administration record) ใบบันทึกสัญญาณชีพฟอร์มปรอท (Graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2. ใบบันทึกของทีมสหวิชาชีพ เช่น ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบprogress note เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
 - 2.3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็น ข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพได้ลงลายมือชื่อกำกับกับบันทึกนั้นและต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัย รักษา และให้การพยาบาล ในครั้งแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ประกอบด้วย
 - 1.1. อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติ การเจ็บป่วยปัจจุบัน และอดีตที่เกี่ยวข้อง
 - 1.2. อาการผู้ป่วยแรกพบพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย และระยะเวลา แรกพบผู้ป่วยไว้ในความดูแล
2. บันทึกการประเมินอาการ อาการแสดงและระบุปัญหาทางการพยาบาลในแต่ละเวร ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย
 - 2.1. ปัญหาทางการพยาบาลที่พบและมีข้อมูลสนับสนุนจากการประเมิน กับการประเมินอาการอาการแสดง ด้านร่างกายและหรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา
 - 2.2. การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาที่สำคัญและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ
 - 2.3. มีการประเมินซ้ำโดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ หรือ วัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์ กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสมทันเหตุการณ์(Early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสมรวดเร็วทันเวลา
3. มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ที่ช่วยลดปัญหา หรือลดอาการรบกวนหรือลดโอกาสเสี่ยง หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา ตัวอย่างได้แก่
 - 3.1. การให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่ส่งผลดีต่อการรักษาและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

- 3.2. การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์การบันทึกการให้ยา(Medication Administration Record) ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา
- 3.3. การดูแลความสุขสบาย (Care and Comfort)และการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom distress management)
- 3.4. การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินซ้ำ ที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ
- 3.5. กิจกรรมที่ตอบสนองต่อการเฝ้าตรวจร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหาหรือกิจกรรมที่สำคัญ(ถ้ามี)
- 3.6. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety)และการจัดการในสถานการณ์เร่งด่วนฉุกเฉิน
- 3.7. การประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ การดูแลของผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการ
- 3.8. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care)
4. บันทึกการติดตามประเมินผลหลังการให้การพยาบาล ประกอบด้วย
 - 4.1. บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลการรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญ เช่นการเจาะปอด การผ่าตัดหรือ การให้เลือด (ถ้ามี)
 - 4.2. บันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด โดยบันทึกวันเดือนปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้ เช่นน้ำจากการเจาะปอดลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น
5. บันทึกการประเมิน ความต้องการ ได้รับ ข้อมูลและให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเช่นข้อมูล การเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาหรือสุขภาพด้านอื่นๆ
6. บันทึกการประเมินความพร้อมและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน และมีการประเมินผลของการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย
 - 6.1. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และระบุนาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญ ที่ต้องได้รับข้อมูลความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เป็นระยะในช่วงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - 6.2. กิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเสริมพลัง (Empowerment)
 - 6.3. บันทึกข้อ มูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้และหรือการฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว
7. กรณีที่ผู้ป่วยจำหน่าย
 - 7.1. บันทึกประเภทการจำหน่าย โดยระบุวันเดือนปี และเวลาที่จำหน่ายชัดเจน
 - 7.2. บันทึกการประเมินสภาพอาการ อาการแสดงรวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย

- 7.3. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่นคำแนะนำ ก่อนกลับบ้านการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี) ข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่ต้องส่งต่อสถาน บริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 7.4. กรณีจำหน่ายถึงแก่กรรม มีบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรมและPsycho supportญาติหรือดูแลช่วยเหลือญาติ
8. กรณีผู้ป่วยย้ายแผนกภายในหน่วยบริการ หรือส่งตัวไปรักษาต่อ (Refer) ที่หน่วยบริการอื่นบันทึกข้อมูล การส่งต่ออาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่ย้ายไปและรับย้าย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยระบุชื่อหน่วยงานที่ย้ายไป และหน่วยงานที่รับย้าย กรณี Referไปโรงพยาบาล อื่นระบุอาการ อาการแสดงก่อนRefer และระบุชื่อสถานพยาบาลที่จะRefer
9. บันทึกวันเดือนปี และเวลาดังนี้
 - 9.1. แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
 - 9.2. ระหว่างการดูแล โดยบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันเหตุการณ์และการ ตอบสนอง มี การบันทึกวันเดือนปี และเวลาในการรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ไปการให้ (Medication Administration Record) และบันทึกวันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย
10. มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด(ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อไม่ต้องระบุ นามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก
11. บันทึกทางการพยาบาลต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกเริ่ม มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- ✧ อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง
- ✧ อาการผู้ป่วยแรกเริ่มพร้อมระบุปัญหาครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

- ✧ มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการอาการแสดงด้านร่างกายและ หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)

- ✧ ระบุกิจกรรมการพยาบาล และ การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สอดคล้อง ครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสถานะของผู้ป่วย
- ✧ มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และหรือ วัตถุประสงค์ที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญพร้อมระบุอาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึง การเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา
- ✧ ระบุกิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีม สุขภาพในปัญหาหรือกิจกรรม ที่สำคัญ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การตอบสนองการรักษาพยาบาล

- ✧ มีการระบุการเปลี่ยนแปลงร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการ พยาบาล การรักษาของแพทย์ ทางด้าน การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญและการให้เลือด (ถ้ามี)
- ✧ มีการระบุผลการตรวจ การให้การรักษาต่างๆ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัดบันทึก อาการ ก่อน ขณะ และ หลังทำ ผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใดส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล

- ✧ มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วยการให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยการแก้ไขปัญห สุขภาพหรือปัญหาด้านอื่น

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

- ✧ มีการระบุอาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะ ที่จำเป็น เป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
- ✧ มีกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเสริมพลัง (Empowerment)
- ✧ มีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และหรือการฝึกทักษะของผู้ป่วย และครอบครัว.

เกณฑ์ข้อที่ 7 การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

- ✧ การระบุนาการ อาการแสดงรวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย
- ✧ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่นคำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่องและการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- ✧ ระบุนข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- ✧ มีการระบุนข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- ✧ มีข้อมูลผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

- ระบุนวันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

ระหว่างการดูแล

- ❖ มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์และสัมพันธ์กับการ เปลี่ยนแปลงและการตัดสินใจ รายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสมทันการณ์และ การตอบสนอง
- ❖ มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์
- ❖ มีบันทึกวัน เดือน ปีและเวลาในใบการให้ยา (Medication Administration Record)

ก่อนจำหน่าย:

ระบุนวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

- ❖ การลงลายมือชื่อ
- ❖ บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้
- ❖ มีการลงลายมือชื่อ และ นามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้งโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบ บันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลม ให้ผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีข้อจำกัด ของพื้นที่ในการบันทึก)

หมายเหตุ หักคะแนน ข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีต่อไปนี้

- ❖ มีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวันทุกเวร
- ❖ บันทึกวัน เวลา ในใบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) ไม่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา

ผู้รับผิดชอบ

- หัวหน้าและรองหัวหน้างานผู้ป่วยใน
- พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร

การติดตามและการประเมิน

1. หัวหน้างานและหัวหน้าเวรมีการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการใช้กระบวนการพยาบาล
ในขณะรับเวร-ส่งเวรทุกวัน
2. หัวหน้างานและหัวหน้าเวร สุ่มตรวจChart ที่มีการบันทึกการใช้กระบวนการพยาบาลทุกวัน และติดตาม
สุ่มตรวจChart ร้อยละ5ของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลทุกเดือน

การปฏิบัติการ

1. หัวหน้างานสื่อสารให้พยาบาลทุกคนในหน่วยงานรับทราบและเข้าใจตรงกันผ่านเวทีการประชุมของ
หน่วยงานทุกเดือนหรือตามภาระเร่งด่วน
2. พยาบาลวิชาชีพ บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็น
ระบบเพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. หัวหน้างานจัดทำคู่มือแนวทางการบันทึกการพยาบาลไว้ในหน่วยงาน