

提升恢復室護理人員執行護理 記錄書寫完整性之改善專案

彭沛語、鄭秋子*、李映春*、石惠美**、李夢英***、吳寶媛****

中文摘要

護理記錄是病人接受醫療照護完整而有系統的記錄，清楚明確的記錄將有助於醫療團隊維持照護連續性。臨床中發現人員執行術後恢復護理記錄不完整包含：意識、身體評估及疼痛評估、PAR Score(post anesthesia recovery room score)等，影響照護品質與連續性。自2013年3月1日至9月30日透過專案有效策略的實施：籌劃護理資訊系統介面、修訂護理記錄書寫準則等措施、成立諮詢人力庫及規劃護理記錄書寫在職教育等對策。結果顯示護理記錄書寫完整性由86.6%提升至96%，達專案目標進而提升術後照護連續性與照護品質。(志為護理，2018；17:5, 101-112)

關鍵詞：完整性、護理記錄、恢復室

前言

麻醉後恢復室是提供手術及麻醉後密集監測生理指標、甦醒照護的重要單位(Dawkins, 2011; Reed, 2011)。病人接受手術及麻醉後，處於多變之危險時期，適當觀察監測可降低合併症發生及死亡(伍、吳、張、劉，2009)。而護理記錄是病人接受照護過程中執行完整有系統

的記錄。未記錄或記錄不完整視為照護提供有缺失(顧、陳、白，2010)。護理記錄內容是醫療糾紛發生時，具有證據能力的文書依據(于、陳、林，2016)。故完整詳實記錄更顯重要。

2014年JCI評鑑(Joint Commission International)明訂麻醉後恢復期病人持續監測、護理照護標準之訂定及落實、記錄內容詳實及安全的轉送，才能對

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院恢復室副護理長、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院恢復室護理師*、長庚科技大學健康照護研究所副教授暨長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理部兼任督導**、西園醫院護理部主任***、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院供應室護理長暨新生醫護管理專科學校護理科兼任講師****

接受刊載：2017年9月13日

通訊作者地址：吳寶媛 桃園市龜山區復興街5號

電話：886-3-328-1200 轉2395 電子信箱：wu@adm.cgmh.org.tw

病人提供安全及合宜的醫療照護(JCI評鑑資訊網, 2014)。本單位恢復室, 每日手術病人數200人次, 病人術後麻醉甦醒照護1-3小時, 完整有系統的恢復室評估記錄, 可提供病人連續性照護。臨床中發現, 人員執行術後麻醉甦醒記錄如: 意識、身體及疼痛評估、PAR Score(post anesthesia recovery room score; 以下簡稱PAR Score)等記錄內容有遺漏不一致, 無法提供醫療團隊在病人返回病室後病況突發改變時之參考, 影響病人術後安全與醫療照護連續性。故引發改善動機, 期望專案改善提升護理記錄完整性, 確保病人術後甦醒照護之安全及品質。

現況分析

一、單位特性

麻醉恢復室以照護麻醉術後病患為主, 總床數41床, 每月手術病人平均5,000人。住院手術占80.8%, 門診手術占19.2%。單位護理人員45人, 職級N3以上占98%, 平均年資14.5年, 護理人力與床數比為1:0.5, 平均每人每日照護10-14位麻醉術後甦醒病人。

二、恢復室護理記錄書寫流程

病人手術結束後轉入恢復室, 觀察一至三小時, 護理師與手術團隊完成病患辨識及交接班後, 即進行整體性評估, 依「麻醉術後照護作業規範」書寫護理記錄, 內容含1.每五分鐘測量生命徵象, 三十分鐘後改為每十分鐘測量一次, 直至轉出恢復室。2.術後病人意識狀態評分。3.每十五分鐘評估PAR Score。4.身體評估記錄內容以制

式印章蓋在護理記錄單中, 內容含: 牙齒評估、點滴、各項留置導管部位及功能等, 書寫欄位均以空格填寫。其它特殊交班事項, 則由護理人員自行書寫於記錄單空白處。當病人甦醒照護滿一小時, 生命徵象穩定且PAR Score \geq 8分, 經麻醉科醫師評估, 完成轉出記錄, 並以電話進行術後交班, 病人即可轉出(圖一)。

三、調查恢復室護理記錄完整性

恢復室護理記錄單為手寫方式一式二聯, 病人轉出恢復室時, 記錄正聯隨病歷送回病房, 副聯則由單位存三個月。

為了解護理人員執行護理記錄書寫完整性, 專案組員三人依據「麻醉術後照護作業規範」及「護理記錄審查作業辦法」, 擬定「恢復室護理記錄查核表」。於2013年2月6日至2月10日, 扣除專案組員三人外之42位護理師, 每人查核五次計210次, 以記錄回溯法, 查核每日三班轉出病人之護理記錄副聯記錄, 觀察者一致性達100%。查核內容含病人基本資料正確、生命徵象評估時間與記錄正確、身體評估、疼痛評估工具及時間正確、PAR Score評估及輸液量正確等六大項, 當記錄內容完全符合正確無遺漏, 則為「完整」, 否則即為「不完整」。其結果顯示護理記錄完整率僅86.6%, 完整率最低為疼痛評估75.2%, 其次為PAR Score評估83.3%, 第三為生命徵象評估時間與記錄84.7%(表一)。

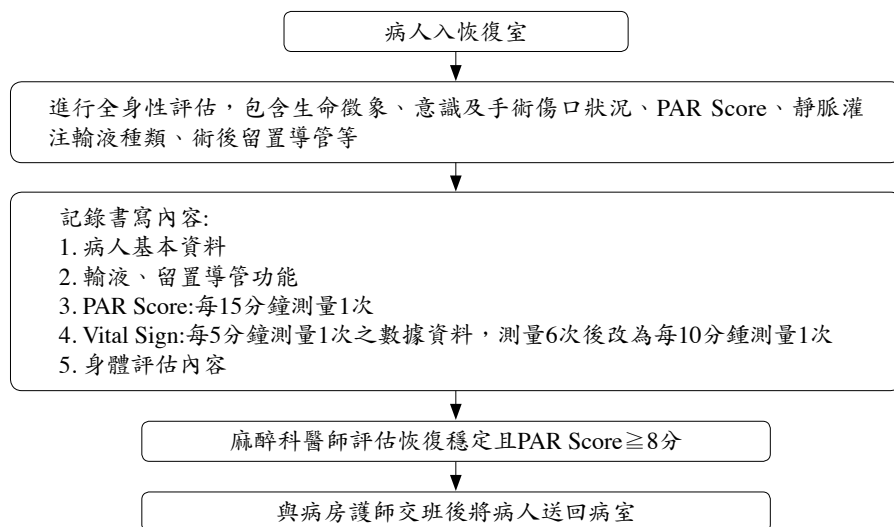
進一步了解護理記錄不完整之原因, 於2013年2月15日至2月20日, 以開放式

訪談收集42位護理師，其原因為(一)術後照護需評估書寫之項目多占100%(二)現況書寫之印章內容簡略占100%(三)書寫內容中無疼痛評估項目需自行書寫造成遺漏占95.2%(四)其他身體評估內容如：muscle power、pupil size及術後傷口狀況等需另外書寫占92.8%(五)認為不需一再重複書寫評估內容占71%(六)同時段接兩位術後病人時因忙碌而遺漏占50%(七)病人突發狀況而中斷記錄書寫

導致遺漏占35.7%(八)病人轉出前未能再次檢視記錄占30%(表二)。

四、調查護理記錄教育訓練與書寫標準

統計2011-2013年單位在職教育課程，未曾針對護理人員辦理「護理記錄書寫」相關課程。單位亦未制訂護理記錄書寫標準供人員參考。依現況歸納出影響恢復室護理記錄完整率低之特性要因圖(圖二)。



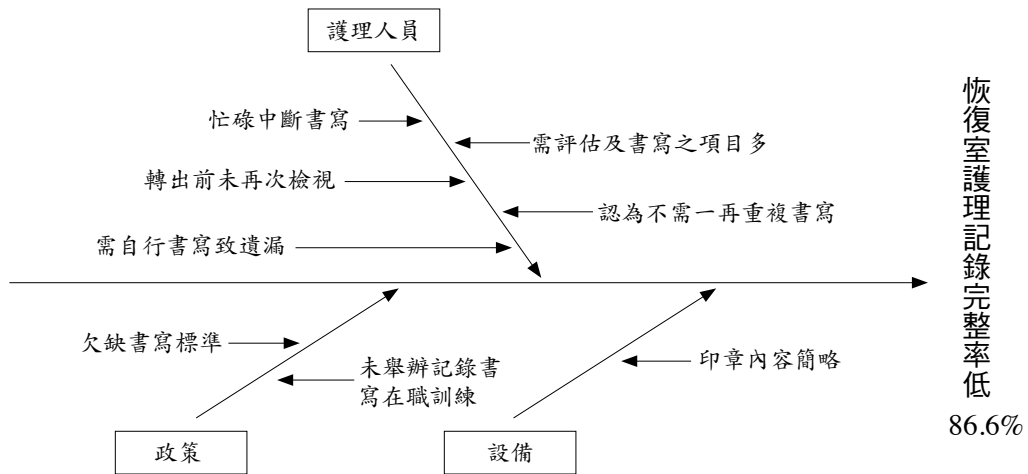
圖一 恢復室護理記錄書寫流程

表一 護理記錄完整性查核結果 (N = 210)

項目	完整件數	完整率%
基本資料欄位	185	88.1
生命徵象評估時間與記錄	178	84.7
身體評估	200	95.2
疼痛評估	158	75.2
PAR Score評估	175	83.3
輸液劑量正確	195	92.8
總計	210	86.6

表二 護理記錄完整率訪談結果 (N = 42)

項目	人數	%
術後照護需評估及書寫之項目多	42	100.0
現狀書寫之印章內容簡略	42	100.0
書寫內容中無疼痛評估項目需自行書寫造成遺漏	40	95.2
其他身體評估內容需自行書寫如muscle power等	39	92.8
認為不需一再重複書寫	30	71.0
同時段接兩位術後病人時因忙碌遺漏	21	50.0
病人突發狀況而中斷記錄書寫導致遺漏	15	35.7
轉出前未能再次檢視	13	30.0



圖二 恢復室護理記錄完整率低之特性要因圖

問題確立

歸納分析護理記錄完整率僅86.6%之原因：術後照護需評估及書寫之項目多、其他身體評估內容及疼痛評估項目需自行書寫造成遺漏、現況書寫使用之印章內容簡略、認為不需一再重複書寫、同時段接兩位術後病人時因忙碌遺漏、病人突發狀況而中斷記錄書寫導致遺漏、轉出前未能再次檢視、單位未制訂護理記錄書寫標準及未曾舉辦在職教育。

專案目的

依本院2013年護理部訂定之護理記錄完整率監測閾值為90.5%，故依此閾值設定專案改善目標值為 $\geq 90.5\%$ 。

文獻查證

一、護理記錄意義及重要性

護理記錄係指護理人員執行護理照護過程的書面記載，不只能反應出醫護人員對病人病情變化之觀察判斷，還能顯

示出病人實際得到醫護團隊所提供之處置追蹤，可做為醫護人員間進行醫療溝通的重要工具。(于等，2016)。清楚明確的護理記錄有助於醫療團隊追蹤了解病人病情變化、維持醫療照護連續性及評估所提供醫療措施是否合宜 (Jefferies, Johnson, & Griffiths, 2010)。要提升護理品質應有完整詳實的護理記錄並妥善管理及執行記錄品質審查(衛生福利部，2015)。

二、護理記錄與醫療品質管理之相性

衛生福利部於2015年新制醫院評鑑條文指出：病歷記載應詳實，醫療照護團隊成員應將病人評估、病況變化及處理，詳細記載於病歷中，使病人照護相關資訊能確實傳遞，當病人轉出至其他單位時，應提供醫療照護摘要，達持續性照護(衛生福利部，2015)。

2014年JCI評鑑(Joint Commission International)條文：麻醉後恢復期病人監測政策(policy on patient monitoring during postanesthesia recovery period)中明訂所有接受麻醉之病人，皆須接受麻醉後照護，監測其體溫、心跳、呼吸、血壓、血氧飽和度。疼痛指數與麻醉後恢復指數(PAR Score)並記載於病歷中直到轉出，出院或脫離麻醉後恢復期(JCI評鑑資訊網，2014)。

完成病人照護與護理記錄兩者衝突時，護理人員以優先處理病人在有剩餘時間才執行記錄書寫(吳，2010；De Marinis et al, 2010)。繁忙的護理作業，護理人員僅能利用有限時間書寫記錄，以致於記錄常有遺漏不完整情形。研究指出：記錄內容會隨著繁忙的護理活

動增多時，實際被登錄的越不完整(De Marinis, et al, 2010)。

三、提昇護理記錄完整性方法

護理記錄若未制訂具體撰寫標準，將會增加書寫複雜性，護理人員亦常會依自己的主觀意識，決定病人狀況書寫與否(吳，2010；Jefferies et al, 2010)。稽核是確保病歷記錄品質方法之一(Cheevakasemsook, Chapman, Francis, & Davis, 2006)。唯有透過稽核制度以發現疏忽、遺漏之處，對監控單位記錄品質乃重要措施。吳(2010)亦指出臨床護理照護和書寫記錄兩者間取得平衡，乃是改善護理記錄完整及維持品質關鍵要素。為充實護理人員專業知識架構，利用在職教育，提供臨床記錄指導及書寫範例。讓參與者了解可利用資源，作為記錄書寫參考，達到記錄之完整性(顧等，2010；蔡、王、林、李，2014)。

目前臨床護理記錄以手寫為主，需費時思考且欠缺時效性，亦常發生內容不夠完整或太繁雜、字跡潦草不易判讀、修改不便等問題，影響臨床病人照護品質(李等，2010)。妥善運用電腦資訊系統可以提升護理人員的工作效能，減少人工書寫時間與降低因手工謄寫致資料傳遞的錯誤，簡化工作的流程及提高記錄完整性(黃、張、歐李、湯、李，2011)。

解決方法

成員三人依現況分析與討論，擬訂決策執行之可行性、方便性、成本及效果進行評分，分數依1、3、5給分。若可行性高、方便執行、效果顯著、人事物

力成本低者給5分，反之給1分，決策高於48分以上，為本專案可行之解決方案(表三)。

專案執行自2013年3月開始擬定工作進度表，分計劃期、執行期與評值期：(表四)

執行過程

一、計劃期(自2013年3月1日至4月30日)

表三 決策矩陣分析圖

方案	可行性	方便性	成本	效果	總分	選定
籌劃護理資訊系統介面	15	15	11	15	55	★
制訂記錄書寫準則	13	15	13	13	54	★
一對一個別指導	7	7	7	9	30	
成立諮詢人力庫	13	11	11	13	48	★
交接班人員再確認	7	9	7	9	32	
舉辦在職教育	13	13	11	13	50	★
設立稽核制度	13	13	13	13	52	★
建立單位獎懲制度	13	11	13	13	50	★

表四 甘特圖

項目	日期	年	2013						
		月	3	4	5	6	7	8	9
計劃期	1.籌劃護理紀錄資訊系統介面		◎	◎					
	2.修訂記錄書寫準則		◎	◎					
	3.成立諮詢人力庫			◎					
	4.規劃護理記錄書寫在職教育			◎					
	5.設立稽核制度			◎					
	6.建立單位獎懲制度			◎					
執行期	1.宣導專案改善方案				◎				
	2.完成建構護理紀錄資訊系統介面				◎	◎	◎	◎	
	3.執行護理記錄書寫準則				◎				
	4.完成諮詢人力庫				◎				
	5.舉辦護理記錄書寫在職教育課程				◎				
	6.每日稽核，公布缺失名單				◎	◎	◎	◎	
	7.每日登錄查核結果列入考核				◎	◎	◎	◎	
評值期	1.成效評值								◎

(一) 籌劃護理資訊系統介面：2013年3月1日至4月20日專案成員及護理長針對現況問題，因現行使用之印章內容簡略而須自行書寫導致記錄遺漏，並期望能簡化工作流程故而籌劃護理記錄資訊化，資訊化介面內容涵蓋(基本資料、生命徵象、PAR Score評估、輸入及排出記錄、儀器設備、用氧設備與濃度、特殊導管、引流管種類及攜帶物)、護理記錄(疼痛評估及處置、轉入護理記要、轉出護理摘要及術後護理指導)、行政管理系統等。介面操作以點選及下拉式選單方式執行，以利人員操作與執行。

(二) 修訂護理記錄書寫準則，本次修訂內容為

1. 麻醉後恢復期病人體溫監測記錄，始自病人入恢復室直到病人轉出。增修六歲以下兒童血壓監測，為出入恢復室各測量一次，減少學齡前病童哭鬧躁動。六歲以上兒童則依照成人的監測頻率及次數監測，直到轉出恢復室。

2. 依病人年齡及病況，採不同疼痛評估工具：病人進入後立即進行疼痛評估，照護過程每三十分鐘或疼痛處置前後三十分鐘及離開恢復室前再次評估。

3. 門診術後恢復穩定，預返家的病人，完成交通工具之評估並記錄。

4. 術後特殊交班事項應具體呈現於恢復室護理記錄，並註明與病房電話交接班之護理師姓氏，以落實正確交接班完整性。

5. 依醫院制定的「病人交接與轉送作業要點」評估病人轉送分級，不同分級由不同醫療團隊人員轉送。C、D級病人由轉送人員轉送回病室；A、B級病人則由醫護人員轉送病人至加護病房或病房

繼續接受醫療照護，並完成轉出記錄。

(三) 成立諮詢人力庫：由單位護理長、四位副護理長、護品股組長及專案成員組成「護理記錄諮詢人力庫」共9人，針對護理記錄書寫內容訂出標準，並制定稽核重點與辦法。

(四) 規劃護理記錄書寫在職教育：由專案成員與單位主管討論，擬訂舉辦兩梯「恢復室護理記錄書寫方法及稽核評分內容說明會」之在職教育課程，由同仁自行擇一梯參加。讓同仁瞭解護理記錄書寫方式、重要性及注意事項以達成共識，並宣導護理記錄稽核重點及標準。

(五) 設立稽核制度：依據『護理記錄審查作業辦法』修訂護理記錄書寫內容，每日由大夜班組長依標準，執行當日全部護理記錄副聯稽核。包含基本資料欄位、生命徵象評估時間與記錄、身體評估、疼痛評估、PAR Score評估及輸液劑量正確性等進行查核，註明遺漏錯誤並登錄。

(六) 建立單位獎懲制度：每日大夜班組長查核有缺失、遺漏之護理記錄由專案組員三人進行複查，針對缺失部份給予個別指導。並將缺失結果呈單位主管列為年度獎懲與考核。

二、執行期(自2013年5月1日至8月30日)

(一) 宣導專案改善方案：2013年5月1日至7日晨會時間，由專案成員向單位同仁宣導專案實施重點及推行方式，讓同仁瞭解。

(二) 完成建構護理紀錄資訊系統介面：資訊化介面設計以點選及下拉式選

單方式，提供人員點選完成。於6月10日呈核「電腦意見反映單」至資管部門。資管於8月10日完成資訊化內容建置，包含轉入(轉出)護理摘要、疼痛評估、生命徵象輸入介面、PAR Score輸入介面、門診處置與衛教介面。恢復室專案前、後護理記錄轉入及轉出記錄對照表(圖三~圖六)。

(三) 執行護理記錄書寫準則：於2013年5月8日開始實施護理記錄書寫準則內容；依其內容執行每日查核，查核內容缺失部份由專案組員三人進行複查並給予人員個別指導。

(四) 完成諮詢人力庫：諮詢人力庫共9人，當單位同仁對護理記錄書寫方式有疑慮或認知不一致時，得以及時諮詢、澄清並統一記錄書寫標準。

(五) 舉辦護理記錄書寫在職教育課程：於2013年5月8日及5月23日晨會時間，舉辦兩梯次「護理記錄書寫及稽核評分內容說明會」之在職教育課程，宣導護理記錄書寫重要性、內容標準及每日稽核重點，並就護理記錄書寫內容、注意事項及稽核標準取得共識。參加人員42人，出席率93%。休假或請假人員則由專案成員以個別輔導方式進行說明。

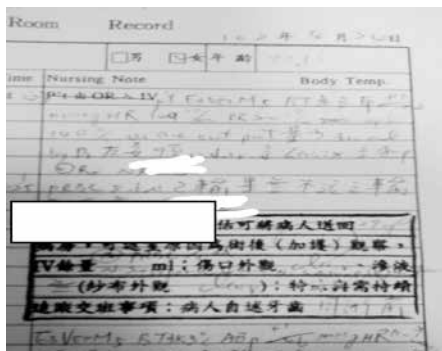
(六) 每日稽核公布缺失名單：每日大夜班組長稽核當日全部護理記錄存聯，註明遺漏錯誤部分，翌日再經專案組員複查。自5月至8月專案執行期間，利用每週三晨會，公佈人員容易遺漏及書寫錯誤之項目並指導，提供同仁書寫參考。



圖三 專案前轉入記錄



圖四 專案後轉入記錄



圖五 專案前轉出記錄



圖六 專案後轉出記錄

(七) 每日登錄查核結果列入考核：對於護理記錄不完整及缺失次數達五次以上之同仁，予個別澄清缺失處並深入了解原因，將由單位主管列入人員年度考核依據。

專案執行初期，經由每日記錄查核，發現因疼痛評估工具選用錯誤及特殊病情如：氣管內管留置及氣切造口病人，其疼痛評估工具之採用，未建立一致性共識導致記錄不完整情形居高不下。故專案成員針對疼痛評估工具選用，增擬改善方案如下：

1. 於2013年6月10日，經與麻醉部部長、病房主任及單位護理長討論：氣管內管留置及第一次行氣切造口手術病人，疼痛評估工具一律採行「非言語疼痛量表non-verbal pain scale, NVPS」，並立即公告宣導實施。

2. 於2013年6月19日晨會，針對本院公告實施「疼痛處置政策」各項疼痛評估工具做宣導及澄清；於臨床工作區增設「疼痛評估工具指引」及「疼痛評估量尺」供人員使用。

三、評值期(自2013年9月1日至9月30日)

專案成員於2013年9月1日至9月30日，利用「護理記錄查核表」、「恢復室護理記錄單」，針對42位護理師，查核護理記錄完整性，共210次，進行成效評值。

結果評值

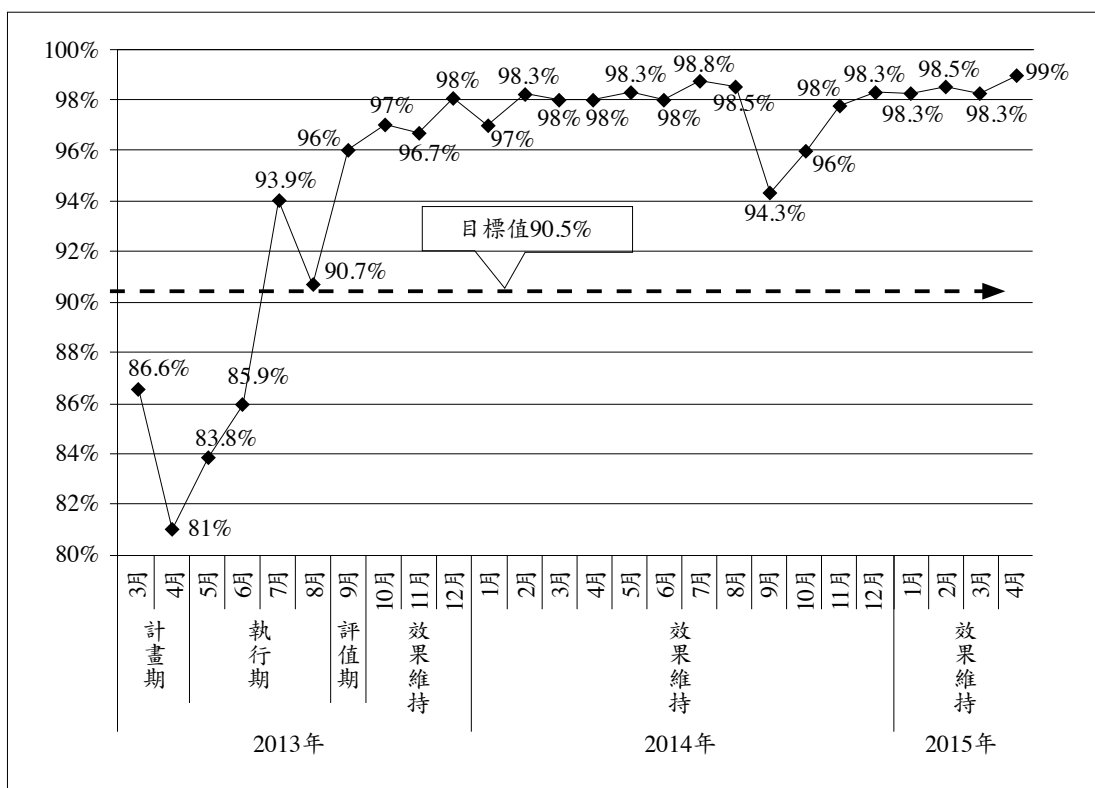
經專案改善後其護理記錄完整率由改善前86.6%至改善後的96%，提升9.4% (表五)。其中改善最多為疼痛評估由改善前75.2%至改善後94.2%提升19%，達專案目標。

效果維持：經持續查核護理記錄，於2013年9月完整率96%達專案目標，予列入每個月護理品質監測項目。2014年7月至12月護理記錄完整率目標值皆達90.5 (圖七)。唯2014年9月下降至94.3%，其原因為9月份調入3位新進人員，其不熟悉記錄方式致遺漏，已持續指導與監控。

附加效益：透過專案推動與持續查核，讓每位人員對於護理記錄書寫內容與標準達一致性，各項護理記錄完整率顯著提升，進而使護理人員養成習慣

表五 恢復室護理記錄改善前後比較 (N = 210)

項目	專案前		專案後	
	件數	完整率%	件數	完整率%
基本資料欄位	185	88.1	206	98.1
生命徵象評估時間與記錄	178	84.7	204	97.1
身體評估	200	95.2	202	96.2
疼痛評估	158	75.2	198	94.2
PAR Score評估	175	83.3	200	95.2
輸液劑量正確	195	92.8	200	95.2
總計		86.6		96.0



圖七 恢復室護理記錄改善前後推移圖

而落實執行；並於2014年1月至2014年12月，外部稽核疼痛評估完整率皆達100%，為本專案最大之附加效益。

結論與討論

一份完整護理記錄可提供醫療成員間溝通、病人病情進展及法律依據(于等, 2016)。專案推行期間獲得單位主管認同，經由改善措施提升同仁護理記錄書寫品質，並獲得同僚間正向肯定及配合，為專案之助力。專案執行期間人員因記錄內容之疼痛評估工具種類繁多或特殊病情如：氣管內管留置及氣切造口病人，其疼痛評估工具採用之認知不一致及對記錄查核結果有爭議，導致人

員短期間難以適應，為專案之阻力，但經由在職教育宣導、諮詢人力庫運用、疼痛評估工具指引及疼痛評估量尺提供，確實解決此部分之困境。也因術後甦醒照護期間提供更完整而系統性的護理照護記錄，進而提升術後照護品質，為本專案對護理的貢獻。

在建構護理記錄資訊化的介入措施中，經主管多次的與資訊部門協商會簽，現階段已完成資訊化的建構，但因試行後仍發現問題需克服，如：生命徵象需以圖表呈現，利於比較生命徵象之變化及生命徵象數據上傳作業，以降低人員輸入之錯誤，另於2017年6月與護理資訊組進行護理資訊化之改善作業會

議，故資訊化作業尚未能全面上線，此為本專案之限制。期望未來在資訊化作業的推行，完善流暢的軟硬體設備提供，能更加提升紀錄書寫之完整率，提升術後照護之品質。

參考資料

- 于桂蘭、陳迺菽、林萍章(2016)·法律，證據與護理記錄·*臺灣腎臟護理學會雜誌*，15(2)，12-20。doi:10.3966/172674042016061502002
- 伍雁鈴、吳秋燕、張玉珠、劉棻(2009)·*手術室護理*·臺北市:華杏。
- 吳婉如(2010)·以病人為中心的護理記錄·*護理導航*，11(2)，10-16。
- 李鳳嬌、高鳳美、邵文娟、林梅珠、黃耀輝、黃裕達(2010)·某精神專科醫院護理記錄電子化系統之發展·*精神衛生護理雜誌*，5(1)，21-28。
- 黃惠玲、張元玫、歐李美智、湯慎元、李亭亭(2011)·資訊科技在護理應用一應用決策支援系統於門診護理指導資訊系統·*護理雜誌*，58(1)，79-84。doi: 10.6224/JN.58.1.79
- 蔡蕙鍾、王春葉、林耀信、李建德(2014)·以品管圈手法提升血液透析護理紀錄之完整率·*病歷資訊管理*，13(1)，19-34。
- 顧文卿、陳美蓉、白玉珠(2010)·提昇某內科病房護理記錄完整率之方案·*源遠護理*，4(2)，42-49。doi:10.6530/YYN.2010.4(2).06
- 衛生福利部(2015，6月24日)·2015年醫院評鑑基準及評量項目·取自[http://www.jointcommissioninternational.org/](http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DM1_P.aspx?f_list_no=608&fod_list_no=5453&doc_no=49498&rn=908169309)
- JCI評鑑資訊網(2014，3月1日)·*麻醉後恢復期病人監測政策*·取自<http://www.jointcommissioninternational.org/>
- Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K., & Davis, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 366-374. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x
- Dawkins, S. (2011). A literature review and guidance for nurse-led patient extubation in the recovery room/post anaesthetic care unit: Endotracheal tubes. *The Journal of Perioperative Practice*, 21(10), 352-355.
- De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., Alvaro, R., & Matarese, M. (2010). "If it is not recorded, it has not been done! consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital." *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1544-1552. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112-124. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x
- Reed, H. (2011). The development of an extended care facility in the recovery unit: The post-anesthesia care unit. *The Journal of Perioperative Practice*, 21(6), 210-214.

A Project to Improve the Completeness of Nursing Record in Post-Anesthesia Care Unit

Pei-Yu Peng, Chiu-Tzu Cheng*, Ying-Chun Lee*, Whei-Mei Shih**, Mung-Yeng Li***, Pao-Yuan Wu****

ABSTRACT

Nursing record is a complete and systemic documentation of the medical care patient receives. A clear and concise nursing record can provide medical teams the necessary tool in maintaining continuity of care. In this project, we discovered in a clinical setting the incompleteness of post anesthesia care records on items including coma scale, physical assessment, pain assessment, PAR Score(Post Anesthesia Recovery room Score), which affected the quality and continuity of care. From March 1st to Sept. 30th, 2013, the following measures were implemented: planning a nursing information system interface, revising nursing record standard, setting up a consultation team, and plan continuing education on nursing record. The results revealed an improvement on the completeness of nursing record from 86.6% to 96%, reaching the intended goal of this project, and enhanced the continuity and quality of postoperative nursing care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2018; 17:5, 101-112)

Keywords: completeness, nursing record, post-anesthesia care unit

Assistant Head Nurse, Chang Gung Medical Foundation; RN, Chang Gung Medical Foundation*; Associate Professor, Chang Gung University of Science and Technology & Supervisor, Chang Gung Medical Foundation**; Director, West Garden Hospital***; Head Nurse, Chang Gung Medical Foundation & Lecturer, Hsin-Sheng Junior College of Medical Care Management****

Accepted: September 13, 2017

Address correspondence to: Pao-Yuan Wu No.5, Fuxing St., Guishan Dist., Taoyuan City 333, Taiwan

Tel: 886-3-328-1200 #2395 ; E-mail: wu@adm.cgmh.org.tw