

การพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลสุรินทร์
Development of patient chart in recovery room, anesthetic department,
Surin hospital

Nongluk Surason.*

นางลักษณ์ สุรัสวดี พย.ม.*

ABSTRACT

Background : Nursing care providing to post-operative patient in recovery room after anesthetic procedure needs close observation and prompt care to prevent risks to complications. Nurse note is therefore essential for anesthetic nurses in recovery room to provide nursing care to patient, in which the accurate, generalized and continuous note will be effective to transfer patient information to other nursing care team and multi-disciplinary for patient care.

Objective : To develop the appropriate patient monitoring chart in recovery room in anesthetic department, Surin hospital.

Study design : Action research

Sample : 21 nurse anesthetists from anesthetic department, Surin hospital.

Method : Research tool was questionnaire which comprised of two parts; demographic data and patient assessment. The questionnaire was approved for content validity and modified by the experts before applied to practice. The process of this study was 1. planning and preparation 2. applied to practice (action) and 3. review and evaluation. Data was collected during January to June 2009 then analyzed and presented by mean and percentage.

Result : The result found that the developed patient chart in recovery room has sufficient space for recording, convenient, cover for all work shifts, time saving and systematic. The patient care chart covered the problems of nursing activity in recovery room and also contains patient evaluation for transferring critical patient information to other patient care professionals.

Conclusion : According to this finding; the developed patient chart for post-operative patient in recovery room reflects the quality and standard of anesthetic nursing care.

Key word : Development Patient care chart in recovery room

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

บทนำ : การดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้นภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลอย่างทันทีทันใด และต้องการการเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพราะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นการบันทึกการพยาบาลวิสัญญีในห้องพักฟื้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่วิสัญญีพยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครอบคลุม ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการรับผู้ป่วยไปดูแลต่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้นที่เหมาะสมกับกลุ่มงานวิสัญญี

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) กลุ่มประชากร คือวิสัญญีพยาบาลกลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 21 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของวิสัญญีพยาบาล และ แบบประเมินผลการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไข ตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำก่อนจะนำไปทดลองใช้ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยคือ 1.ขั้นเตรียมการและการวางแผน (Plan) 2.ขั้นการปฏิบัติ (Action) 3.ขั้นติดตามประเมินผล (Review and Evaluate) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามในเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2552วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา : จากการวิเคราะห์สภาพการณ์เดิมของการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้นแบบเดิมพบว่า ปัญหาคือ 1) การเขียนรูปแบบต่างกันต่างคนต่างเขียน 2) ใช้ภาษาสัญลักษณ์เฉพาะที่เข้าใจในบุคลากรงานวิสัญญี 3) ข้อมูลปัญหาไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย 4) ลายมืออ่านยาก 5) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลไม่เชื่อมโยงกับปัญหาของผู้ป่วย 6) ประเมินกระบวนการพยาบาลได้ยาก ไม่ครบถ้วน 7) ขาดการประเมินเรื่องการจัดการความปวด 8) การลงบันทึกสารน้ำและเลือดไม่ชัดเจน 9) แบบบันทึกไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและมีวิสัญญีพยาบาลนำส่งกลับตึก 10) ไม่มีการบันทึกคำแนะนำการเยี่ยมภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมงเมื่อนำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้นใหม่มาบันทึกการดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้น พบว่าแบบบันทึกมีช่องการเขียนที่ชัดเจน สะดวกและใช้บันทึกการดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้นได้ทั้งในเวลาและนอกเวลาไม่สิ้นเปลืองเวลาทำให้การบันทึกมีระบบขึ้นการบันทึกแสดงให้เห็นปัญหากิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล ครอบคลุมทุกปัญหาของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องพักฟื้นและสามารถส่งต่อข้อมูลที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

สรุป : แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้นที่ได้พัฒนาขึ้นมาสามารถสะท้อนถึงคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลรักษาพยาบาลทางวิสัญญีแก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วนต่อเนื่อง

คำสำคัญ : แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้น

บทนำ

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการมากกว่าบุคลากรอื่นๆ ไม่ว่าจะ เป็นปริมาณเวลาหรือกิจกรรม ซึ่งลักษณะการทำงานเป็นงานต่อเนื่อง ตลอด 24 ชั่วโมง⁽¹⁾ งานบริการพยาบาล เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชีวิตมนุษย์ที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ร่วมกับบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักสังคมสงเคราะห์ ในการทำงานร่วมกันต้องมีการสื่อสารทั้งโดยทางวาจาและการเขียน การสื่อสารโดยการเขียนที่กระทำในลักษณะรายงานหรือบันทึกในที่นี้หมายถึง การเขียนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลด้านสุขภาพ การวางแผนปฏิบัติงาน รวมทั้งการประเมินผลการดูแลทั้งหมดโดยจะมีการจัดข้อมูลอย่างเป็นระบบระเบียบโดยใช้แบบบันทึก⁽²⁾ การเขียนบันทึกทางการพยาบาลเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องกระทำต่อเนื่องมีความถูกต้องสมบูรณ์ นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาล ยังสามารถใช้เป็นสิ่งที่ชี้วัดคุณภาพของงานพยาบาล⁽³⁾ ซึ่งการบันทึกที่ดีนั้นจะต้องแสดง ถึงการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวิชาชีพต่อผู้ป่วยเฉพาะบุคคลและการตอบสนองของผู้ป่วย

บันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อการบริการพยาบาล ยิ่งขึ้นเมื่อแพทย์สภา สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา ได้ร่วมกันออกประกาศสิทธิของผู้ป่วย 10 ประการ ในข้อที่ 9 มีความว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น” ซึ่งมีผลให้ผู้รับบริการรักษาสิทธิของตนมากขึ้นในการที่

จะร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง อีกทั้งในภาวะปัจจุบันมีผู้มารับบริการมีความคาดหวังในบริการที่ได้รับสูงขึ้น มีการกล่าวหา ร้องเรียนหรือฟ้องร้องผู้ให้บริการมากขึ้น ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานใช้อ้างอิงทางกฎหมายเมื่อมีการกล่าวหา ร้องเรียน ดังนั้นในทุกโรงพยาบาลจึงเกิดความตื่นตัวในเรื่องการประกันคุณภาพการพยาบาลขึ้น (Quality Assurance)⁽⁴⁾ และการบันทึกทางการพยาบาล ก็เป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพการพยาบาล

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยาให้บริการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสุรินทร์ และกำหนดขอบเขตการบริการของงานวิสัญญีโดยให้บริการระงับความรู้สึกตลอด 24 ชั่วโมง และครอบคลุมการให้บริการดังนี้⁽⁵⁾

1. การเย็บและประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก
2. การพยาบาลวิสัญญีในห้องผ่าตัด
3. การพยาบาลในห้องพักฟื้น

ซึ่งทั้ง 3 ขั้นตอนของการให้บริการล้วนต้องมีการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ภายหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย หรือการได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นการบันทึกการพยาบาลวิสัญญีในห้องพักฟื้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่วิสัญญีพยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างถูกต้องครอบคลุม ต่อเนื่องและสามารถสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง แต่เนื่องจาก ลักษณะเนื้อหาที่บันทึก และรายงานการพยาบาลทางวิสัญญีในห้องพักฟื้นส่วนใหญ่ จะเป็นการประเมินและ การเฝ้าระวังผู้ป่วยตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญี

แพทย์มีบางส่วนที่ยังคง ใช้ภาษาสัญลักษณ์เฉพาะที่เข้าใจในบุคลากรงานวิสัญญีเท่านั้นและยังขาดข้อมูลทางการพยาบาลที่แท้จริงยังขาดระบบระเบียบ⁽⁶⁾ ตามกระบวนการพยาบาล และเห็นบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่สิ้นเปลืองเวลาโดยเปล่าประโยชน์ ไม่มีใครสนใจอ่าน ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้เนื้อหาสาระหรือข้อความใดๆที่จะนำไปวางแผนการพยาบาล หรือทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ให้สะท้อนถึงคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ครบถ้วน ต่อเนื่อง สามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายและเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิเคราะห์วิจัย มีประสิทธิภาพ และสามารถสื่อสาร ระหว่างสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อ พัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลสุรินทร์โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมสมองเพื่อการวิเคราะห์ สถานการณ์ และบันทึกทางการพยาบาล วิสัญญีเป็นการดำเนินการศึกษาเฉพาะในพยาบาลวิสัญญีในกลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลสุรินทร์จังหวัดสุรินทร์ระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2552

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ได้นำทฤษฎีเชิงระบบ (Systems theory) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วยสามส่วนคือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Out put) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น กลุ่มงานวิสัญญี ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิสัญญีระดับปฏิบัติการ กลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลสุรินทร์มีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษาดังนี้

1. ขั้นเตรียมการและการวางแผน

กลุ่มเป้าหมาย ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานวิสัญญี ประกอบด้วยวิสัญญี พยาบาล จำนวน 21 คน

ขั้นตอนการเตรียมการ (Plan)

1.เป็นขั้นตอนการศึกษาและประเมินสภาพของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ของวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยการ

- o ศึกษาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่ใช้อยู่ปัจจุบัน

- o รวบรวมข้อมูลจากรายงานของกลุ่มการพยาบาล

- o สุ่มตรวจคุณภาพการบันทึกการพยาบาลทางวิสัญญีในเรื่องการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นจากใน เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 50 chart

2. คัดเลือกประเด็นของปัญหา ผู้ศึกษานำเสนอปัญหาการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ต่อที่ประชุมโดยชี้แจง ความสำคัญและ ที่มาของปัญหาในหน่วยงาน

3. ผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเอกสารวิชาการและงานวิจัยต่างวิชานำเสนอแนวคิดการพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นของวิสัญญีพยาบาลต่อคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานวิสัญญีและคณะกรรมการกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลตามลำดับเพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินการพัฒนา

4. นำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

ฉบับร่างมาปรับปรุงตามข้อเสนอและ ถูกต้องตามหลักความรู้วิชาการ และประสบการณ์ การปฏิบัติงานมาประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสนอแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้นของวิสัญญีพยาบาล

5. ผู้ศึกษานำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้น สร้างขึ้นไปให้ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์วิสัญญีในกลุ่มงานวิสัญญี ช่วยปรับปรุงแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ

6. ผู้ศึกษาประชุมเตรียมความพร้อมของทีมผู้ดูแลเกี่ยวกับการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้นที่ปรับปรุงใหม่เพื่อให้ทีมผู้ดูแลคุณภาพการบันทึกมีความรู้และความเข้าใจที่ตรงกันทุกคนก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ

เครื่องมือการศึกษาขั้นเตรียมการประกอบด้วย

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้นที่ปรับปรุงใหม่

2. **ขั้นการปฏิบัติ (Action)** นำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้น ที่ปรับปรุงแก้ไขและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการหอพักฟื้นกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่าง เดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ.2552

3. **ขั้นติดตามประเมินผล** ตรวจสอบการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้น เป็นระยะทุกเดือนเป็นเวลา 6 เดือน จากเพิ่มการรักษา ผู้ป่วยที่มารับบริการหอพักฟื้น โดยคณะกรรมการ พัฒนางานคุณภาพ งานบริการวิสัญญี กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัด สุรินทร์ ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2552

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ (Program Microsoft Access) ในการบันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของวิสัญญีพยาบาลวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลผลการพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้น วิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาเชิงปฏิบัติการการพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้นผู้ศึกษาและทีมวิสัญญีร่วมกันวิเคราะห์แบบบันทึกและสภาพการณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลวิสัญญีในกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาที่ผ่านมา โดยการสุ่มตรวจคุณภาพ การบันทึกการพยาบาลทางวิสัญญีในเรื่องการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้นใน เดือนธันวาคม พ.ศ.2551 จำนวน 50 chart ขึ้น มาพิจารณาลักษณะการบันทึก ทั้งด้าน เนื้อหา วิธีการ จากนั้นร่วมกัน พัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้น ให้มีความเหมาะสมกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสุรินทร์ดังนี้

1.แบบบันทึกและสภาพการณ์ของการแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในหอพักฟื้น (ดังภาพที่1)พบปัญหาจากการบันทึกดังนี้

การเขียนรูปแบบแตกต่างกัน ต่างคนต่างเขียน เนื่องจากผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลมาจากต่างสถาบัน ข้อมูลไม่ครบ ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ลายมืออ่านยาก มักใช้ปากกาบลูคำผิด การบันทึกสัญญาณชีพ เป็นภาษาสัญลักษณ์ที่เข้าใจเฉพาะทีมวิสัญญีไม่มีบันทึกข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นขณะรับยาระงับความรู้สึกในหอผ่าตัด ไม่มีบันทึกข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นขณะอยู่ในหอพักฟื้นและต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่มีระบุ Respiration Status

ไม่มีการระบุการนำส่ง ประเมินกระบวนการพยาบาลได้ยากไม่ครบถ้วน การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลไม่เชื่อมโยงกับปัญหาของผู้ป่วย ไม่มีบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง ไม่มีระบุคำแนะนำภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก บาง chart ไม่มี แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

2.ขั้นการปฏิบัติ (Action Plan) เมื่อได้นำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่ได้รับการพัฒนามาใช้ ผลการศึกษานำเสนอได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของวิสัญญีพยาบาลในกลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลสุรินทร์จำแนกข้อมูลลักษณะทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
31-40	5	23.80
41-50	10	47.62
51-60	6	28.58
$\bar{x} = 45.90, \quad Sd = 8.01$		
การศึกษา		
ปริญญาตรี	18	85.70
ปริญญาโท	3	14.30
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลที่หอผู้ป่วย (ปี)		
1-5	14	66.67
6-10	6	28.57
11-15	0	0
16-20	1	4.76
$\bar{x} = 6.09 \quad Sd = 5.99$	1	4.76
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลวิสัญญี (ปี)		
1-10	6	28.57
11-20	7	33.33
21-30	6	28.57
31-40	2	9.53
$\bar{x} = 17.71 \quad Sd = 8.922$	2	9.53

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไป จากการศึกษาพบว่าวิสัญญีพยาบาล ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 47.62 ส่วนมากจบ การศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.70 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลที่หอผู้ป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 66.67 และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลวิสัญญีมากที่สุด 11-20 ปี ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นจำนวนน้อยกว่า 5 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 47.62 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งในการปฏิบัติงานห้องพักฟื้น		
< 5 ครั้งต่อเดือน	10	47.62
6-10 ครั้งต่อเดือน	6	28.57
11-15 ครั้งต่อเดือน	0	0
> 15 ครั้งต่อเดือน	4	19.05
อื่นๆ โปรตระกูล	1	4.76

2.2 การประเมินแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

เมื่อได้นำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ และปรับปรุงเป็นระยะๆ ครั้งที่ 1 -6 และทดลองใช้ ครั้งละ 2 สัปดาห์ พบว่ามีการบันทึกที่ติดต่อกันไปนี้

1.การบันทึกปัญหาผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง สะดวกและชัดเจน

2.แบบบันทึกสามารถใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและมีวิสัญญีพยาบาลนำส่งกลับตึก

3.การประเมินติดตาม RESPIRATION STATUS

มีสิ่งที่ไม่มีการบันทึกหรือบันทึกแต่ยังขาดความครอบคลุมมีดังต่อไปนี้

1.การประเมินสภาพการฟื้นมีประเมินเฉพาะแรกรับและจำหน่ายแต่การปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี พยาบาลวิสัญญีประเมินสภาพการฟื้นทุก 5 นาที หรือมากกว่านั้นในกรณีที่ผู้ป่วยยังอาการไม่คงที่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

2.การประเมินสภาพการฟื้นควรมีการบันทึกต่อจากการบันทึกสัญญาณชีพเพื่อ

สะดวกต่อการประเมินผู้ป่วย

3.การลงบันทึกสารน้ำและเลือดไม่ชัดเจน

4.การบันทึกกระบวนการพยาบาลยังขาดการบันทึกวัตถุประสงค์

5. ช่องประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาล แคลเกินไปทำให้บันทึกไม่สะดวก

6. ขาดการบันทึกการประเมินความปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

7. ไม่มีการบันทึกผลการระงับปวดการประเมินความปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

8.ไม่มีการบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบรรเทาความปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

9. ไม่มีการบันทึกการประเมินความปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้นภายหลังรับยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง

10.ไม่มีการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น

11.ไม่มีการบันทึกคำแนะนำการเยี่ยมภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง

12.เนื่องจากนอกเวลาราชการ ไม่มีการเปิดบริการห้องพักฟื้นวิสัญญีพยาบาลประจำห้องที่ให้ยาระงับความรู้สึกเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นด้วยตนเองดังนั้นเพื่อให้การบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเป็นไปด้วย ความสะดวก รวดเร็วและไม่เป็นภาระ ต่อวิสัญญีที่ปฏิบัติงาน โดยการบันทึกตัวอย่างการบันทึกกระบวนการพยาบาลขึ้นโดยการช่วยกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญีและมีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรับยาระงับความรู้สึกจึงแยกแบบบันทึกการ

ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเป็นแบบรับยาระงับความรู้สึก (GA) และการรับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (SB)

13. การบันทึกสารน้ำขาดช่องทางการบันทึกสารน้ำที่ผู้ป่วยได้ทั้งหมดในห้องพักฟื้น

14. ยังไม่มีการบันทึกข้อวินิจฉัย, กิจกรรมการพยาบาล/การรักษา, การประเมินผลในด้านหลังของแบบบันทึกเพิ่มเติมในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องมีการบันทึกที่ละเอียดและมีการพยาบาลและการรักษาที่มากกว่าปกติ

15. ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมี วิชาญพยาบาลนำส่งไปดูแลต่อที่ตึกไม่ผ่านการดูแลจากวิชาญพยาบาลประจำห้องห้องพักฟื้นทำให้ไม่มีแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเมื่อตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในส่วนของบันทึกทางวิชาญ ขาดการบันทึกในส่วนนี้ไป

สรุป

จากการวิเคราะห์สภาพการณ์เดิมของการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นแบบเดิมพบว่า ปัญหาคือ 1) การเขียนรูปแบบต่างกัน ต่างคนต่างเขียน) ข้อมูลปัญหาไม่ครบ ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย 3) ลายมืออ่านยาก 4) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลไม่เชื่อมโยงกับปัญหาของผู้ป่วย 5) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลไม่เชื่อมโยงกับปัญหาของผู้ป่วย 6) ประเมินกระบวนการพยาบาลได้ยาก, ไม่ครบถ้วน 7) ขาดการประเมินเรื่องการจัดการความปลอดภัย 8) การลงบันทึกสารน้ำและเลือดไม่ชัดเจน 9) แบบบันทึกไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและมีวิชาญพยาบาลนำส่งกลับตึก 10) ไม่มีการบันทึกคำแนะนำการเยี่ยมภายหลังได้รับยาระงับ

ความรู้สึก 24 ชั่วโมงปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเกิดเนื่องจาก ไม่มีการประชุม ข้อตกลงร่วมกันว่าการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นควรเป็นรูปแบบใดและไม่ได้กำหนดว่าอะไรบ้างที่ควรบันทึก ควรบันทึกอะไรก่อนหลัง เพื่อให้สะท้อนถึงคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งการเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก, การพยาบาลวิชาญในหอผ่าตัด, การพยาบาลในห้องพักฟื้น และการสร้างแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นครั้งนี้ ได้สร้างความตระหนักให้วิชาญพยาบาลได้เห็นถึงความสำคัญของการบันทึกการพยาบาลวิชาญ⁽⁷⁾ และทุกคนมีส่วนร่วมในการออกแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นขึ้นใหม่ตั้งแต่ ขั้นตอนการ ศึกษา และประเมินสภาพของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น นำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่ปรับปรุงแก้ไขมาทดลองใช้และประเมินผลการใช้งานเพื่อพัฒนาซึ่งแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นขึ้นใหม่มีช่องการเขียนที่ชัดเจนทำให้การบันทึกมี ระบบขึ้นการบันทึกแสดงให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องพักฟื้นกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล คลอบคลุมทุกปัญหาและถือว่าเป็นแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์มีคุณค่าและมีความสำคัญสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ยังสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติงานของวิชาญพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ ธรรมมิกบวร (2547)⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาควรเสนอแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ต่อผู้บริหารระดับสูงขออนโยบายเพื่อประกาศใช้ และเกิดความชัดเจนเป็นรูปธรรม

2. จัดให้มีระบบการติดตาม ประเมินผลการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลาต่อเนื่องเพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล การใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น เพื่อหาแนวทางการพัฒนาปรับปรุง และหาโอกาสพัฒนาให้มีคุณภาพต่อไป

3. วิสัญญีพยาบาลควรจะได้เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับหลักการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความมั่นใจ มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

4. จัดให้มีการปฐมนิเทศสำหรับวิสัญญีพยาบาลที่จบใหม่ก่อนการปฏิบัติหน้าที่ เพื่อให้ทราบถึงแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่ได้ใช้ในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญีต่อการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้นมาภายหลังการนำไปใช้

2. ควรมีศึกษาวิจัยการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นการเสริมสร้างการพยาบาลทางวิสัญญีให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิสัญญีแพทย์และพยาบาลวิสัญญีทุกท่านที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ

ภาพที่ 2 แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยภายหลังการรับยาระงับความรู้สึกที่พัฒนาขึ้น

		แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น / การเยี่ยมหลังรับยาระงับความรู้สึก					FM-ANE-003							
		ข้อมูลส่งต่อจากห้องผ่าตัด OR.NO.		รายการ	แรกรับ	ส่งกลับ	สรุป							
ปฏิกิริยา														
การแก้ไข		Drain Urine												
เวลา	Vital Signs				Sed, N/V	NRS, VRS	DRUG	สภาพการฟื้น/คะแนน (PAR SCORE)						
	SpO2	P	R	BP	Score	FLACC		เวกรับ	15 min	30 min	ก่อนส่ง			
								ACTIVITY	ยกแขนขาตัวเอง 4 ข้าง	2				
									ยกแขนขาตัวเอง 2 ข้าง	1				
									ไม่สามารถขยับแขนขาได้	0				
								RESPIRATION	หายใจปกติ ไอได้ดี	2				
									หายใจหอบหรือหายใจช้า	1				
									หายใจเองไม่ได้	0				
								CIRCULATION	BP+20% ของระดับปกติ	2				
									BP+20-50% ของระดับปกติ	1				
									BP+ >50% ของระดับปกติ	0				
								CONSCIOUS	ตื่นเต็มที่	2				
									ตื่นเมื่อเรียกชื่อ	1				
									เรียกไม่ตอบสนอง	0				
								COLOR	SpO ₂ > 92% ด้วย O ₂ Room Air	2				
									SpO ₂ > 90% เมื่อหายใจด้วย O ₂	1				
									SpO ₂ < 92% เมื่อหายใจด้วย O ₂	0				
									รวม	10				
		ผลการระงับปวด <input type="checkbox"/> ดีมาก=3 <input type="checkbox"/> ดี=2 <input type="checkbox"/> เล็กน้อย=1 <input type="checkbox"/> ไม่ดี=0 อาการแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี... <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Hypotension <input type="checkbox"/> Other... <input type="checkbox"/> Itching/Rash <input type="checkbox"/> Hypoventilation												
		หมายเหตุ < 8 คะแนน รายงานแพทย์ 8 คะแนน สังเกตอาการ และ พยาบาลนำส่ง 9-10 คะแนน ส่งออกได้												
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน		กิจกรรมการพยาบาล และการรักษา		ประเมินผลการพยาบาล		RESP. STATUS Adm. Disch. Ward. Room Air <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O2 mask / cannula <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O2 ET / TT T-piece <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ET / TT + Ventilator <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> เสียงต่ออาการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงหรือหายใจไม่สะดวกเนื่องจาก <input type="checkbox"/> การดมยาสะสม <input type="checkbox"/> การทำ RA ข้อมูลสนับสนุน <input type="checkbox"/> การทำ RA		<input type="checkbox"/> ประเมินระดับความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ประเมินและวัด V/S ทุก 5 นาทีและบันทึก <input type="checkbox"/> ดูแลให้ออกซิเจนตามสภาวะของผู้ป่วย		<input type="checkbox"/> ตื่นดี <input type="checkbox"/> ปลุกตื่น <input type="checkbox"/> ไม่ตื่น v/s <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> BP ต่ำ		ปฏิกิริยาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> V/S <input type="checkbox"/> Conscious <input type="checkbox"/> bleeding <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> ประเมินอาการฯ <input type="checkbox"/> Other...								
<input type="checkbox"/> เสียงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิต ข้อมูลสนับสนุน <input type="checkbox"/> ปลายมือ/เท้า ชืด <input type="checkbox"/> เยื่อบุตาชืด		<input type="checkbox"/> ประเมินเสียงปอด 2 ข้าง <input type="checkbox"/> Suctionถ้ามี Secretion มาก <input type="checkbox"/> จัดท่านอนให้เหมาะสม <input type="checkbox"/> ประเมินอาการฯ <input type="checkbox"/> ดูแลการให้สารน้ำและเลือด		<input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Tachypnea <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> ปอดปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะ Cyanosis		การเยี่ยมหลังได้รับยาระงับความรู้สึก 24 ชม. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาระงับความรู้สึก (MAC) <input type="checkbox"/> NO Visit ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกและการตามเยี่ยม <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> มี ระบุ...								
<input type="checkbox"/> เสียงต่อภาวะแทรกซ้อนด้านอื่นๆ ข้อมูลสนับสนุน <input type="checkbox"/> Shivering (Chill) <input type="checkbox"/> N/V		<input type="checkbox"/> ห่มผ้าให้อบอุ่นหรือให้ยาตามแผนการรักษา		<input type="checkbox"/> แผลไม่ซึม <input type="checkbox"/> ซึมเล็กน้อย <input type="checkbox"/> ซึมมาก Chill <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cool <input type="checkbox"/> Chill N/V <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> มาก		คำแนะนำ <input type="checkbox"/> การมี Early Ambulation หลังผ่าตัด <input type="checkbox"/> การสุดท้ายใจเพื่อการขยายตัวของปอดและไออย่างมีประสิทธิภาพ <input type="checkbox"/> สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้ายทอย ปวดศีรษะ ปวดหลัง <input type="checkbox"/> Other...								
<input type="checkbox"/> เสียงต่อภาวะปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด		<input type="checkbox"/> ประเมินความปวด และให้ยาตามแผนการรักษา		<input type="checkbox"/> ได้รับสารน้ำเพียงพอ <input type="checkbox"/> ปัสสาวะออกปกติ <input type="checkbox"/> นอนพักได้ <input type="checkbox"/> อื่นๆ...		Visit N. Visit Date								
Anesthesia <input type="checkbox"/> GA+UM, LMA <input type="checkbox"/> GA+ET <input type="checkbox"/> GA bal <input type="checkbox"/> TIVA <input type="checkbox"/> GA+RA <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> EPB <input type="checkbox"/> BPB <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> MAC		Anesthesiologist Anesthetist		Transfer to PACU by										
NAME		AGE		OPERATION										
HN		SEX <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		WARD		Anesthetist PACU								
AN		DEPARTMENT OF SERVICE		DATE		รวม ชม. นาที								
						Transfer to ward by น. น.								
						Attending Physician								

บรรณานุกรม

1. วรรณภา คงสุริยะนาวิณ. การสำรวจปัญหาและความต้องการบริการเสริมหลักสูตรของนักศึกษาพยาบาล. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขภาพจิตและการบริการจิตเวชศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
2. วรรณภา ศรีธัญรัตน์. การพยาบาลพื้นฐานการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เล่มที่ 1. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2538.
3. กองการพยาบาล. คู่มือการควบคุมคุณภาพการพยาบาล. เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
4. มาตรฐานคุณภาพการพยาบาลใน โรงพยาบาล. ปรับปรุงครั้งที่ 2 นนทบุรี : สำนักการ พยาบาล กรมการแพทย์ ;2550.
5. Kron,T. the management of patient care. Philadelphia : W.B.Saunders; 1976.
6. นางอรัทัย ไทยานนธ์. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกัณฑ์รารมย์.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2552;ปีที่5:74-80.
7. สุรีย์ ธรรมมิกบวร. การบันทึกทางการ พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ:นิเวศพัฒนา;2547
8. สุรีย์ ธรรมมิกบวร.การบันทึกทางการ พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพฯ:โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก;2540.