**การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)**

**อาจารย์ พร บุญมี**

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา**

**คำจำกัดความ**

การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาล ระบบชี้เฉพาะ ที่เป็นการบันทึกการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย การบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย (DATA) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย (Action) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาลรวมทั้งผลงานรักษา (Response) ซึ่งเรียกรูปแบบการบันทึกแบบนี้ว่า DAR ต่อมาได้มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกแบบ DAE (DATA Action Evaluation) หรือ AIE (Assessment Intervention Evaluation) หรือ PIE (Problem Intervention Evaluation) (พรศิริ พันธสี, 2552)

Focus เป็นการบันทึกคำหรือวลีสำคัญเพื่อเป็น ข้อมูลสื่อสารที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือระบุเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษา ที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยการบรรยายสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบันและความก้าวหน้าของผู้ป่วยในปัจจุบันและความก้าวหน้าของผู้ป่วยต่อเป้าหมายและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา โดยพิจารณาจาก Patient concerns, ข้อวินิจฉัย (Diagnosis) พฤติกรรม (Behaviors) การรักษา(Treatment/therapy) และการตอบสนองของผู้ป่วย (Response) (ยุวดี เกตสัมพันธ์ ,2554)

**สภาพปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล**

1. มีความซ้ำซ้อน

2. ใช้เวลามาก

3. ไม่ชัดเจน

4. ยากที่จะดึงมาใช้

5. เห็นเป็นส่วน ๆ ไม่ต่อเนื่อง ไม่เห็นภาพรวมของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

6. ไม่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์

7. สื่อสารกับทีมสหสาขา ได้น้อย

**ข้อดีของการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)**

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

6. มีความยืดหยุ่นและเอื้อให้มีการบันทึกที่ไม่ต้องจำกัดของเขตของปัญหาที่กำหนดไว้ใน

แผนการดูแล (Care Plan) หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ด้วยการเปิดกว้างให้พยาบาลมีการจัดระบบความคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ

7. ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงานบริการพยาบาล

8. สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลที่เด่นชัด

9. เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวบรัดกระซับ

10. ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

11. ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่น ในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น

12. การมุ่งเน้นความสำคัญของการบันทึก กลับไปที่ตัวผู้ป่วยและสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ

**โครงสร้างการบันทึก Focus Charting กับขั้นตอนกระบวนการพยาบาล**

**Assessment** (การประเมินแรกรับและการประเมินซ้ำ) **การวินิจฉัยและการระบุปัญหา**

**Nursing Diagnosis**

A

Step2

Step1

**การวางแผนการพยาบาล**

**Planning**

E

**Evaluation**

(การประเมินผล ที่เกิดจากการปฏิบัติ)

Step3

Step5

Interventions

การปฏิบัติการพยาบาลที่จะทำ

Outcomes

(ผลลัพธ์ที่คาดหวัง)

Step4

I

**Implementation**

การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ทำแล้ว

และกำลังจะทำ

**สรุปความสัมพันธ์ของ กระบวนการพยาบาล กับการบันทึกด้วย Focus Charting**

| **Focus Charting** | **ข้อมูลที่บันทึก** | **Nursing Process** |
| --- | --- | --- |
| A (Assessment) | เป็นการบันทึกข้อมูลที่ประเมินได้ อาจเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data)หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) | Assessment |
| F (Focus) | -ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล  -อาการหรืออาการแสดง  -ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน  -การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน  -เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลเฉพาะ  -ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยหรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ  -การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล | Diagnosis and Outcome identification |
| I (Intervention) | การปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้นหรือในอนาคตที่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาดหวัง | Plan and Implement |
| E (Evaluation) | การตอบสนองของผู้ป่วย /ผู้รับบริการต่อการดูแลรักษาหรือการปฏิบัติการพยาบาล | Evaluation |

**ลักษณะของจุดเน้นเฉาะ (Focus)**

ฝ่ายการพยาบาล ศิริราชพยาบาล ได้กำหนดกรอบแนวคิดของการเขียนจุดเน้นเฉพาะ (Focus) ไว้ 7 กลุ่มดังนี้

**1**. **คำสำคัญหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** (Nursing Diagnosis) หรือปัญหาร่วมระหว่างทีมสหสาขา (Collaborative Problem)

**2. อาการ (sign) หรืออาการแสดง (symptom)** ที่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (Medical Diagnosis) หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) หรือแผนการดูแลรักษา (Treatment)

**3. ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน** (current patient concern or behavior)

**4. การเปลี่ยนแปลงสภาวะ อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน** (Acute change in an patient , condition)

**5. เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลรักษาเฉพาะ** (a significant event in an patient  , care or patient , treatment / therapy)

**6. ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยหรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ** (Special patient need or consulting with physicians of other diciplines in collaborative or multidisciplinary care)

**7. การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล** (A key word or phrase Indicating compliance with a standard of care or agency policy)

**ตัวอย่างการบันทึก Focus**

| **ลักษณะของ Focus** | **ตัวอย่างการเขียน Focus** |
| --- | --- |
| 1. กลุ่ม ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) หรือปัญหาร่วมระหว่างทีมสหสาขา (Collaborative Problem) | Skin integrity , coping activity tolerance , self care deficit |
| 2. อาการ (sign) หรืออาการแสดง (symptom) ที่สัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (Medical Diagnosis) หรือข้อวินิจทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) หรือแผนการดูแลรักษา (Treatment) | ไข้, ปัสสาวะเร็ด, ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลียมาก |
| 3. ประเด็นสำคัญหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยปัจจุบัน (current patient concern or behavior) | คลื่นไส้ , เจ็บหน้าอก , pre-op teaching |
| 4.การเปลี่ยนแปลงสภาวะ อาการของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (Acute change in an patient , condition) | Respiratory distress , seizure, lost of consciousness ,discomfort |
| 5.เหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญหรือการดูแลรักษาเฉพาะ (a significant event in an patient  , care or patient , treatment / therapy) | การจัดการด้านความปลอดภัยผู้ป่วย ,  การให้เลือด , การให้ยาเฉพาะ, ผลการเปลี่ยนแปลงของสิ่งส่งตรวจ |
| 6.ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยหรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ (Special patient need or consulting with physicians of other diciplines in collaborative or multidisciplinary care) | ความต้องการการวางแผนการจำหน่าย  การปรึกษากายสภาพบำบัด  การปรึกษาโภชนากร  การส่งต่อ |
| 7.การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล (A key word or phrase Indicating compliance with a standard of care or agency policy) | การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย  การให้ผู้ป่วยรับประทานยาเอง |

**ตัวอย่าง Focus โดยใช้ศัพท์ ทางการแพทย์**

| **ลำดับ** | **Focus** | **ลำดับ** | **Focus** | **ลำดับ** | **Focus** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Substance Abuse | 21. | Infection | 41. | Aspiration |
| 2. | Teaching | 22. | Isolation | 42. | Central Line Therapy |
| 3. | Incontinence | 23. | Mental / Emotional Status | 43. | Chest Tubes |
| 4. | Transfer | 24. | Nausea / Vomiting | 44. | Cognitive Impairment |
| 5. | Vital Signs | 25. | Neurovascular | 45. | Confusion |
| 6. | Wound Care | 26. | Musculoskeletal | 46. | Comfort |
| 7. | Dialysis | 27. | Pain Control | 47. | Constipation |
| 8. | Discharge | 28. | Physician/Visit/Assist/Notified | 48. | Coping |
| 9. | Edema | 29. | Physical Status | 49. | Dehydration |
| 10. | Falls | 30. | Respiratory Status |  |  |
| 11. | Fatigue | 31. | Restraints |  |  |
| 12. | Family Dynamics / Concerns | 32. | Skin Integrity / Wound Care |  |  |
| 13. | Fluid Balance | 33. | Spiritual Interventions |  |  |
| 14. | Fever | 34. | Swallowing |  |  |
| 15. | GI Status GU Status | 35. | Abnormal Lab Results |  |  |
| 16. | Substance Abuse | 36. | Admission |  |  |
| 17. | Teaching | 37. | Airway impairment |  |  |
| 18. | Telemetry | 38. | Allergic Reaction |  |  |
| 19. | Transfer | 39. | Anxiety |  |  |
| 20. | Vital Signs | 40. | Wound Care |  |  |

**การบันทึก บัญชีจุดเน้นเฉพาะ หรือ** **Focus List**

Focus List หมายถึง บัญชีรายการ Focus ของผู้ป่วยที่พยาบาลเป็นผู้กำหนดภายหลังจากมีการประเมินผู้ป่วย ตามกรอบของจุดเน้นเฉพาะของผู้ป่วยในแต่ละเวร ซึ่ง Focus List จะสะท้อนภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย

องค์ประกอบของแบบบันทึก Focus List มีดังนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | Focus List | Goal/Outcome | Active | Resolved |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ลำดับ หมายถึง การเรียงลำดับความสำคัญของ Focus ที่ประเมินได้

Focus List หมายถึง รายการจุดเน้นเฉพาะที่พยาบาลบันทึกเป็นคำหรือวลีสำคัญเพื่อสื่อสาร ให้กับทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือระบุเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษา ซึ่งพยาบาลสามารถกำหนด Focus ผู้ป่วยได้ทุกเวร ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังอยู่ในความดูแล

Goal/Outcome หมายถึง เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งมีความสอดคล้องกับ Focus ที่กำหนดไว้

Active หมายถึง วันเดือนปี ที่พยาบาลประเมินผู้ป่วยและระบุ ว่าเป็นช่วงเวลาที่พบว่าเป็น จุดเน้นเฉพาะ (Focus) ของผู้ป่วย

Resolved หมายถึง วันเดือนปีที่พยาบาลประเมินผู้ป่วยและพบว่าจุดเน้นเฉพาะ (Focus) ของผู้ป่วยหมดไป ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายหรือภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น รายการที่เป็น จุดเน้นเฉพาะ (Focus) ของผู้ป่วย ควรจะ Resolved เกือบหมดและควรสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

**ตัวอย่างบัญชีจุดเน้นเฉพาะ หรือ Focus List**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Focus** | **Goal / outcome** | **Active** | **Resolved** |
| UGIB • | - No melena / active bleeding จากทางเดินอาหาร  -ไม่เกิดภาวะ Shock จากการเสียเลือด | 31 ม.ค. 55 | 4 ก.พ. 55 |
| Blood transfusion | ปลอดภัยจากการได้รับเลือด | 31 ม.ค. 55 | 2 ก.พ. 55 |
| Idea Suicidal | ไม่เกิดการทาร้ายตนเอง | ตนเอง 1 ก.พ. 55 | 5 ก.พ. 55 |
| Fever | T≤ 37.5 c | 31 ม.ค. 55 | 5 ก.พ. 55 |
| Risk for fall | ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม | 31 ม.ค. 55 | 5 ก.พ. 55 |
| Risk for CHF | ไม่เกิดภาวะ CHF | 31 ม.ค. 55 | 3 ก.พ. 55 |
| Discharge  Planning | - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อการดูแลต่อเนื่อง  • ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และทักษะในการ  ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจาหน่าย  • ได้รับการส่งต่อหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง | 3 ก.พ. 55 | 7 ก.พ. 55 |

**รูปแบบการบันทึกการพยาบาล (Progress Note) แบบชี้เฉพาะ (Focus Charting)**

รูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ มีรูปแบบการเขียนได้หลายรูปแบบ ในที่นี้ขอยกตัวอย่าง 3 รูปแบบ ดังนี้

**1. การบันทึกแบบ DAR (D=Data, A=action, R=Response)** เป็นการบันทึกข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะของผู้รับบริการ (DATA) การปฏิบัติการพยาบาล (Action) และการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล (Response)

**2. การบันทึกแบบ DAE (D=Data, A= action, E= Evaluation)** เป็นการบันทึกที่มีการพัฒนาปรับปรุงมาจาก DAR และมีรูปแบบที่คล้ายกันโดยมีความหมายดังนี้

- Data ได้แก่ พฤติกรรมของผู้ป่วย สภาพของ ผู้ป่วย และการสังเกตของพยาบาลเป็นข้อมูลอัตนัย หรือข้อมูลปรนัย คือ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ และการตรวจสภาพร่างกาย

-Action ได้แก่ แผนการพยาบาล และการ ปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

- Evaluation ได้แก่ การประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

**3. การบันทึกแบบ AIE (A= Assessment, I= Intervention, E=Evaluation**) โดยมีความหมายดังนี้

Assessment (A) หมายถึง การบันทึกข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือ ข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่สนับสนุน Focus

Intervention (I) หมายถึง การบันทึก กิจกรรมที่ได้ทำให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ Focus ของผู้ป่วย เช่น การให้ยา รายงานแพทย์ สอน เฝ้าระวังอาการข้างเคียง เปลี่ยนท่านอน (การบันทึกในส่วนนี้สะท้อนขั้นตอนการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในกระบวนการพยาบาล

Evaluation (E) หมายถึง การบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย (Individual ,s

response) ที่มีต่อ Intervention ที่ให้กับผู้ป่วย การ Evaluation อาจจะบันทึกในเวลาใหม่ไม่ใช่เวลาเดียวกันกับ A และ I โดยในบาง Focus อาจจำเป็น Evaluation ในช่วงปลายเวร

**สรุป รูปแบบ การบันทึก Progress Note แบบ AIE**

| วันเดือนปี/ เวร | เวลา | Focus | A= Assessment I= Intervention E=Evaluation |
| --- | --- | --- | --- |
| วันเดือนปี/ เวรที่ขึ้นปฏิบัติงาน | ระบุเวลาที่มีการกำหนด Focus และ  Assessment | จุดเน้นสำคัญ  ของผู้ป่วยที่พบในเวร | Assessment (A) หมายถึง การบันทึกข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือ ข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่สนับสนุน Focus |
|  | ระบุเวลาที่มีการ Intervention |  | Intervention (I) หมายถึง การบันทึก กิจกรรมที่ได้ทำให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ Focus ของผู้ป่วย |
|  | ระบุเวลาที่มีการ Evaluation |  | Evaluation (E) หมายถึง การบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย (Individual , s response) ที่มีต่อ Intervention ที่ให้กับผู้ป่วย |

**การบันทึก Focus Charting อย่างมีคุณภาพ**

1.สิ่งที่ Focus ต้องสะท้อนประเด็นสำคัญของผู้ป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ป่วย

2.Focus จะน่าเชื่อถือได้ อยู่ที่ข้อมูลจากการ Assessment ของพยาบาล

3. ข้อมูลในส่วน Focus และ Assessment , Intervention และ Evaluation ควรสอดคล้องสัมพันธ์กัน

4. กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำ ที่บันทึกใน Flow sheet เช่น แบบประเมินแรกรับ แบบบันทึก ไม่ควรนำมาเขียนใน Progress Note เพื่อลดความซ้ำซ้อนและระยะเวลาในการบันทึก ยกเว้น กรณี ที่มีความผิดปกติ ที่ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติม เช่น Temperature ซึ่งตามปกติบันทึกใน ฟอร์มปรอทแต่ถ้ามีไข้ สามารถนำมาบันทึกรายละเอียดใน Progress Note ได้

5. สิ่งที่บันทึกใน Progress Note ควรเป็นข้อมูลที่ต้องการบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ บันทึกเหตุการณ์ที่ผิดปกติที่ไม่คาดหวัง บันทึกการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและการรายงานแพทย์ ตลอดจนการบันทึกสถานภาพของผู้ป่วยเวลาที่ ย้ายจากหอผู้ป่วยจากหน่วยงานหนึ่งไปยังหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหอผู้ป่วย หรือเวลาที่ discharge

6. หลีกเลี่ยงการตีตรา ใช้อธิบายพฤติกรรมสิ่งที่เห็นแทนการใช้ความรู้สึกของผู้บันทึก เช่น แสดงอาการโกรธ

7. บันทึกมีความเฉพาะเจาะจง เพราะเป้าหมายการบันทึกคือ การนำเสนอความจริงที่ชัดเจน เช่น บันทึกว่าปัสสาวะได้ดี ไม่ชัดเจนเท่ากับปัสสาวะได้ 1,200 มล. ผู้ป่วยปวดพอทน เป็นผู้ป่วยปวดระดับ 3 คะแนนส่วนหลังท่อนล่าง ผู้ป่วยสุขสบาย เป็นผู้ป่วยพักได้ นอนอ่านหนังสือ

8. สิ่งที่บันทึกสามารถสะท้อนกระบวนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ คือ สะท้อนการประเมินแรกรับในการดูแล การประเมินซ้ำ เห็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ใช้ความรู้ความสามารถในการวางแผนช่วยแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการ Take action ในการช่วยเหลือผู้ป่วย และติดตามผลของ action เกิดอะไรกับผู้ป่วยดีขึ้นตามคาดหรือยังไม่ดี

9. กระบวนการบันทึก ทำควบคู่ไปกับกระบวนการดูแล ทำไปบันทึกไป ทำหลังกระบวนการดูแลสิ้นสุดลง แต่ไม่บันทึกล่วงหน้าก่อน action

10. ยึดข้อเท็จจริง บันทึกเฉพาะสิ่งที่เห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รู้สึก นับและวัดได้ ไม่ใช่สิ่งที่สรุปโดยไม่ได้ข้อยืนยัน

11. ไม่ว่าจะยุ่งมากเพียงใด ต้องไม่ให้ผู้อื่นเขียน chart ให้และไม่เขียน chart แทนผู้อื่น เพราะถ้าผู้อื่นแปลความที่ท่านบันทึกผิดอาจก่ออันตรายให้ผู้ป่วยเพราะข้อมูลที่บันทึกผิดพลาดได้

12. กรณีผู้ป่วยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงให้บันทึก Focus: ผู้ป่วยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง อาการไม่ดีขึ้น ไม่เลวลง อาจบันทึก ในลักษณะดังนี้

A : SaO2 90 % RR 28, BP 100/60 MMHG, T=37.2 . C HR 98 ครั้ง/นาที

I : ให้การพยาบาลตามเดิมและต่อเนื่องตามแผนการรักษา

E : อาการคงเดิม พักผ่อนได้อย่างสุขสบาย

ถอดบทเรียน จาก Focus charting

1. Focus charting ทำให้เกิดกระบวนการคิดที่เป็นระบบ มีการคิดวิเคราะห์ในการจับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย จนกระทั่งกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลที่เพื่อให้มองเห็นเรื่องราวของผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งย้ายออกจากหน่วยงาน

2. Focus charting ทำให้ผู้ร่วมงานเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิด การวิเคราะห์ในเรื่องของพยาธิสภาพของโรค การดูแลรักษาตลอดจนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นองค์รวมและครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายมากยิ่งขึ้น

3. Focus charting ทำให้พยาบาลเกิดความตระหนักในการค้นหาความรู้มากยิ่งขึ้น

4. การบันทึก Focus charting ใช้หลักการเช่นเดียวกับกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

5. กรณีที่ไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นเขียน Focus list อย่างไร ให้เริ่มต้นด้วยการเขียน A I E ก่อนจะทำให้เรามองเห็นว่ากระบวนการพยาบาลที่เราให้กับผู้ป่วยนั้นตอบปัญหาของผู้ป่วยเรื่องอะไร

6. หาโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานที่มีผู้ป่วยในลักษณะที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน เกิดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากยิ่งขึ้น

**เกร็ดการบันทึกทั่วไปเพื่อความปลอดภัยของพยาบาล**

1.บันทึกที่สังเกตได้

2.บันทึกสิ่งที่ได้ปฏิบัติ

3.บันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการบำบัดและการรักษา

4.บันทึกสิ่งที่ไม่เป็นปกติที่เกิดขึ้น อุบัติการณ์ หรือการรักษาที่ไม่ได้ให้

5. บันทึกในสิ่งที่ได้กระทำ หรือระมัดระวัง เพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย

6. บันทึกถึงสิ่งที่แสดงถึงความพยาบาลที่จะให้แพทย์ได้รับรู้ หรือให้ถึงแพทย์

7. บันทึกในสิ่งที่บอกถึงการดำเนินการตามแผนการรักษาของแพทย์

8. บันทึกทุกอย่างรวมถึง วัน เวลา ที่บันทึก ชื่อผู้ป่วยและเลขประจำตัวผู้ป่วยใน chart ลงลายมือชื่อทุกครั้งที่ chart

9. การบันทึกที่ว่างไว้ หรือลืมบันทึกอาจส่งผลทางด้านกฎหมาย

10. ถ้าบันทึกไม่ถูกหลังจากบันทึกจบแล้ว ให้บันทึกในสิ่งที่ถูกต้องอย่าพยาบาลไปบันทึกบริเวณที่บันทึกไม่ถูกตั้งแต่ครั้งแรก

11. อย่าบันทึกให้คนอื่น ถ้าจำเป็นให้ใส่ชื่อที่บันทึกแทนและลงลายมือชื่อตนเอง

**ตัวอย่างการบันทึก แบบ DAE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date/Hour** | **Focus** | **D:Data A:Action E:Evaluation** |
| August 16/06  09.00น.  09.10น.  09.30น. | Pain | **D:** C/O pain in lower abdomen. States: “feels like a stabbing knife like pain that comes and goes.” Pain scale at 8. Diaphoretic . BP 150/100, pulse strong and bounding at 120bpm. Abdomen soft, bowel sounds heard, abdominal dressing dry and intact.-----------------  **A:** IM analgesic given and reassurance given .  **E:** States pain is now 3 . BP 120/80, Pulse 82, diaphoresis has subsided. Analgesic effective ,settled in bed.----------------------------- |

**ตัวอย่างการบันทึก แบบ DAR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date/Hour** | **Focus** | **D:Data A:Action E:Evaluation** |
| August 16/06  09.00น.  09.10น.  09.30น. | urinary retention | **Data** : Pt feels they are not emptying bladder despite the need to void more frequently.  Urinary output significantly declined in last 24 hrs. last void 16 hrs ago.  **Action** : Palpated bladder , distension noted and pt unable to pass urine.  : Foley inserted as ordered by Dr. smiley to relieve urinary retention. 12 Fr 10 ml balloon to gravity.  **Response** : Pt indicated no pain during insertion. Draining clear yellow urine 1000 ml out. |

**ตัวอย่างการบันทึก แบบ AIE โดยมีการวิเคราะห์พยาธิสภาพของโรคกลไกการเกิดปัญหาของต่อผู้ป่วย**

**กรณีศึกษา** (วัฒนา นันทกสิกร. งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา .ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

หญิงไทยคู่ อายุ 38 ปี G3P2A0 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ฝากครรภ์ที่คลินิก ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์รวม 6 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- VDRL, Anti HIV, HBsAg ผลปกติ - Hematocrit 35 % - โปรตีนและน้าตาลในปัสสาวะได้ผลลบไม่มีอาการผิดปกติใดๆระหว่างตั้งครรภ์

**อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล**

เจ็บครรภ์เวลา 2.00 น.

เวลา 7.05 น. แรกรับ BP = 174/108 mmHg มีเท้าบวม ผล urine protein dipstick 1+

DTR 3+ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่

เวลา7.30 น. BP = 168/104 mmHg ให้ LRS iv. Drip ส่งตรวจ U/A CBC BUN Creatinine Electrolyte LFT LDH Uric acid PT APTT

เวลา7.45 น. BP = 158/101 mmHg P=78/min. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ พญ.กมล ให้ 20% MgSO4 4 gm iv. Push by syringe pump

เวลา8.00 น. BP = 148/98 mmHg P=84/min. ให้ MgSO4 40 mg./ml. in 5%D/W 1000 ml. iv. drip 2 gm./hr. ผู้ป่วยมีอาการร้อนวูบวาบตามลาตัวและใบหน้า มีเหงื่อออกบริเวณใบหน้า

เวลา8.05น. พญ.กมล PV : Cervix 4 cm. effacement 100% H-station -1 เจาะถุงน้ำคร่ำพบ Light meconeum stained FHR=144/min

เวลา 8.10น. Retained foley’s catheter

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

ผลตรวจปัสสาวะ pH 6.0 Sp.Gr. 1.010 Protein ++ Sugar NEG

**ผลตรวจเลือด**

Hematocrit 36.6 % LDH 543 U/L PT 10.3 sec. APTT 24.3 sec.

เวลา8.30น. มีuterine contraction : Interval 5’ Duration 40’’ Severity 2+ FHR =132/min มีอาการเจ็บครรภ์ Pain score=3 เริ่มให้ 5%D/N/2 1000 ml. + oxytocin 10 unit iv. drip 12 ml./hr.

เวลา8.45น. เจาะเลือดตรวจ Mg level ผล 4.8 mg/dl

เวลา9.00น. ผู้ป่วยถามว่าความดันสูงแบบนี้จะเป็นอะไรไหม ลูกจะเป็นอันตรายหรือเปล่า

เวลา10.00น. BP=148/96mmHg P=88/min R=18/min DTR2+ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ ผู้ป่วยบอกว่ายังมี อาการร้อนวูบวาบเป็นพักๆ ไม่มีกล้ามเนื้อแขน ขาอ่อนแรงไม่มีอาการหายใจลำบากหรือแน่นหน้าอก urine output = 100ml./hr.

เวลา11.00 น. ผู้ป่วยมากกว่ารู้สึกเจ็บครรภ์มาก Pain score=8 กระสับกระส่าย มีUterine contraction :Interval 2’30’’ Duration 50’’ Severity 2+

เวลา11.45น. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกปวดเบ่ง ตุงที่บริเวณก้น

เวลา11.50น. PV:Cervix fully dilate H-station +2 MA

เวลา12.11น. คลอด Normal labour เพศชาย น้าหนัก 3160 กรัม APGAR score 8

(หักสี 2), 10 ทารกย้ายสังเกตอาการต่อที่ NS

เวลา12.12น. BP=146/92 mmHg P=92/min ฉีด Oxytocin 2 unit iv. Push Add

Oxytocin 10 unit ใน Oxytocin iv.drip ขวดเดิมที่เหลือ 950 ml. ปรับrate 80 ml./hr. และclamp LRS iv. drip ไว้ก่อน

เวลา12.14 น. รกคลอด ตรวจรกและเยื่อหุ้มเด็กคลอดครบ

เวลา12.15 น. มดลูกไม่เป็นก้อนกลมแข็ง มี Active bleeding Blood loss 400 ml.

เวลา14.15 น. BP=142/88 mmHg P=90/min R= 20/min ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ มดลูกหดรัดตัวกลมแข็ง มีBleeding ชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน แผลฝีเย็บไม่มีบวม ไม่มีอาการปวดแผลและมดลูก Urine flow ทางสายปัสสาวะ 100 ml./hr.พ.กมลให้ย้ายพระศรีฯ 10/1ได้

เวลา 14.30 น.ย้ายผู้ป่วยสังเกตอาการต่อที่พระศรีฯ10/1 โดยมีคุณอิศราภรณ์(PN) ดูแล

ระหว่างย้าย

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด : Mild Pre-eclampsia

ภาวะที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg มีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 300 mg ใน 24 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 1+ dipstick เกิดขึ้นภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์

**วิเคราะห์กลไก Pathophysiology**

**Prostaglandin (Prostacyclin : PGI2)**

**การขยายหลอดเลือด**

**Resistance to blood flow Vasospasm**

**Arterial hypertension**

**Damage endothelium of blood vessels**

**ส่วนประกอบของเลือด Platelets Fibrinogen รั่ว Organ Dysfunction**

**Tissue Hypoxia, Hemorrhage, Necrosis**

**ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์**

|  |  |
| --- | --- |
| **ระบบ** | **ผลกระทบ** |
| ไต | - เลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง  - Uric acid, Creatinine เพิ่มขึ้น |
| ตับ | - Liver function test ผิดปกติ  - Subcapsular hematoma  - Ruptured Liver |
| สมอง | - Edema  - Hemorrhage  - Infarction |
| หลอดเลือดและหัวใจ | -Pulmonary edema  - Congestive Heart Failure |
| เลือด | - เกร็ดเลือดต่ำ  - ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดบางตัวลดลง  - เม็ดเลือดแดงมีรูปร่างเปลี่ยนแปลงไป  ทำให้เกิด hemolysis ได้ง่าย |
| ตา | -Retinal detachment  - Cortical blindness |

**การบันทึกการพยาบาลแบบ Focus charting แบบ AIE**

| **DATE / SHIFT** | **TIME** | **FOCUS** | **PROGRESS NOTE**  **A: Assessment I: Intervention E: Evaluation** |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 ก.พ. 55  7-15 น. | 7.05น. | มีโอกาสเกิดภาวะชัก | A : แรกรับ BP=174/108mmHg มีเท้าบวม Urine protein dipstick 1+  I : ให้ Absolute bed rest จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปิดไฟ  ประเมินอาการนาของภาวะชัก แนะนะผู้ป่วยสังเกตอาการที่ต้อง  แจ้งพยาบาลทันที ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่  Record BP ทุก 15 นาที รายงาน พญ. กมล ทราบ  E : ผู้ป่วยรับทราบคำแนะนำ บอกว่าไม่มีอาการปวดศีรษะ  ไม่มีตาพร่ามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ DTR3+ กนก RN. |
|  | 7.45น. | มีโอกาสเกิดภาวะชัก | A : BP=158/101mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มี  ตาพร่ามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ DTR 3+  I : Record BP ทุก 15 นาที Observe อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว  จุกแน่นลิ้นปี่ รายงาน พญ.กมล ให้เริ่มยา MgSO4  กนก RN. |
|  | 8.00น. | มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาMgSO4 | A : ผู้ป่วยได้รับยา MgSO4 บอกว่ามีอาการร้อนวูบวาบตามลำตัวและใบหน้า มีเหงื่อออกบริเวณใบหน้า  I : อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเป็นอาการข้างเคียงจากการได้รับยาป้องกันการชัก แนะนำผู้ป่วยแจ้งพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการแขน ขาอ่อนแรง หายใจลำบากคลื่นไส้อาเจียน มึนงง นำผ้าชุบน้ำเช็ดใบหน้าและลำตัวให้ผู้ป่วย Record BP, P, R และ urine output ทุก1 ชั่วโมงประเมิน DTR ทุก 4 ชั่วโมง Observe อาการข้างเคียงของยา MgSO4 ติดตามผล Mg level  E : ผู้ป่วยรับทราบคำแนะนำภายหลังได้รับการเช็ดตัวผู้ป่วยบอกรู้สึกสบายขึ้น แต่ยังมีอาการร้อนวูบวาบเป็นพักๆ ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือคลื่นไส้อาเจียน  กนก RN. |
|  | 8.05น. | ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน | A : ภายหลังเจาะถุงน้าคร่ำพบ Light meconeum stained  I : ฟัง FHR ทันทีภายหลังเจาะถุงน้ำคร่ำ Record FHR ต่อทุก 30 นาที ให้On O2canula 3 LPM ใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตสี ลักษณะของน้ำคร่ำต่อ จัดท่านอนตะแคงซ้ายแนะนำผู้ป่วยแจ้งพยาบาลทันทีหากรู้สึกลูกดิ้นน้อยหรือไม่ดิ้น  E : ผู้ป่วยพยักหน้ารับทราบ FHR= 144 ครั้ง/นาที  กนก RN. |
|  | 8.30 น. | มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน  จากการได้รับยาOxytocin | A : มีUterine contraction : Interval 5' Duration 40' Severity 2+ FHR=132/min พญ. กมลให้เริ่มยาOxytocin iv. drip 12 ml./hr.  I : อธิบายแผนการดูแลรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของยาที่มีต่อความก้าวหน้าของการคลอด แนะนำผู้คลอดหากรู้สึกเจ็บครรภ์มากทนไม่ไหวแจ้งพยาบาลทันที ประเมินUterine contraction, FHRทุก 15-30 นาทีกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง  E : ผู้คลอดรับทราบข้อมูล และให้ความร่วมมือ บอกว่าเจ็บครรภ์ยังไม่มาก Pain score = 3  กนก RN. |
|  | 9.00 น. | วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ | A : ผู้ป่วยถามว่าความดันสูงแบบนี้จะเป็นอะไรไหมลูกจะเป็นอันตรายหรือเปล่า  I : เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกซักถามปัญหา พร้อมตอบคำถามให้เข้าใจอธิบายถึงภาวะของโรคที่มีต่อผู้ป่วยและทารกในครรภ์ แผนการดูแลรักษาที่จะได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทั้งของผู้ป่วยและทารกในครรภ์ ความพร้อมของทีมดูแลรักษาอยู่เป็นเพื่อน และให้กาลังใจ  E : ผู้คลอดพยักหน้ารับทราบข้อมูล ไม่มีข้อซักถามบอกว่าคงต้องดูอีกทีหลังคลอดลูกแล้ว  กนก RN |
|  | 10.00 น. | -มีโอกาสเกิดภาวะชัก  มีโอกาสเกิด  -ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาMgSO4 | E : BP=148/96mmHg ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการปวด  7-15 น. ศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ DTR2+  E : BP=148/96mmHg P=88/min R=18/min ผู้ป่วย  บอกว่ายังมีอาการร้อนวูบวาบเป็นพักๆไม่มีกล้ามเนื้อแขน ขาอ่อนแรง DTR2+ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือแน่นหน้าอก  Urine output 100 ml./hr.  กนก RN. |
|  | 11.00 น. | ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ | A : ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเจ็บครรภ์มาก Pain score=9 นอนบิดตัวไปมา มีUterine contraction : Interval 2'30''Duration 50'' Severity2+  I : กระตุ้นผู้ป่วยใช้เทคนิคการหายใจ อยู่เป็นเพื่อนนวดสัมผัสบริเวณก้นกบ ปลอบโยน ให้กาลังใจ  E : ผู้ป่วยรับทราบข้อมูล ปฏิบัติตามคาแนะนาได้ยังคงนอนบิดตัวไปมา ไม่ร้องเอะอะโวยวาย กนก RN. |
|  | 11.50น. | เบ่งคลอด | A : ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกปวดเบ่ง ตุงที่ก้น  I : รายงานพญ. กมลเพื่อ PV : Cervix fully dilate บอกผลการตรวจให้ผู้คลอดรับทราบ สอนวิธีเบ่ง คลอดที่ถูกวิธี Record FHR ทุก 15 นาที ปลอบโยน ให้กาลังใจ อยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา  E : ผู้ป่วยเบ่งคลอดได้อย่างถูกวิธี เริ่มเห็นผมเด็ก FHR=120 ครั้ง/นาที  อรัญา RN. |
|  | 12.00น.  12.11น.  12.14 น. | Delivery | A : ผู้ป่วยเบ่งเห็นผมเด็ก  I : จัดผู้ป่วยท่า Lithotomy ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทาคลอดและรับเด็ก ช่วยแพทย์ทาคลอดและรับเด็ก  E : คลอดNormal labor ทารกเพศชาย  น้าหนัก3160 กรัม APGAR score 8(หักสี2), 10 นาทารกให้มารดาดูเพศ และEarly bonding มารดา โอบกอดสีหน้ายิ้ม แจ้งมารดาทารกย้ายสังเกตอาการต่อ NS เนื่องจากมารดาได้รับยาป้องกันการชักพญ. กมลทาคลอดรก ตรวจรกและเยื่อหุ้มรก คลอดครบ |
|  | 12.15น.  12.30น.  12.45น. | มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด | A: หลังคลอดปกติ มีแผลในโพรงมดลูก แผลฝีเย็บ3rd degree tear Partial sphincter มดลูกไม่เป็นก้อนกลมแข็ง มีActive bleeding Blood loss 400 ml.  I: ช่วยนวดคลึงมดลูกจนหดรัดตัวกลมแข็ง ไล่ก้อนเลือดในโพรงมดลูก เตรียมและช่วย พญ. กมลเย็บแผลฝีเย็บโดยเร็วRecord BP, P, R ทุก 15 นาทีx 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ปริมาณเลือด และแผลฝีเย็บ ทุก 30 นาที แนะนาการสังเกตอาการผิดปกติหลังคลอดที่ต้องแจ้งพยาบาลทันที เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดมีเลือดออกทางช่องคลอดมากมดลูกไม่เป็นก้อนกลมแข็งแผลฝีเย็บบวมหรือปวดแผลมากสอนวิธีการนวดคลึงมดลูกใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตปริมาณเลือดดูแลให้empty bladder  E: ผู้ป่วยพยักหน้ารับทราบคาแนะนามดลูกหดรัดตัวกลมแข็งไม่มี Active bleeding per vaginaไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะหรือหน้ามืด Vital signs ปกติ  กนกRN. |
|  | 14.30น. | Transfer | A: BP=142/88mmHg P=90/min R=20/min ไม่มีปวดศีรษะไม่มีตาพร่ามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ DTR2+อาการร้อนวูบวาบทุเลาลง ไม่มีกล้ามเนื้อแขน ขาอ่อนแรงไม่มีอาการหายใจลาบาก urine 100 ml./hr.มดลูกหดรัดตัวกลมแข็ง มีbleeding ชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนแผลฝีเย็บไม่มีบวมเขียวคล้า ไม่มีอาการปวดแผล พญ. กมลตรวจอาการ ให้ย้ายเพื่อดูแลต่อพระศรีฯ10/1 ได้  I: ให้ข้อมูลผู้ป่วยย้ายสังเกตอาการต่อที่พระศรีฯ 10/1เน้นย้ำการสังเกตอาการผิดปกติหลังคลอดที่ต้องแจ้งทันทีได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง หายใจลาบาก มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก ปวดแผลฝีเย็บมากวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้นย้ายผู้ป่วยไปพระศรีฯ10/1โดยมีคุณ อิศราภรณ์(PN)ให้การดูแลระหว่างย้าย  กนกRN. |

**เอกสารอ้างอิง**

ยุวดี เกตสัมพันธ์ ,2554. เอกสารประกอบการบรรยาย เวทีประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ หัวข้อบันทึกการพยาบาล.

ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล ,2554.เอกสารประกอบการบรรยาย เวทีประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ. หัวข้อปัญหากฎหมายกับการบันทึกรายงาน.

พรศิริ พันธสี. (2552) .**กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ** **: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.**พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์อักษร.

http:www.si.mahidol.ac.th/siweb\_2007/sic/admin/news\_images\_8\_4.jpg.

<http://gotoknow.org/blog/nurseanaesthqa/103965>.

http://www.fsct.com/risk/risk.pdf

http://www.sk-hospital.com/HA/clinical\_risk.pdf

[www.nat.au.edu/record.ppt](http://www.nat.au.edu/record.ppt)

วัฒนา นันทกสิกร. งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา .ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

วัชราภรณ์ รุ้งชีวิน. งานการพยาบาลอายุรศาตร์.ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

http://www.gotoknow.org/blogs/posts/208785