การพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลมหาสารคาม

Development of Nursing Documentation for Patients Care in Post-Anesthesia Care Unit: Mahasarakham Hospital

ดวงแก้ว พรรณพราว[1]พยบ., นงเยาว์ มีเทียน[2]

Duangkaew Punpraw [1] , Nongyaow Meethien[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ วิสัญญีแพทย์ (6 คน) และพยาบาลวิสัญญี (25 คน) คัดเลือกแบบเจาะจง การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการพัฒนาแบบบันทึก และประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือวิจัย คือ 1) แบบบันทึกการพยาบาล, 2) แบบประเมินคุณภาพการบันทึก และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ (ค่าความเชื่อมั่น 0.93) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลหลังได้รับยาระงับความรู้สึก โดยปรับปรุงและมีสัญลักษณ์ให้ชัดเจนขึ้น และเพิ่มข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม ประกอบด้วย 1) การวินิจฉัยโรคและรายชื่อของวิสัญญีแพทย์ 2) การประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แรงดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว กำลังของกล้ามเนื้อแขน-ขา การคั่งของกระเพาะปัสสาวะ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน และการประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน 3) การให้สารน้ำ/เลือด และยาแก้ปวดครั้งสุดท้าย 4) ผลการประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทั้งระยะแรกรับก่อนและส่งกลับหอผู้ป่วย คุณภาพของแบบบันทึก โดยรวม และความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกอยู่ในระดับมาก

สรุปผล : แบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นสามารถประเมินสภาพปัญหา/ภาวะแทรกซ้อนของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม สู่การนำมาวางแผน ให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ทันเวลา และผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยมากขึ้น

คำสำคัญ : แบบบันทึกการพยาบาลหลังได้รับยาระงับความรู้สึก, การดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

---

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคาม

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[1]Professional Level Anesthesiology Nursing Departments Mahasarakam Hospital

[2]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

ABSTRACT

Objectives : To develop Nursing Documentation for Patients in Post-Anesthesia Care Unit, Mahasarakham Hospital.

Method : This study is research and development. By using the conceptual framework according to the nursing process. The research process was divide into 3 phases: situation analysis, developing nursing Doceumentation, and evaluation. Sample were 6 Anesthesiologists and 25 Nurse Anesthetists were included by purposive sampling. The research instruments were: 1) nursing documentation for patients in Post-Anesthesia Care Unit, 2) checklist of nursing documentation's quality, and 3) satisfaction questionnaire regarding nursing documentation. The reliability of questionnaire was 0.93. The data were analyzed using percentage, mean, and content analysis.

Results : The nursing documentation was developed using structural-type. The checklist and narrative were used. The documentation form and signatures was improved clearly. The assessment data were added consisting 1) diagnosis and Anesthesiologist's name, 2) the results of EKG, CVP, SpO2, respiration rate, conscious, muscle power, bladder full, nausea/vomiting and discharging criteria, 3) implementation of using opioid drugs (last dose) and fluid/blood infusion, and 4) the evaluation of vital signs and conscious in the early phase and before discharge phase. Nursing documentation's quality and satisfaction regarding nursing documentation, both of the overall percentage were high level.

Conclusion : Nursing documentation can be used to assess the problems /complications of patients in a comprehensive way, which leads to more proper, timely and safety care.

Keywords : nursing documentation, Post-Anesthesia Care

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลมหาสารคาม มีวิสัยทัศน์เพื่อให้บริการที่เป็นเลิศ และมีเครือข่ายเข้มแข็ง โดยมีบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในระดับสูง มีศักยภาพในการดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลาย และซับซ้อนในหลายๆ สาขา พยาบาลวิสัญญีมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้รับบริการผ่าตัดที่จำเป็นต้องได้รับยาระงับความรู้สึก ทั้งระยะก่อน ขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย และมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะภายหลังให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ผู้รับบริการมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ นั่นคือการดูแลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจึงถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลวิสัญญีควรมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ชนิดของการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึกชนิดต่างๆ อีกทั้งมีความรู้ความสามารถในการประเมินและวินิจฉัยปัญหา/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และสามารถให้การพยาบาลผู้รับบริการเพื่อแก้ไขปัญหา/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังได้รับยาระงับความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

การบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพ และช่วยในการประเมินสภาพผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม และทำให้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำ

มาวางแผนและรีบให้การดูแลผู้รับบริการอย่างถูกต้องและทันท่วงที[1]

จากสถิติการให้บริการของกลุ่มงานวิสัญญี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560[2] พบว่า มีผู้ที่มารับบริการที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและ/หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการฟื้นตัวภายหลังให้ยาระงับความรู้สึก คือ เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.82 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.54 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.35 สูบบุหรี่ ร้อยละ 12.88 และภาวะซีด ร้อยละ 3.57 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบผู้รับบริการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกขณะอยู่ในห้องพักฟื้น คือ ปวด (pain) ร้อยละ 16.38, หนาวสั่น (shivering) ร้อยละ 1.54, คลื่นไส้ / อาเจียน (Nausea / Vomiting) ร้อยละ 0.43, ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ร้อยละ 0.31 และความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ร้อยละ 0.03 ตามลำดับ นอกจากนี้ ภายหลังย้ายออกจากห้องพักฟื้นได้พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) จำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ไม่ควรเกิดขึ้น ซึ่งหากสามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้ทันท่วงที อาจไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวกับผู้รับบริการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นขึ้นใหม่ โดยคาดหวังว่า หากมีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างครอบคลุมกับสภาพปัญหา/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะส่งผลให้ผู้รับบริการปลอดภัย และพยาบาลวิสัญญีรู้สึกพึงพอใจที่ให้การพยาบาลได้ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิสัญญี จำนวน 25 คน และวิสัญญีแพทย์จำนวน 6 คน ของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม 2560 - กุมภาพันธ์ 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกการพยาบาล สำหรับดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง[3] ที่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมิน/การเฝ้าระวังอาการผู้รับบริการ, 2) การวินิจฉัยอาการผิดปกติที่พบ, 3) การให้การพยาบาล/การรักษา และ 4) ผลการให้การพยาบาล/การรักษา

2. แบบประเมินคุณภาพของการบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โดยใช้หลัก 4C ของสำนักการพยาบาล[4] คือ ครบถ้วน (complete) ถูกต้อง (correct) ชัดเจน (clear) และได้ใจความ (concise) มี 10 ข้อ โดยเป็นแบบ checklist แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของบลูม[5] มี 3 ระดับ คือ ≥ 80 % (ระดับมาก), 60-79.9% (ระดับปานกลาง) และ <60 (ระดับน้อย)

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 10 ข้อ มี 3 ด้าน คือ 1). ด้านมาตรฐานการบันทึก 2). ด้านความครอบคลุมกระบวนการพยาบาล และ 3). ด้านหลักฐานการใช้ประโยชน์จากการบันทึก คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 คะแนน (มากที่สุด), 4 คะแนน (มาก), 3 คะแนน (ปานกลาง), 2 คะแนน (น้อย) และ 1 คะแนน (น้อยที่สุด) แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของบลูม

แบ่งความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ คือ ≥ 80% หรือ ≥ 40 คะแนน (มาก), 60-79.9 % หรือ 30-39.9 คะแนน (ปานกลาง) และ < 60% หรือ < 30 คะแนน (น้อย)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินคุณภาพของการบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิสัญญี 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านพยาบาลวิสัญญี จำนวน 1 ท่าน หลังจากได้ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.93

ขั้นตอนดำเนินการพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การใช้แบบบันทึกการพยาบาล ดังนี้

1.1 วิเคราะห์แบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น เพื่อค้นหาข้อบกพร่องของแบบบันทึกที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่ชัดเจน

1.2 ประชุมพยาบาลวิสัญญีและวิสัญญีแพทย์ โดยใช้หลักการระดมสมองและให้แสดงความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

1.3 ศึกษาแบบบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการวางแผนพัฒนาแบบบันทึกขึ้นใหม่ โดยดำเนินในช่วงระยะเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2560

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาล เริ่มดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน 2560 ดังนี้

2.1 เสนอโครงการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น แก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคาม

2.2 นำเสนอโครงการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ต่อที่ประชุมกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคาม

2.3 จัดทำแบบบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โดยกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบบันทึกตามกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินปัญหาผู้รับบริการในระยะแรกรับที่ห้องพักฟื้น การวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ในช่วงเดือนพฤษภาคม –กรกฎาคม 2560

2.4 นำเสนอแบบบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นที่ได้จัดทำขึ้น ให้แก่วิสัญญีแพทย์และพยาบาลวิสัญญีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม และทำการระดมสมองเพื่อให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง และนำไปปรับปรุงแก้ไขในช่วงเดือนสิงหาคม 2560

2.5 นำแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นที่แก้ไขให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพ

2.6 ประชุมเพื่อทำการชี้แจงการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นให้กับวิสัญญีแพทย์และพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคาม และนำแบบบันทึกไปใช้ ในระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2560 จำนวน 2,081 ราย

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาแบบบันทึก ดังนี้

3.1 เก็บรวบรวมแบบบันทึกการพยาบาล มาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจนและได้ใจความ ตามแบบประเมินคุณภาพของแบบบันทึก หากค้นพบปัญหา/อุปสรรคของการบันทึกไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง/ไม่ชัดเจน/ไม่สมบูรณ์ จะนำเข้าไปเสนอต่อที่ประชุมกลุ่ม

งานการพยาบาลวิสัญญีทุกเดือน เพื่อแจ้งให้ทราบปัญหาและหาวิธีการดำเนินการแก้ไขร่วมกัน

3.2 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อให้แบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น มีความครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้

3.3 ประเมินผลการพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2560 -มกราคม 2561

3.4 ประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีแพทย์และพยาบาลวิสัญญี จำนวน 31 คน ต่อการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ในช่วงระยะเดือนพฤศจิกายน 2560 - ธันวาคม 2561 แล้วนำผลมาวิเคราะห์ข้อมูล

3.5 สรุปผลการพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ให้กับกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีทราบและนำไปใช้ต่อไป ในเดือนกุมภาพันธ์ 2561

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH_ REC 60-01-042 เลขที่ใบรับรอง COA No 60/039

ผลการวิจัย

1. ระยะศึกษาสถานการณ์การใช้แบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น พบว่า แบบบันทึกเดิมมีการจัดหมวดหมู่ไม่ชัดเจน และการบันทึกไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา/ภาวะแทรกซ้อนของผู้รับบริการ คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีช่องการบันทึกเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของผู้รับบริการและรายชื่อของวิสัญญีแพทย์ที่รับผิดชอบ

1.2 การประเมินอาการทางคลินิก ไม่มีช่องการบันทึกเกี่ยวกับ ผลการประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG), อัตราการหายใจ (Respiratory rate), ค่าแรงดันของหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CVP), การได้รับยาระงับปวดกลุ่ม opioid (ตามระดับความปวดและเวลาที่ได้รับ), การได้รับสารน้ำชนิด Colloid (Gelofusine/Haemaccel), การประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้านกรณีที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านได้ (One day surgery), การประเมินอาการแรกรับ โดยระบุสัญญาณชีพ (Vital signs) และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation; SpO2), และประเมินระดับความรู้สึกตัว (Conscious) ทั้งระยะแรกรับและก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย,

1.3 การประเมินอาการแรกรับ ผู้บันทึกเขียนบรรยายลงไปในช่องว่าง โดยไม่มีการระบุประเด็นสำคัญที่ต้องประเมินอย่างชัดเจน

1.4 ไม่มีการระบุสัญลักษณ์ของ สัญญาณชีพและแบบฟอร์มการบันทึกที่ชัดเจน

2. ระยะพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ตามกระบวนการพยาบาล มีดังนี้

2.1 ได้จัดหมวดหมู่ที่ชัดเจน เป็นแบบมีโครงสร้างตามกระบวนการพยาบาล โดยมีรายการให้เลือกและเติมข้อความในช่องว่าง

2.2 ได้มีการเพิ่มเติมประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมลงในแบบบันทึก คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล โดยเพิ่มการวินิจฉัยโรคและรายชื่อของวิสัญญีแพทย์ที่รับผิดชอบ, 2) การประเมินอาการทางคลินิก โดยเพิ่มผล EKG, Respiratory rate, CVP, การได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม opioid ครั้งสุดท้าย (เวลาชนิด และปริมาณยาที่ได้รับ), การได้รับสารน้ำชนิด Colloid, 3) ประเมินอาการแรกรับ โดยระบุ Vital sign, SpO_2, และ Conscious (เพิ่มการพูดคุย และการขยับแขน-ขา) ทั้งระยะแรกรับและก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย, 4) ประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน (กรณี One day surgery) ตาม Modified Post Anesthesia Discharge Scoring System (Modified PADSS)[6] (ร่วมกับประเมินความพร้อมก่อนกลับหอผู้ป่วยตาม Modified Aldrete Score System (Modified ASS)[7] โดยบันทึกทุก 15 นาที และ 5) มีการระบุสัญลักษณ์ของ Vital signs และปรับแบบฟอร์มการบันทึกให้ชัดเจนขึ้น

2.3 มีการกำหนดแนวทางการดูแล ดังนี้

1) พยาบาลวิสัญญีจะมาส่งข้อมูลสำคัญของผู้รับ

บริการ ให้พยาบาลวิสัญญีห้องพักฟื้น[3] คือ 1.1) ชื่อสกุล อายุ เพศ เนื่องจาก เป็นการระบุตัวตน และมีความสัมพันธ์กับการประเมินสภาพ การดูแลรักษาและพิจารณาให้ยาระงับปวด 1.2) โรค การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการผ่าตัด 1.3) โรคประจำตัวผู้ป่วย ยาที่ใช้รักษา ประวัติการแพ้ยา และปัญหาสุขภาพอื่นๆ 1.4) วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก เทคนิคพิเศษ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและการรักษา 1.5) ยาที่ได้รับระหว่างผ่าตัด 1.6) สัญญาณชีพระหว่างทำผ่าตัดและครั้งสุดท้ายก่อนเคลื่อนย้ายมาห้องพักฟื้น 1.7) ปริมาณเลือดที่เสียไป ปริมาณสารน้ำและเลือดที่ได้รับทดแทนขณะผ่าตัด 1.8) ปริมาณปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการคั่งของกระเพาะปัสสาวะ 2). ดูแลและประเมินผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้[3] 2.1) ดูแลให้ออกซิเจนทุกราย 2.2) ประเมิน Vital signs, S_pO_2, Conscious, การพูดคุย, การขยับแขน-ขาได้เอง/ตามคำสั่งตาม Modified ASS [6] 2.3) ประเมินภาวะเลือดออกในสมองเบื้องต้น จากการซักถามและตอบคำถามรู้เรื่อง, สังเกตความผิดปกติของใบหน้า (ปากเบี้ยว), หลับตาไม่สนิท, พูดไม่ชัดหรือพูดลำบาก และตรวจสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน-ขา หากสามารถยกแขนได้นาน 10 วินาที และยกขาได้นาน 5 วินาทีถือว่าปกติ (กรณีที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง หากสามารถยกแขนได้นาน 10 วินาที ถือว่าปกติ) 2.4) ประเมิน Pain score (กรณีที่รู้สึกตัวและบอกความปวดได้) จะประเมินโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale; NRS) คือ 0 คะแนน (ไม่ปวด), 5 คะแนน (ปวดปานกลาง) และ 10 คะแนน (ปวดมากที่สุด) กรณีที่เพิ่งฟื้นจากยาระงับความรู้สึกทั่วไปและบอกความปวดได้ จะประเมินความปวดด้วยวาจา (verbal rating scale: VRS) มี 5 ระดับ คือ ไม่ปวดเลย, ปวดน้อย, ปวดปานกลาง, ปวดมาก, ปวดมากที่สุด กรณีเด็กอายุ 3-8 ปีหรือมีปัญหาการสื่อสาร จะประเมินความปวดจากใบหน้า (Face pain Scale) มี 6 ระดับ คือ 0 คะแนน (ไม่ปวดเลย) 2 คะแนน (ปวดเล็กน้อย), 4 คะแนน (ปวดปานกลาง), 6 คะแนน (ปวดค่อนข้างมาก), 8 คะแนน (ปวดมาก) และ 10 คะแนน (ปวดมากที่สุด)[8] หากพิจารณาให้ยาระงับปวด (opioid) ต้องประเมินระดับความปวดร่วมกับระดับความง่วงซึม (sedation score) มี 3 ระดับ คือ 2 (ง่วงซึมมาก) 1 (ง่วงซึมเล็กน้อย) และ 0 (ไม่ง่วงซึม)[8] 2.5) จัดท่านอนให้เหมาะสมกับระดับความรู้สึกตัวและชนิดการผ่าตัด โดยนอนศีรษะสูง 30 องศา ถ้านอนหงายควรมีหมอนหนุนบริเวณคอและไหล่เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง หากเป็นเด็กให้จัดท่านอนตะแคง 2.6) ประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติจากแผลผ่าตัด จากการซึมของผ้าปิดแผล, ท่อระบายต่างๆ, การ Irrigate bladder, NG lavage และปัสสาวะ พร้อมบันทึกจำนวนและลักษณะที่พบ, 2.7) ตรวจสอบปริมาณ/ชนิดสารน้ำและเลือดที่ได้รับ และสังเกตบริเวณที่ให้ 2.8) ดูแลให้ได้รับความอบอุ่น (ห่มผ้า/ใช้เครื่องเป่าลมอุ่น) สังเกตภาวะหนาว/สั่นและให้การดูแลรักษา 2.9) ประเมินภาวะคลื่นไส้อาเจียน และให้การดูแลรักษาพร้อมบันทึก 3). ลงบันทึกผลการประเมินกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับทุก 5 นาทีจนอาการคงที่ โดยมีเกณฑ์การจำหน่ายผู้รับบริการ (discharge criteria) ดังนี้[3] 3.1) สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ และคงที่อย่างน้อย 30 นาที - 1 ชม 3.2) ระดับความรู้สึกตัวในผู้ใหญ่คือ ตื่นและรู้สึกตัวดี โดยลืมตาได้เอง สามารถบอกชื่อนามสกุลตนเอง ตอบคำถามง่ายๆ หรือทำตามคำสั่งได้ ส่วนเด็กอาจร้องไห้หรือสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง, 3.3) ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน และท่อระบายต่างๆ อยู่ในตำแหน่งเหมาะสม ไม่มีการเลื่อนหลุดจากตำแหน่งเดิม, 3.4) ไม่มีการคั่งของกระเพาะปัสสาวะ หรือกรณีที่คาสายสวนปัสสาวะ ควรมีปัสสาวะ > 30 มล./ชม. (ผู้ใหญ่)และ >1 มล./น้ำหนักตัว 1 กก. /ชม.(เด็ก) 3.5) Pain score ≤ 4 คะแนน 3. 6) Modified ASS ≥ 9 คะแนน สามารถส่งกลับหอผู้ป่วยได้[4] (กรณีที่มิได้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดควรปรึกษาวิสัญญีแพทย์หรือศัลยแพทย์ที่เกี่ยวข้อง) 3.7) กรณีที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ spinal block หรือ brachial block ระดับการชาต้องลดลง หรือสามารถขยับแขน-ขาได้ 3.8) เมื่อพร้อมจำหน่ายให้ตรวจสอบแบบบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และประสานงานไปยังพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อส่งต่อข้อมูลสำคัญ (การผ่าตัด, ชนิดของการระงับความรู้สึก, Vital signs, ภาวะแทรกซ้อนที่

เกิดขึ้นและการรักษาที่ได้รับ), 3.9) กรณี One day surgery คะแนน Modified PADSS ต้อง ≥ 9 คะแนนจึงส่งกลับบ้านได้ [7]

3. ระยะการประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โดยประเมินจากความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความของแบบบันทึก และความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 ด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความของแบบบันทึกโดยรวม ประเมินทั้งหมด 3 ครั้ง โดยนำไปใช้กับผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 625, 776 และ 680 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 87.6, 88.2 และ 92.5 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ครั้ง และเพิ่มขึ้นจากเดิม ภายหลังการพัฒนาแบบบันทึก

3.2 ด้านความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ประเมินทั้งหมด 3 ครั้ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 คิดเป็นร้อยละ 87.6, 92.4 และ 94.2 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นจากเดิม ภายหลังการพัฒนาแบบบันทึก

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน และมีประเด็นสำคัญที่พบ ดังนี้

1. การพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับริการภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ใช้แนวคิดตามกระบวนการพยาบาลและเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมวิสัญญีแพทย์และพยาบาลวิสัญญี โดยมีการระดมสมองเพื่อให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้แบบบันทึกครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจนและได้ใจความ

การพัฒนาแบบบันทึกได้มีการปรับปรุงในส่วนของการประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินอาการทางคลินิก ที่ครอบคลุมมากขึ้นเช่น 1) เพิ่มช่องการประเมินเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค และรายชื่อของวิสัญญีแพทย์ที่รับผิดชอบ, ผล EKG, อัตราการหายใจ, ค่า CVP, การได้รับยาระงับปวดกลุ่ม opioid โดยระบุตามระดับความปวดและเวลาที่ได้รับ, สารน้ำชนิด Colloid, ประเมิน Modified PADSS[6], ประเมินอาการแรกรับ โดยระบุ Vital signs, SpO2 และ Conscious (ระยะแรกรับและก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย) และ 2) ปรับแบบฟอร์มการบันทึกสัญญาณชีพและระบุสัญลักษณ์ให้ชัดเจน

สำหรับการประเมินผลการรักษาพยาบาล/ข้อมูลการส่งต่อ ได้มีการปรับปรุง เช่น 1) เพิ่มช่องการประเมินเกี่ยวกับผล EKG, การขยับแขน-ขา การพูดคุยและการตอบสนองตามคำสั่งทั้งระยะแรกรับและก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย, การคั่งของกระเพาะปัสสาวะ, ขนาด/ปริมาณ/เวลาของยาแก้ปวดที่ได้รับครั้งสุดท้ายก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย, อาการคลื่นไส้/อาเจียน ชนิด/ปริมาณ/เวลาของยาที่ได้รับ และผลของการดูแลรักษาพยาบาล และอาการสำคัญอื่นๆ

จากการนำแบบบันทึกที่พัฒนาแล้วไปใช้ พบว่าสามารถประเมินความผิดปกติของผู้รับบริการได้ตั้งแต่ระยะแรก คือ 1) ภาวะเลือดออกในสมอง จากการประเมินระบบประสาท (เช่น สัญญาณชีพ, การปลุกตื่น ลืมตา, การพูดคุยและการตอบสนองตามคำสั่ง, การขยับแขน-ขา ทั้งระยะแรกรับและก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย) พบ 1 ราย 2) ภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงพบ 2 ราย 3) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำร่วมกับอาการหนาวสั่นพบ 10 ราย และ 3) ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติพบ 1 ราย ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาอาการผิดปกติตั้งแต่ระยะแรก โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง และต่อมามีอาการดีขึ้น ดังนั้นการพัฒนาแบบบันทึกดังกล่าวจึงเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ จรัญญาณี ภูวิสันติ[9] ที่พบว่าการปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลสามารถช่วยแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นได้ และทำให้ทราบปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับ ศิริพร ขัมภลิขิต[10] ที่พบว่า ประสิทธิภาพการให้การพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่บันทึกไว้ของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นประโยชน์

ต่อการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผลลัพธ์การพัฒนาแบบบันทึก พบว่า

2.1 แบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีคุณภาพในระดับมาก ตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาลในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ[11] เนื่องจาก 1) หน่วยงานวิสัญญีมีการกำหนดเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพของแบบบันทึกอย่างชัดเจน 2) มีคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพของแบบบันทึก โดยทบทวนแบบบันทึกและประชุมประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ 3) มีการกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลอย่างชัดเจน จึงส่งผลให้พยาบาลวิสัญญีทุกคนตระหนักถึงความสำคัญและจำเป็นในการบันทึกให้มีคุณภาพมากขึ้น อีกทั้งแบบบันทึกฯ ที่ปรับใหม่ทำให้พยาบาลวิสัญญีสามารถประเมินปัญหา/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้ครอบคลุมและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ พวงเพชร สุริยะพรหม[12] ที่พบว่า ควรมีการกำหนดเกณฑ์ รูปแบบ และแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลให้ชัดเจน และมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง และพนิดา เขตอริยกุล[13] พบว่า ควรมีการตรวจสอบและประเมินผลคุณภาพของบันทึกทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ให้มีความชัดเจน เหมาะสม และสอดคล้องกับการใช้กระบวนการพยาบาล

2.2 ภายหลังการพัฒนาแบบบันทึกของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้ในห้องพักฟื้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกในระดับมาก เนื่องจาก 1) แบบบันทึกใหม่สามารถใช้งานได้ง่ายขึ้น ชัดเจน และมีรายละเอียดการประเมินผู้รับบริการครอบคลุม เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย การผ่าตัด ยาและชนิดของการระงับความรู้สึก อาการ/อาการแสดงแรกรับ และก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย ปัญหา/ภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาที่ได้รับ การประเมินผลและข้อมูลส่งต่อ 2) มีแนวทางการบันทึกที่ชัดเจน ทุกคนเข้าใจตรงกัน ทำให้ง่ายต่อการบันทึก 3) กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อแบบบันทึก เนื่องจากเล็งเห็นว่า แบบบันทึกดังกล่าวสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความผิดปกติได้แม่นยำขึ้น ทำให้ผู้รับบริการปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับ อรอนงค์ สีหนาถ[14] ที่พบว่า วิสัญญีพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึกสำหรับผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ที่มีความรู้ความเข้าใจ ทราบแนวทาง/ได้รับการฝึกปฏิบัติในการใช้แบบบันทึกที่สร้างขึ้น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึก ย่อมส่งผลทำให้ผู้บันทึกสามารถบันทึกได้อย่างดี และทำให้ระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และความต่อเนื่อง ตามกระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก

ประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาแบบบันทึก ก็คือ พยาบาลวิสัญญีมีการพัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้รับบริการในห้องพักฟื้นมากขึ้น เช่น มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้รับบริการที่ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยทั่วไปและในกรณีฉุกเฉิน และแนวทางในการส่งผู้รับบริการกลับหอผู้ป่วยและส่งกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาคู่มือการลงบันทึก และการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น

2. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แบบบันทึกต่อการดูแลผู้รับบริการในห้องพักฟื้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลวิสัญญี. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด, 2554.

2.งานเวชระเบียนกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม. สรุปรายงานผู้รับบริการวิสัญญี ปี 2556-2560. กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2560.

3. เพ็ญศิริ พุ่มหิรัญ. การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึก. ใน. เบญจรัตน์ หยกอุบล, อรลักษณ์ รอดอนันต์, ฐิติกัญญา ดวงรัตน์ และ นรุฒน์ เรือนอนุกูล. (บรรณาธิการ), วิสัญญีบริบาลทันยุค เล่มที่ 1. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ: บริษัท ลักกี้ สตาร์ มีเดีย จำกัด, 2558.
4. กองการพยาบาล. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. การควบคุมคุณภาพพยาบาล เล่ม 5 . พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์, 2539.
5. Bloom, B.S. Toxonomy of education objectives, Handbook 1: Cognitive domain. New York: David Mckay, 1975.
6. Chung F. Are discharge criteria changing? J Clin Anesth, 1993; 5: 645.
7. Aldrete J.A. The post anesthesia recovery score revised. J Clin Anesth, 1995; 7: 89.
8. McCaffery, M. What is the role of nondrug methods in the nursing care of patient with acute pain? Pain Management Nursing, 2002; 3, 77-80.
9. จรัญญาณี ภูวสันติ. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยในและ ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. (รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
10. ศิริพร ขัมภลิขิต. บันทึกทางการพยาบาล: ความสำคัญและปัญหา. Retrieve from http://www.net.au.edu/record.ppt,2548.
11. นิตยา ศรีญาณลักษณ์. การบริหารการพยาบาล. (ม.ป.ท). กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
12. พวงเพชร สุริยะพรหม. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน. วารสารกองการพยาบาล, 2553:37(2): 8-9 .
13. พนิดา เขตอริยกุล. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
14. อรอนงค์ สีหนาถ. การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น กรณีศึกษา: โรงพยาบาลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร,2557; 6(12); 155-162.