

Received: 16 Mar. 2023, Revised: 21 May 2023

Accepted 23 May 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

สุนนท์ จันทรแก้ว^{1*}, วรพจน์ พรหมสัตยพรต², จตุพร เหลืองอุบล³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร เลือกพื้นที่ดำเนินการและกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาแบบเฉพาะเจาะจง (Perposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน จำนวน 33 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้คู่มือตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติ Z-test Statistic ข้อ มูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต แบบบันทึกการประชุม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร มีกระบวนการ 9 ขั้นตอนได้แก่ 1) การศึกษาบริบทของปัญหาการบันทึกคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2) การจัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติการตามแผน 5) การนิเทศติดตาม 6) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน 7) การเปรียบเทียบผล 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) สรุปผล การพัฒนาตามขั้นตอนได้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินแก่คณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ตามคู่มือแบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการในการแก้ปัญหา สรุปผลกระบวนการดังกล่าว ผู้เข้าอบรมมีความรู้ตามเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้น คือ ก่อนอบรมมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 60 หลังอบรมคณะกรรมการมีความรู้ระดับดีร้อยละ 64 และระดับดีมากร้อยละ 32 และได้กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 4 เกณฑ์เร่งด่วน จากทั้งหมด 12 เกณฑ์การประเมิน ได้แก่ เกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent คือ เกณฑ์ข้อที่ 4 History เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam เกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาได้มีการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50.33 55.78 71.29 77.78 ตามลำดับเพิ่มขึ้นร้อยละ 79.72 71.38 76.49 และ 58.02 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าเกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record มีร้อยละที่ลดลง ซึ่งคือโอกาสในการพัฒนาต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการต่อยอดจากคณะกรรมการผู้ที่เกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบบูรณาการ เสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องให้มากยิ่งขึ้น
คำสำคัญ: เวชระเบียนผู้ป่วยใน การพัฒนาคุณภาพบันทึกเวชระเบียน

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*Corresponding author: 63011481018@msu.ac.th

Original Article

Quality Improvement of Inpatient Medical Records in Yasothon Hospital

Sunon Chakaew^{1*}, Vorapoj Promasatayaprot², Jatuporn Luangubol³**Abstract**

This action research aims to improve the quality of inpatient medical records in Yasothon Hospital. Selection of the operation area and the sample group for the specific development (Perposive Sampling). The sample group was the Medical Record Quality Development Committee of 33 people. Quantitative data was collected using the Medical Record Audit Guideline 2020. of the National Health Security Office (NHSO). Descriptive statistical data were analyzed, including percentage, mean, standard deviation. Compare mean scores using Z-test Statistic qualitative data. using an in-depth interview group discussions, observations, meeting notes perform content analysis. The study found that The development of inpatient medical record quality in Yasothon Hospital consisted of a 9-step process: 1) a study of the context of the quality of medical record recording problems; 2) Implementation according to the plan 3) Supervision follow-up 4) Evaluation of the quality improvement of inpatient medical records 5) Comparison of results 6) Organizing a forum to exchange knowledge 7) Summarize the development according to the steps. Quality development process Recording of medical records for inpatients of Yasothon Hospital, including training to educate the committee on assessment criteria and those who are interested. According to the 2020 medical record quality assessment manual, a workshop was organized to obtain an action plan for problem solving. Summary of the process Participants gained knowledge according to the assessment criteria. That is, before the training, 60 percent had moderate knowledge, after the training, 64 percent of the committee members had good knowledge and 32 percent had very good knowledge, and the process for improving the quality of medical record recording was obtained in 4 urgent criteria out of a total of 12 criteria. The evaluation is Criterion 3 Inform Consent is Criterion 4 History Criterion 5 Physical Exam Criterion 7 Consultation Record It can be seen that after the development there is an increase from the original 50.33 percent 55.78 71.29 77.78 according to The order of increase was 79.72%, 71.38, 76.49 and 58.02. From the data, it can be seen that criterion 7 Consultation Record has decreased percentage. which is an opportunity for further development.

The success factor is the extension from the committee to those involved in the medical record recording. Promote participation in integrated development Strengthen incentives to improve the quality of medical records with more stakeholders.

Keyword: Improving the quality of medical records, inpatient medical record.

¹ Graduate Student, Master of Public Health, Mahasarakham University

² Assoc. Prof., Faculty of Public health, Mahasarakham University

³ Asst. Prof., Faculty of Public health, Mahasarakham University

*Corresponding author: 63011481018@msu.ac.th

บทนำ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีหลักการเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกันภายใต้คุณภาพที่ได้มาตรฐานที่กำหนด ทุกสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีการบริหารจัดการเวชระเบียนซึ่งเป็นส่วนที่จะต้องมีการเก็บหลักฐานที่ครบถ้วนสมบูรณ์และสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้จริงตามที่มีบทบัญญัติไว้ ด้านบริหารจัดการเวชระเบียนคือมาตรา 7 มาตรา 8 และมาตรา 12¹ ดังนั้นผู้รับผิดชอบด้านเวชระเบียนจึงต้องมีระบบบริหารจัดการเวชระเบียนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายดังกล่าวครอบคลุมในทุกมาตราของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบเวชระเบียน²

เวชระเบียนเป็นพื้นฐานหลักของคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญของสถานพยาบาลในการประสานงาน ระหว่างบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่ทำงานร่วมกัน โดยกำหนดมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายต้องมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสารการดูแลต่อเนื่อง การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนจึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพหรือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ ผลของการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนยังสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาการบริหารการซัดเซตค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาลและพิจารณางบประมาณต่างๆ ของหน่วยบริการเป็นข้อมูลในการจัดสรรให้แก่หน่วยงานบริการได้ อย่างเหมาะสม ดังนั้นเวชระเบียนจึงถือเป็นคลังข้อมูลและแหล่งเอกสารสำคัญทางการแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาลที่จะสามารถนำไปสนับสนุน นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์หลักฐานทางกฎหมาย ในด้านของกองทุน ได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ในปี 2551 สปสช. ทำการพัฒนาระบบการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยการ จัดทำเป็นคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน หรือ Medical Record Audit Guideline (MRA) ฉบับแรก ปี 2553 และ ฉบับปรับปรุง ปี 2557 สำหรับตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน และเวชระเบียนผู้ป่วยใน และในปี 2563 สปสช. ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองเพื่อปรับปรุงคู่มือการตรวจประเมิน

คุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ร่วมกับผู้แทนจากหน่วยบริการ หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งผู้ตรวจสอบเวชระเบียนของทั้ง 3 กองทุน เพื่อให้คู่มือดังกล่าวมีความสมบูรณ์ถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน³

โรงพยาบาลโสธรเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 370 เตียง ปัจจุบันใช้โปรแกรม Hosxp ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้มากที่สุดในประเทศไทย จากผลการตรวจคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในจากหน่วยงานภายนอก (สปสช.) (External Audit) ปี 2560, 2561, 2562 พบว่ามีคุณภาพอยู่ที่ร้อยละ 74.33, 79.3 และ 75.1 ตามลำดับ และในปี 2564 ผลการตรวจคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในจากหน่วยงานภายใน (Internal Audit) พบว่า คุณภาพของเวชระเบียนผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 76.3 พบว่า 1) Discharge summary :Dx.,OP ร้อยละ 71.16 2) Discharge summary: other ร้อยละ 80.13 3) Informed consent ร้อยละ 58.28 4)History ร้อยละ 54.56 5) Physical exam ร้อยละ 70.44 6) Progress note ร้อยละ 50.64 7) Consultation record ร้อยละ 60.96 8) Anesthetic record ร้อยละ 93.60 9) Operative note ร้อยละ 90.31 10) Labour record ร้อยละ 93.91 11) Rehabilitation record ร้อยละ 87.53 12) Nurses' note ร้อยละ 84.81 จากข้อมูลข้างต้นพบว่าคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธรมีคุณภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ในหลายประเด็นคือ Discharge summary :Dx.,OP, Informed consent, History, Physical exam, Progress note, Consultation record เป็นต้น โรงพยาบาลโสธรมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์การบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธรซึ่งลงนามโดยผู้อำนวยการของโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานด้านคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธร แต่ยังคงขาดความต่อเนื่องและการทำงานที่เป็นระบบ เนื่องมาจากปัญหาหลายประเด็นคือ ความไม่ต่อเนื่องของการทำงาน มีการเปลี่ยนคณะกรรมการทุกปี เกณฑ์ในการตรวจสอบมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และมีความน่าเชื่อถือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล ขาดการสะท้อนผลสู่ผู้ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธรด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดย เริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน เพื่อหาแนวทางแก้ไขและปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาบริบทปัญหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร
2. เพื่อศึกษากระบวนการ การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁴ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation) และขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโรงพยาบาลโสธร เป็นคณะกรรมการตรวจสอบการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโรงพยาบาลโสธร และเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คน ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 19 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ 8 คน เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical Record Audit Form: IPD)⁵ ให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์ตามสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื้อหาใน

การบันทึกมีทั้งหมด 12 เรื่อง ประกอบด้วยเรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่องได้แก่

- 1) Discharge summary: Diagnosis และ Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติทางการแพทย์
- 2) Discharge summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย และส่วนประกอบอื่นๆ
- 3) Informed consent: บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
- 4) History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
- 5) Physical exam: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
- 6) Progress note และ doctor's order: บันทึกความก้าวหน้า และหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
- 7) Nurse' note: บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เรื่องที่ต้องมีการประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่องได้แก่

- 1) Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์
- 2) Anesthetic note: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
- 3) Operative note: บันทึกการผ่าตัดหรือหัตถการ
- 4) Labour record: บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
- 5) Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์การประเมินเรื่องละ 9 ข้อ ในส่วนของการประเมิน Discharge Summary: Others มีเกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 84 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

(1) Missing หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้น จำเป็นต้องมีการบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่าไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง missing

(2) NA หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้น จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ (Consultation record, anesthetic record, operative note, labour record, rehabilitation record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA

(3) No หมายถึงมีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทในช่อง No

(4) การบันทึกคะแนน

4.1 กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน

4.2 กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน

4.3 กรณีไม่จำเป็นต้องมีการบันทึกในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ หรือ กรณีไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ “NA”

(5) กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่มีความครบถ้วนในรายละเอียด ชื่อ-สกุล อายุ HN AN ของผู้ป่วย จะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกการรวมคะแนน

(1) Full Score ได้จากการรวมคะแนนสูงสุด (9 คะแนน) ในแต่ละหัวข้อเรื่อง(Content) ของเวชระเบียนส่วนที่คาดว่าจะต้องมีการบันทึก ยกเว้นหัวข้อเรื่องที่ผู้ประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึก โดยให้กากบาทในช่อง NA ดังนั้น เวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (full score) ไม่เท่ากัน แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน

(2) Sum Score ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกันโดยในกรณีที่ประเมินให้ในช่อง Missing หรือ No จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

(3) การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Sum Score) ไปแปลผลควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ได้โดยคิดเป็นร้อยละ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย แบบบันทึกการประชุม, แบบสนทนากลุ่ม, แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก

ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 4 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุม นำเสนอผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ต่อผู้บริหารโรงพยาบาลโสธร และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ

ดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร

2) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร

3) ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

4) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้เทคนิคและกระบวนการพัฒนางานคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action Research) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 4 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในดำเนินประชุมกลุ่ม เพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธร

2) อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. ขั้นการสังเกต (Observation) ใช้เวลาในการดำเนินการ 6 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) นิเทศติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยดำเนินการสังเกตและบันทึกผลที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

2) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ดังนี้

(1) เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร โดยทำการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 202 ฉบับ โดยจำนวนที่ตรวจสอบขึ้นกับปริมาณของข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน ขนาดตัวอย่างที่ใช้โดยอ้างอิงแนวคิดดังต่อไปนี้⁵

(1.1) ร้อยละ 1 (HCFA, USA) ใช้ในกรณีที่มีเวชระเบียนจำนวนมาก

(1.2) Spowart (2002) (ร้อยละ 5 Australian Coding Benchmark Audit) เป็นไปตามคำแนะนำของประเทศออสเตรเลีย ว่าควรมีจำนวนข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5

แต่หากคำนวณ จำนวนเวชระเบียนออกมาแล้วได้ต่ำกว่า 40 แฟ้ม ต้องใช้จำนวน 40 แฟ้ม เป็นจำนวนขั้นต่ำ

(1.3) ประเทศไทยใช้ร้อยละ 1 ของจำนวนแฟ้มเวชระเบียน

ในการศึกษาครั้งนี้ เวชระเบียนผู้ป่วยใน มีจำนวนเวชระเบียนที่อยู่ในช่วงการศึกษาในเดือนเมษายนจำนวน 3,930 ฉบับ ใช้เกณฑ์ร้อยละ 5 (Australian Coding Benchmark Audit) ว่าควรมีจำนวนข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5 แต่หากคำนวณจำนวนเวชระเบียนออกมาแล้วได้ต่ำกว่า 40 แฟ้มต้องใช้จำนวน 40 แฟ้ม เป็นจำนวนขั้นต่ำ จำนวนเวชระเบียนทุก ๆ 19 ฉบับ จะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 ฉบับ จนครบ 202 ฉบับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2563 ประกอบด้วยเนื้อหา 12 เรื่อง คือ

1. เรื่องที่ต้องมีบันทึกทุกราย 7 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ยกเว้นข้อ 1.2 มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่

1. 1 Discharge Summary : Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติ และการแพทย์

1.2 Discharge Summary : Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย และส่วนประกอบอื่นๆ

1.3 Informed Consent : บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษาหรือ ทำหัตถการ

1.4 History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ 1.5 Physical Exam : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

1.5 Progress Note, Doctor's Order : บันทึกความก้าวหน้าและหรือดำเนินโรคโดยแพทย์ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

1.6 Nurses' Note : บันทึกทางการพยาบาล

2. เรื่องที่ต้องบันทึกเพิ่มเติมเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่

2.1 Consultation Record : บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่ม งานของแพทย์

2.2 Anesthetic Record : บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

2.3 Operative Note : บันทึกการผ่าตัดหรือหัตถการ

2.4 Labour Record : บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

2.5 Rehabilitation Record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกายภาพบำบัด

3. วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร

4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 1 สัปดาห์ มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อถอดบทเรียนเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร สรุปผลของกระบวนการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการปรับแผนใหม่ (Planning Revision) ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องส่งเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ได้แผนที่ปรับใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ การสังเกตผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปปฏิบัติในวงรอบต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติ Z -test Statistic

ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จัดกลุ่มจัดหมวดหมู่ข้อมูลและใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการค้นหา ปัญหา การประชุม การตรวจสอบ และการหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ข้อสรุปในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็น ความลับ ในการ

วิเคราะห์และนำเสนอจะกระทำในภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการเพื่อหา แนวทางการปฏิบัติให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยต่อไป (ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 391-186/2565 วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565)

สรุปผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการพัฒนาพบว่า เรื่องที่ต้องประเมินทุกรายการ 7 เรื่อง 1) Discharge summary :Dx, OP มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 82.23 2) Discharge summary :Other มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 88.54 3) Informed consent มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 50.33 4) History มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 55.78 5) Physical exam มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 71.29 6) Progress note มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 90.26 7) Nurses' note มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 90.65 เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง 1) Consultation record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 11 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 77.78 2) Anesthetic record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 24 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 85.19 3) Operative note มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 24 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 96.30 4) Labour record ไม่มีแฟ้มเวชระเบียนที่ใช้ในการประเมิน 5)

Rehabilitation record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 9 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 92.59

ข้อมูลเชิงปริมาณหลังการพัฒนาพบว่า เรื่องที่ต้องประเมินทุกรายการ 7 เรื่อง 1) Discharge summary : Dx, OP มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 70.00 2) Discharge summary :Other มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 98.81 3) Informed consent มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 79.72 4) History มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 71.38 5) Physical exam มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 76.49 6) Progress note มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 62.41 7) Nurses' note มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 78.40 เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง 1) Consultation record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 35 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 58.02 2) Anesthetic record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 57 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 96.88 3) Operative note มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 57 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 92.19 4) Labour record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 25 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 97.49 5) Rehabilitation record มีการประเมินแฟ้มเวชระเบียน 13 ฉบับ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 90.60 ตาราง 1 และ 2

ตารางที่ 1 ร้อยละการประเมินการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธรก่อนและหลังการพัฒนา

เกณฑ์การประเมิน	ก่อน(n=202)	หลัง(n=165)
1.Summary DX,OP	82.23	70.00
2.Summary Other	88.54	98.81
3.Inform Consent	50.33	79.72
4.History	55.78	71.38
5.Physical Exam	71.29	76.49
6.Progress Note	90.26	62.41
7.Consultation Record	77.78	58.02
8.Aneasthetic Record	85.19	96.88
9.Operation Note	96.30	92.19
10.Labour Record	0	97.49
11.Rehabilitation Record	92.59	90.60
12.Nurse' Note	90.65	78.40

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ก่อน-หลัง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		Proportion difference	95% CI Proportion difference	Z	P-value
	n	%	n	%				
1.Summary DX,OP	202	82.23	165	70.00	12.23	3.47, 20.98	2.76	0.006
2.Summary Other	202	88.54	165	98.81	10.27	14.96, 5.57	-3.88	0.000
3.Inform Consent	202	50.33	165	79.72	29.39	38.61, 20.16	-5.82	0.000
4.History	202	55.78	165	71.38	1.56	25.31, 5.88	-3.06	0.002
5.Physical Exam	202	71.29	165	76.49	0.52	14.18, 3.78	-1.12	0.260
6.Progress Note	202	90.26	165	62.41	27.85	19.40, 36.29	6.38	0.000
7.Consultation Record	11	77.78	35	58.02	19.76	9.75, 49.27	1.18	0.237
8.Aneasthetic Record	24	85.19	57	96.88	11.69	26.26, 3.22	-1.94	0.052
9.Operation Note	24	96.30	57	92.19	4.11	6.16, 14.38	0.68	0.496
10.Labour Record	0	0	25	97.49				n/a
11.Rehabilitation Record	9	92.59	13	90.60	1.99	21.34, 25.32	0.16	0.869
12.Nurse' Note	202	90.65	165	78.40	11.94	4.51, 19.36	3.21	0.001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 1) การวางแผน(Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ในส่วนของการวางแผนผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ แบบบันทึกการประชุมและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ช่วยในการวางแผนเพื่อให้ได้แผนในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน พบว่า ผู้วิจัยได้กิจกรรมในการพัฒนางานมา 2 กิจกรรมได้แก่ 1) การให้ความรู้ในเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามคู่มือแบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ซึ่งได้ประเด็นปัญหาที่ต้องดำเนินการพัฒนาใน 4 เกณฑ์คือเกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent เกณฑ์ข้อที่ 4 History เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam และ เกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record ซึ่งมีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 50.33 55.78 71.29 และ 77.78 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของ

โรงพยาบาลโสธรตั้งไว้คือ ทุกเกณฑ์ต้องผ่านร้อยละ 80 ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกสังเกตการณ์ เข้ามาช่วยในการพัฒนา

จากแบบบันทึกสังเกตการณ์ พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสนใจในเนื้อหาแต่ละเกณฑ์โดยจะเห็นได้จากการตั้งประเด็นข้อคำถามกับทางวิทยากรในประเด็นที่มีข้อสงสัย มีการถามตอบเป็นระยะตลอดช่วงเวลาประชุมเชิงปฏิบัติการ และวิทยากรได้อธิบายตอบข้อสงสัยของผู้เข้าร่วมประชุมได้ตรงประเด็น

จากแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้นำประเด็นปัญหาทั้ง 4 ประเด็นคือ Informed Consent, History, Physical Exam และ Consultation Record โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่มและให้ผู้เข้าร่วมประชุมตรวจคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในแต่ละเกณฑ์ โดยใช้เวชระเบียนจริงกลุ่มละ 5 ฉบับ แล้วให้แต่ละกลุ่มอภิปรายปัญหาที่พบแนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน Informed Consent ซึ่งเป็นส่วนที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 50.33 จากข้อมูลเชิง

ปริมาณเกณฑ์ที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือเหตุการณ์ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน คุณภาพการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนคิดเป็นร้อยละ 78.71 คะแนนต่ำสุดคือ เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกประวัติประจำวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา คุณภาพการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนคิดเป็นร้อยละ 12.38 โดยภาพรวมแล้วทุกเกณฑ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่า ขาดรายละเอียดเล็กน้อยเช่นในเกณฑ์ข้อที่ 9 มีการระบุวันเดือนปี แต่ไม่ได้ระบุเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา จากการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ทราบประเด็นปัญหาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบและทำการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนต่อไป

การประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน History

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน history คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 55.78 ในส่วนของการประเมินเชิงปริมาณที่ได้คะแนนมากที่สุดคือเกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ต้องตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติ หรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3 คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 83.66 ในส่วนการบันทึกคุณภาพเวชระเบียนที่คะแนนต่ำสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษานี้ (problem list) คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 22.28 และได้ข้อสรุปจากกิจกรรมกลุ่มดังนี้

1. ใน History ที่พิมพ์จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่ข้อมูลมีความครบถ้วน
2. จากการตรวจข้อมูลรายเกณฑ์ในข้อที่ 6 และ 8 ขาดการบันทึกมากที่สุด
3. ข้อมูลในส่วน Chief complain มีการบันทึกข้อมูลแต่ไม่ระบุเวลา
4. ประวัติวัคซีนไม่มีการลงบันทึก (ทราบหลังผ่าคลอด)

5. ประวัติ Past illness ในทราบแรกเกิดควรลงข้อมูลอย่างไร

6. การบันทึก Present illness ใน ส่วน 5W,2H ลงบันทึกไม่ครอบคลุม มีการบันทึกแต่ไม่ครบ

7. ควรจัดทำตราป้อมเลข ว. ของแพทย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน การประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Physical Exam

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน Physical Exam คุณภาพการบันทึกของเวชระเบียนร้อยละ 71.29 ส่วนของการประเมินเชิงปริมาณที่ได้คะแนนมากที่สุดคือเกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 92.57

ส่วนที่ได้คะแนนต่ำสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้ กรณีบันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้ คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 23.27 และได้ข้อสรุปจากกิจกรรมกลุ่มดังนี้

1. แบบฟอร์มมีความหลากหลาย ควรปรับใช้แบบฟอร์มเดียวทั้งโรงพยาบาล
2. เกณฑ์การระบุ vital sign ต้องมีหน่วยทุกตัว
3. การบันทึก น้ำหนัก ส่วนสูงถ้าไม่ได้ควรระบุเหตุผลด้วย
4. การตรวจร่างกายยังมีลง WNL ,ไม่วาดภาพในระบบที่ตรวจแล้ว abnormal
5. หัวข้อแบบฟอร์ม ควรเพิ่มหัวข้อ ☒ Problem List ในฟอร์มเดิมด้วย

6. Plan+ Treatment มีบางชาร์ตที่ยังระบุ Admit แต่ไม่ระบุเหตุผลในการ Admit

7. ควรจัดทำตราป้อมเลข ว. ของแพทย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน

การประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Consultation Record

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน Consultation Record คุณภาพการบันทึกของเวชระเบียนร้อยละ 77.78 ส่วนของการประเมินเชิงปริมาณที่ได้คะแนนมากที่สุดคือเกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 100 ส่วนที่ได้คะแนนต่ำสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 1 2 5 และ 6 ซึ่งมี

คะแนนเท่ากัน คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 54.55 และได้ข้อสรุปจากกิจกรรมกลุ่มดังนี้

1. ผู้บันทึกเวชระเบียนควรทบทวนเกณฑ์การประเมินในแต่ละข้อ

2. ผู้บันทึกยังขาดการตระหนักในการบันทึกข้อมูลอาจเนื่องมาจากการให้ความสำคัญกับการให้บริการด้านการพยาบาลมากเกินไป

3. ควรจัดให้มีการทบทวนความรู้แก่คณะกรรมการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการบันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน

ผู้วิจัยได้นำผลก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนาได้นำมาเปรียบเทียบกับโดยใช้สถิติ Z-Test Statistic ผลพบว่าเกณฑ์ข้อที่ 1 Summary DX,OP ลดลงจาก 82.23 เป็นร้อยละ 70.00 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.006$) เกณฑ์ข้อที่ 2 Summary Other เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.54 เป็นร้อยละ 98.81 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$) เกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.33 เป็นร้อยละ 79.72 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$) เกณฑ์ข้อที่ 4 History เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.78 เป็นร้อยละ 71.38 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.002$) เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.29 เป็นร้อยละ 76.49 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.260$) เกณฑ์ข้อที่ 6 Progress Note ลดลงจากร้อยละ 90.26 เป็นร้อยละ 62.41 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$) เกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record ลดลงจากร้อยละ 77.78 เป็นร้อยละ 58.02 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.237$) เกณฑ์ข้อที่ 8 Anesthetic Record เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.19 เป็นร้อยละ 96.88 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.052$) เกณฑ์ข้อที่ 9 Operation Note ลดลงจากร้อยละ 96.30 เป็นร้อยละ 92.19 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.496$) เกณฑ์ข้อที่ 11 Rehabilitation Record ลดลงจากร้อยละ 92.59 เป็นร้อยละ 90.60 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.869$) เกณฑ์ข้อที่ 12 Nurse' Note ลดลงจากร้อยละ 90.65 เป็นร้อยละ 78.40 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.001$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ได้มีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันเป็นทีมและพัฒนาแบบบูรณาการโดยผ่านคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธร ทุกขั้นตอนของการดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธรที่ผ่านมา และศึกษาแนวทางการแก้ไข การวางแผนปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในประเด็นที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนใน 4 ประเด็นคือ 1) Informed consent 2) History 3) Physical exam 4) Consultation record ซึ่งผลการศึกษาพบว่า 1) Inform Consent เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.33 เป็นร้อยละ 79.72 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$) 2) History เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.78 เป็นร้อยละ 71.38 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.002$) 3) Physical Exam เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.29 เป็นร้อยละ 76.49 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.260$) 4) Consultation record ลดลงจากร้อยละ 77.78 เป็นร้อยละ 58.02 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.237$)

จากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร พบว่า เวชระเบียนผู้ป่วยมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 เรื่องที่ทำการศึกษาจาก 4 เรื่องที่นำมาพัฒนา คือ 1) Informed consent เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.33 เป็นร้อยละ 79.72 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$) 2) History เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.78 เป็นร้อยละ 71.38 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.002$) และมีเรื่องที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องในวงจรรอบต่อไป 5 เรื่อง คือ 1) Summary DX,OP ลดลงจาก 82.23 เป็นร้อยละ 70.00 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.006$) 2) Physical Exam เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.29 เป็นร้อยละ 76.49 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (P-value=0.260) 3) Progress Note ลดลงจากร้อยละ 90.26 เป็นร้อยละ 62.41 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.000) 4) Consultation Record ลดลงจากร้อยละ 77.78 เป็นร้อยละ 58.02 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.237) 5) Nurse' Note ลดลงจากร้อยละ 90.65 เป็นร้อยละ 78.40 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสื่อสารแนวทางการพัฒนา ความเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของสหวิชาชีพยังต้องมีการปรับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการให้มากขึ้นคือโจทย์ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธรในวาระต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน หลังการพัฒนาพบว่าเวชระเบียนผู้ป่วย มีความสมบูรณ์ขึ้น และส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการ ร่วมมือจากทุกวิชาชีพ ที่มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไข และให้ความสำคัญกับการบันทึกเวชระเบียนมากขึ้น มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียน ได้แก่ ประวิณ พิมพ์หอม⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ของทีมสหวิชาชีพด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ดวงใจ ชัชวรัตน์⁷ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนของอุไรพร โคตะมี (2560) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชวาน อำเภอยะวียน จังหวัดอุดรธานี สวรรส แก้วศรีทัศน์⁸ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงโขดม จังหวัดอุบลราชธานี งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสมบูรณ์เวชระเบียน พบว่า เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินการก่อนและหลัง พบว่า ส่วนใหญ่หลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีความรู้และเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

1) คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล กำหนดนโยบายในการบันทึกเวชระเบียน ให้เป็นข้อกำหนดในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล สืบเนื่องจากการบันทึกเวชระเบียนที่มีข้อมูลถูกต้องครบถ้วนเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่ง ใน

การบ่งชี้ ติดตามย้อนรอยคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งยังเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และยังเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายในการป้องกันข้อร้องเรียน นอกจากนี้แล้วยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการรับการเบิกจ่ายเงินจากองค์กรภายนอกอย่างเป็นธรรม

2) คณะกรรมการเวชระเบียน ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงชี้แจงแนวทางการบันทึกเวชระเบียนให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนให้มีคุณภาพ รวมถึงกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน หรือให้นำเสนอผลงานที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนที่ประสบความสำเร็จของแต่ละผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

3) บุคลากรผู้มีส่วนในการบันทึกเวชระเบียนควรศึกษาและให้ความสำคัญกับเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียน ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงกับวิชาชีพหากเกิดข้อร้องเรียนทางกฎหมาย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัจยพต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ตลอดจนขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโสธร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124/ตอนที่ 16 ก/หนา 1/19 มีนาคม 2550.
2. แสงเทียน อยู่เถา. การบริหารงานเวชระเบียน. นนทบุรี: กอล์ฟ กราฟิกแอนด์พริ้นติ้ง; 2557
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์กรมหาชน) สภาการพยาบาล. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2563.
4. Kemmis and McTaggart. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988
5. งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโสธร. รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโสธร. โยโสธร: งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน; 2564.

6. ประวีณ พิมพ์หอม. ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ของ
ทีมสหวิชาชีพด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. การศึกษาค้นคว้า
ด้วยตนเอง หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา; 2556
7. ดวงใจ ชัชวรัตน์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสมบูรณ์ในการ
บันทึกเวชระเบียนของแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาล
สังกัดมหาวิทยาลัยในภาคกลาง. สาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช; 2557.
8. สวรรส แก้วศรีทัศน์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวช
ระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561; 15(3): 135-
141.