การปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลศิริราช

สมพล ฤกษ์สมถวิล พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์*

เรื่องย่อ : งานพัฒนาคุณภาพเป็นงานที่สำคัญอย่างยิ่งในโรงพยาบาล งานด้านเวชระเบียนก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยบ่งถึงคุณภาพของการบริการ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ในการติดตามการรักษา การเรียนการสอน และเป็นหลักฐานทางกฎหมายด้วย การบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุมักมีข้อบกพร่อง ขาดความครบถ้วนครอบคลุมของข้อมูล ทางคณะทำงานจึงคิดแบบบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุขึ้นใหม่

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของแบบบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุแบบใหม่เทียบกับแบบเดิม

แผนการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบบันทึกเวชระเบียน เปรียบเทียบระหว่างแบบเดิมกับแบบใหม่ โดยการสุ่มจากสมุดลงทะเบียน อย่างละ 30 ฉบับ โดยเวชระเบียนดังกล่าวบันทึกโดยแพทย์ และนักศึกษาแพทย์ปีที่ 6 กลุ่มเดียวกัน หลังจากได้นำเวชระเบียนทั้งสองแบบมาใช้เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จากนั้นนำมาให้คะแนนโดยอาจารย์ศัลยแพทย์ในสาขาวิชาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ตามเกณฑ์การประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของ Hospital Accreditation (HA)

การวิเคราะห์ผล : วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนที่ได้โดยการทดสอบ Student's t-test

ผลการศึกษา : การประเมินในหัวข้อประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษา คะแนนรวม (ยกเว้นหัวข้อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ) ของการใช้เวชระเบียนแบบใหม่ดีกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับหัวข้อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบใหม่ดีกว่าแบบเดิม แต่ไม่ได้คำนวณทางสถิติ เนื่องจากภายหลังตัดกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการออก จำนวนของแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน ส่วนหัวข้อ ชื่อสกุล อายุ และที่อยู่ของผู้ป่วยและผู้ที่ติดต่อได้ ไม่มีความแตกต่างในการบันทึก เนื่องจากบันทึกสมบูรณ์ครบถ้วนทั้ง 2 แบบ

สรุป : การปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นแบบใหม่นี้ก่อให้เกิดการบันทึกที่มีคุณภาพมากขึ้นกว่าการใช้แบบเดิม

Abstract : **New Medical Record Improves the Data of Trauma Patient Care**

Somphon Roeksomtawin, M.D., F.R.C.S.T.*

**Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700.*

Siriraj Hosp Gaz 2003; **55:** 215-225.

Introduction **: Presently many hospitals are pursuing hospital accreditation. One important issue is the improvement of medical recording. Accurate medical recording is very important in order to provide quality patient follow-up, medical education and legal evidence. Because of limitation of time in trauma patient care, important patient data from previous medical record is sometimes missed or not available.**

**ภาควิชาศัลยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.*

The development of a well-organized medical recording system may help to improve accuracy in data recording.

Objective of the study **: To compare the new medical record form with the previous one using the hospital accreditation scoring system for medical records.**

Methodology **: After collecting both new and previous records that were filled-in by the same group of physicians and sixth year medical students in the Trauma Services Unit of Siriraj Hospital from December 1st - 31st 2001, these 30 records in each recording system were randomly placed into the study. Scoring and comparison of the records were performed by staff of the Division of Trauma Surgery, Department of Surgery.**

Results **: Six parts of the record were compared (patient profile, patient history, physical examination, diagnosis, laboratory and management). By using student's t-test, the new record showed more statistically significant improvement of data recording than the old record in four areas, i.e. patient history, physical examination, diagnosis and management. The laboratory record section could not be compared because different patients needed different investigations. Both new and previous records were recorded completely in the patient profile section.**

Conclusion **: The new medical recording system will improve recording and therefore improve the care given to injured patients.**

Key words : Medical record, patient profile

บทนำ

เนื่องจากในปัจจุบันงานพัฒนาคุณภาพเป็นงานที่สำคัญอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการรับรองว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการที่มีมาตรฐานและเหมาะสม[1] งานด้านเวชระเบียนก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยบ่งถึงคุณภาพของการบริการ นอกจากนี้เวชระเบียนยังสามารถใช้ในการติดตามการรักษา การเรียนการสอน และเป็นหลักฐานทางกฎหมายด้วย การพัฒนาเวชระเบียนจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง[2] สำหรับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุนั้น มักมีข้อบกพร่องในการบันทึกบาดแผลและประวัติที่จำเป็นอื่น ๆ เช่น การแพ้ยา ประวัติการรับประทานอาหารมื้อสุดท้าย ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก การค้นหาภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบรักษา และมักมีข้อบกพร่องในการบันทึกการตรวจร่างกาย บันทึกบาดแผล[3,4] เนื่องจากลักษณะของแบบบันทึกเวชระเบียนที่ไม่มีความละเอียด (สำหรับใช้กับผู้ป่วยทั่วไป) เวลาที่น้อย และปริมาณผู้ป่วยที่มาก ทางผู้วิจัยจึงได้จัดทำแบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุขึ้น โดยคำนึงถึงความสมบูรณ์ของข้อมูล ความสะดวกในการใช้ และประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างแพทย์ การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินผลการใช้แบบบันทึกเวชระเบียนแบบใหม่เปรียบเทียบกับเวชระเบียนแบบเดิม โดยอาศัยเกณฑ์การให้คะแนนเวชระเบียนตามมาตรฐานของ HA[5]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของแบบบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุแบบใหม่เทียบกับแบบบันทึกเดิม

วัตถุและวิธีการ

การวิจัยนี้ทำโดยการสุ่มเวชระเบียนจากสมุดทะเบียน ภายหลังการทดลองใช้เวชระเบียนทั้งแบบเก่าและแบบใหม่ เพื่อบันทึกประวัติผู้ป่วยอุบัติเหตุในหน่วยศัลยศาสตร์อุบัติเหตุโดยแพทย์และนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 กลุ่มเดียวกัน ที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2544 ถึง 31 ธันวาคม 2544 จำนวนอย่างละ 30 ฉบับ แล้วนำมาให้คะแนนโดยอาจารย์ศัลยแพทย์ ในแผนก

ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ โดยยึดหลักการการให้คะแนนการตรวจเวชระเบียนตามมาตรฐาน HA

โดยสรุปวัตถุและวิธีการของการวิจัยนี้ประกอบด้วย

1. **จำนวนเวชระเบียนตัวอย่าง**

แบบเก่า 30 ฉบับ แบบใหม่ 30 ฉบับ

2. **ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

- นำแบบบันทึกเวชระเบียนแบบเก่ามาใช้ในการบันทึกประวัติผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จากนั้นเปลี่ยนมาใช้แบบบันทึกเวชระเบียนแบบใหม่เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์เท่ากัน

ตารางที่ 1. หัวข้อการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและการให้คะแนน

หัวข้อการประเมิน	คะแนน						
	N/A	0	1	2	3	4	5
1. ชื่อ สกุล อายุ และที่อยู่ของผู้ป่วยและผู้ที่ติดต่อได้		-	ของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ และไม่มีชื่อที่อยู่ของผู้ที่ติดต่อได้		ของผู้ป่วยสมบูรณ์ แต่ของผู้ที่ติดต่อได้ไม่สมบูรณ์		มีครบถ้วนทั้งของผู้ป่วยและผู้ที่ติดต่อได้
2. ประวัติความเจ็บป่วย		ไม่มีการบันทึก	-	บันทึกเฉพาะอาการสำคัญ	บันทึกอาการสำคัญและประวัติปัจจุบัน	บันทึกอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติสำคัญอื่นๆ	บันทึกครบถ้วน
3. การตรวจร่างกาย		ไม่มีการบันทึก	-	ตรวจเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งตามอาการนำ	ตรวจทุกระบบที่คาดว่าจะเกี่ยวข้อง	ตรวจทุกระบบที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องอย่างละเอียด	ตรวจทุกระบบและบันทึกครบถ้วน
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ไม่จำเป็น	ละเลยโดยไม่มีเหตุผล	-	การตรวจไม่มีเหตุผลเพียงพอ	มีรายงานผลแต่ไม่ครบ	มีรายงานผลครบถ้วน	มีบันทึกการใช้ผลเพื่อการวินิจฉัยและวางแผน
5. การวินิจฉัย		ไม่มีการบันทึก	-	วินิจฉัยจากอาการ	วินิจฉัยจากประวัติและการตรวจร่างกายบางส่วน สมเหตุสมผล แต่ไม่คำนึงถึงความสิ้นเปลือง	วินิจฉัยจากประวัติและการตรวจร่างกายที่สมบูรณ์ สมเหตุสมผล	มีกระบวนการก่อนให้การวินิจฉัยที่เหมาะสม ครบถ้วน สมเหตุสมผล พร้อมกับมีข้อแนะนำ
6. การรักษา		-	ไม่สมเหตุสมผล				

- ทำการสุ่มเวชระเบียนทั้ง 2 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 30 ฉบับ เพื่อให้อาจารย์ศัลยแพทย์เป็นผู้ให้คะแนนในแต่ละส่วน

3. **การประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลครั้งแรก**[5]

ใช้หัวข้อการประเมินและการให้คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

4. **การวิเคราะห์ผล**

นำข้อมูลคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างคะแนนของการบันทึกเวชระเบียนทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อดูว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ในทางสถิติ โดยการทดสอบด้วยวิธี Student's t-test

5. การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผล

หลังการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุ จากสมุดลงทะเบียนผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึก แบบใหม่และแบบเดิมอย่างละ 30 ฉบับ และให้คะแนนตามหลักการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานของ HA โดยแยกให้คะแนนตามหัวข้อการประเมินแล้วนำมาคิดคะแนนรวม ได้ผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 2 การประเมินในหัวข้อชื่อสกุล อายุ ของผู้ป่วย และผู้ที่ติดต่อได้

ตารางที่ 3 การประเมินในหัวข้อประวัติการเจ็บป่วย

ตารางที่ 4 การประเมินในหัวข้อการตรวจร่างกาย

ตารางที่ 5 การประเมินในหัวข้อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 6 การประเมินในหัวข้อการวินิจฉัย

ตารางที่ 7 การประเมินในหัวข้อการรักษา

ตารางที่ 8 การประเมินรวมในหัวข้อต่าง ๆ ยกเว้นหัวข้อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 2. การประเมินในหัวข้อชื่อสกุล อายุ และที่อยู่ของผู้ป่วยและผู้ที่ติดต่อได้

แบบบันทึกเวชระเบียน	จำนวนเวชระเบียนที่ได้ 5 คะแนนเต็ม	รวม
แบบใหม่	30 (100%)	30 (100%)
แบบเดิม	30 (100%)	30 (100%)
รวม	60 (100%)	60 (100%)

จากตารางจะเห็นว่าแบบบันทึกเวชระเบียนทั้ง 2 แบบ มีการบันทึกชื่อ สกุล อายุ และที่อยู่ได้ครบถ้วนทุกฉบับ ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 3. การประเมินในหัวข้อประวัติความเจ็บป่วย

แบบบันทึกเวชระเบียน	จำนวนเวชระเบียนที่ได้คะแนน 2	3	4	5	รวม
แบบใหม่	-	-	6 (20.0%)	24 (80.0%)	30 (100%)
แบบเดิม	1 (3.3%)	4 (13.3%)	25 (83.3%)	-	30 (100%)
รวม	1 (1.7%)	4 (6.7%)	31 (51.7%)	24 (40.0%)	60 (100%)

t - test = 8.660, df = 56.326, P < 0.01

จากตารางจะเห็นว่าการบันทึกประวัติความเจ็บป่วยในแบบบันทึกใหม่ดีกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4. การประเมินในหัวข้อการตรวจร่างกาย

แบบบันทึกเวชระเบียน	จำนวนเวชระเบียนที่ได้คะแนน 2	3	4	5	รวม
แบบใหม่	-	2 (6.7%)	18 (60.0%)	10 (33.3%)	30 (100%)
แบบเดิม	10 (33.3%)	7 (23.3%)	4 (13.3%)	9 (30.0%)	30 (100%)
รวม	10 (16.7%)	9 (15.0%)	22 (36.7%)	19 (31.7%)	60 (100%)

t - test = 3.445, df = 58, P < 0.01

จากตารางจะเห็นว่าการบันทึกในส่วนของการตรวจร่างกายในแบบบันทึกใหม่ดีกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5. การประเมินในหัวข้อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แบบบันทึกเวชระเบียน	จำนวนเวชระเบียนที่ได้คะแนน 0	3	4	5	N/A	รวม
แบบใหม่	-	4 (13.3%)	4 (13.3%)	6 (20.0%)	16 (53.3%)	30 (100%)
แบบเดิม	1 (3.3%)	4 (13.3%)	10 (33.3%)	2 (6.7%)	13 (43.3%)	30 (100%)
รวม	1 (1.7%)	8 (13.3%)	14 (23.5%)	8 (13.3%)	29 (48.3%)	60 (100%)

จากตารางจะเห็นว่าการบันทึกในส่วนของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อตัดผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการออกแล้วจำนวนเวชระเบียนทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน จึงไม่ได้นำคะแนนส่วนนี้มาเปรียบเทียบกัน

ตารางที่ 6. การประเมินในหัวข้อการวินิจฉัย

แบบบันทึกเวชระเบียน	จำนวนเวชระเบียนที่ได้คะแนน 2	3	4	5	รวม
แบบใหม่	-	1 (3.3%)	20 (66.7%)	9 (30.0%)	30 (100%)
แบบเดิม	3 (10.0%)	13 (43.3%)	10 (33.3%)	4 (13.3%)	30 (100%)
รวม	3 (5.0%)	14 (23.3%)	30 (50.0%)	13 (21.7%)	60 (100%)

t - test = 3.739, df = 58, $P < 0.01$

จากตารางจะเห็นว่าการบันทึกในส่วนของการวินิจฉัย แบบใหม่มีการบันทึกดีกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7. การประเมินในหัวข้อการรักษา

แบบบันทึกเวชระเบียน	จำนวนเวชระเบียนที่ได้คะแนน 4	5	รวม
แบบใหม่	23 (76.7%)	7 (23.3%)	30 (100%)
แบบเดิม	28 (93.3%)	2 (6.7%)	30 (100%)
รวม	51 (85.0%)	9 (15.0%)	60 (100%)

t - test = 1.828 df = 58 P = 0.0365 (<0.05)

จากตารางจะเห็นว่าการบันทึกในส่วนของการรักษา แบบใหม่มีการบันทึกดีกว่าแบบเดิม

ตารางที่ 8. การประเมินรวมในหัวข้อต่าง ๆ ยกเว้นหัวข้อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แบบบันทึกเวชระเบียน	จำนวนเวชระเบียนที่ได้คะแนนรวม 14	16	18	19	20	21	22	23	24	25	รวม
แบบใหม่	-	-	-	-	-	6 (20.0%)	10 (33.3%)	7 (23.3%)	5 (16.7%)	2 (6.7%)	30 (100%)
แบบเดิม	2 (6.7%)	1 (3.3%)	8 (26.7%)	5 (16.7%)	1 (3.3%)	6 (20.0%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)	-	30 (100%)
รวม	2 (3.3%)	1 (1.7%)	8 (13.3%)	5 (8.3%)	1 (1.7%)	12 (20.0%)	14 (23.3%)	9 (15.0%)	6 (10.0%)	2 (3.3%)	60 (100%)

t - test = 6.011, df = 58, P < 0.01

จากตารางจะเห็นว่าผลรวมของคะแนนประเมินเวชระเบียนในส่วนต่าง ๆ ยกเว้นส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบใหม่ดีกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

บันทึกทางการแพทย์เป็นเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพ เป็นหัวใจของการดูแลรักษาผู้ป่วย แสดงถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ใช้ยืนยันคุณภาพการตรวจรักษาพยาบาลได้ตามมาตรฐาน อีกทั้งเป็นเครื่องมือตรวจสอบการประกันคุณภาพ ก่อให้เกิดการพัฒนา นอกจากนี้ยังใช้ในการศึกษาวิจัย และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย[2]

การพัฒนาคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญในโรงพยาบาล งานเวชระเบียนผู้ป่วยก็เป็นส่วนหนึ่งที่บ่งถึงคุณภาพของโรงพยาบาล การพัฒนาปรับปรุงเวชระเบียนจึงเป็นงานที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง คณะผู้ทำงานได้สังเกตพบว่าการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยทั่วไป ประกอบกับผู้ป่วยอุบัติเหตุมีจำนวนมาก ต้องอาศัยความรวดเร็วในการรักษาพยาบาล และลักษณะข้อมูลมีความจำเพาะ การบันทึกแบบเดิมอาจมีข้อบกพร่องในเรื่องของข้อมูล ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะต้องนำมาใช้ในการรักษาต่อเนื่อง ติดตามการรักษา และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย คณะผู้ทำงานจึงได้ศึกษาวิเคราะห์ประเด็นสำคัญในมาตรฐาน ประเด็นที่ทำได้ดีและประเด็นที่ต้องปรับปรุง โดยกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนให้ได้ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุของประเทศสหรัฐอเมริกา ตามหลักของ Advanced Trauma Life Support® (ATLS®)[4] มีการปรับปรุงแบบบันทึกเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้มากขึ้น ลดความซ้ำซ้อน ความสูญเปล่า และสะดวกต่อการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมตามที่กำหนด โดยออกแบบแบบบันทึกที่เป็นเครื่องเตือนใจและชี้นำให้สิ่งที่บันทึกตรงกับความต้องการของผู้ใช้ เพียงพอกับความต้องการในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพียงพอกับการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และเพียงพอสำหรับการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยได้ปรึกษาคณาจารย์ในสาขาวิชาอุบัติเหตุ แพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาแพทย์ ถึงรูปแบบที่เหมาะสมและน่าพึงพอใจ ทางคณะผู้ทำงานได้รวบรวมหลักการและความคิดเห็นต่าง ๆ มาปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนเป็นแบบใหม่และได้นำมาใช้ในเดือนธันวาคม 2544 โดยผู้บันทึกเป็นบุคคลกลุ่มเดียวกันกับผู้บันทึกแบบบันทึกเดิมในระยะเวลา 2 สัปดาห์เท่ากัน จากนั้นทำการสุ่มเวชระเบียนทั้ง 2 แบบ อย่างละ 30 ฉบับจากสมุดลงทะเบียนผู้ป่วย นำแบบบันทึกทั้ง 2 แบบมาประเมินเปรียบเทียบกันในเชิงคุณภาพตามหลักการประเมินคุณภาพของ HA จากผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแบบบันทึกไม่มีผลต่อการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งผู้ป่วยและผู้ที่ติดต่อได้ เนื่องจากมีการบันทึกข้อมูลเหล่านี้ในผู้ป่วยทุกคนอย่างละเอียดในเวชระเบียนเป็นมาตรฐานอยู่แล้ว

การบันทึกข้อมูลส่วนประวัติ การใช้แบบบันทึกแบบใหม่มีเครื่องเตือนใจและชี้นำ ทำให้ได้ประวัติผู้ป่วยตามแนวทางการบันทึกประวัติของผู้ป่วยอุบัติเหตุเกิดการบันทึกที่ครบถ้วน[3,4,6] เป็นระบบชัดเจนขึ้นเมื่อเทียบกับการบันทึกในแบบบันทึกเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การบันทึกการตรวจร่างกายเป็นอีกส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยอุบัติเหตุ เนื่องจากการเกิดอุบัติเหตุครั้งหนึ่ง ๆ อาจมีการบาดเจ็บเกิดขึ้นได้หลายระบบ การบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาที่ต่อเนื่องและสมบูรณ์[3,7] อีกทั้งใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย การออกแบบบันทึกแบบใหม่มีรูปภาพจำลองของคนทำให้สะดวกต่อการบันทึก เป็นระเบียบและเข้าใจง่าย และประกอบกับการกำหนดพื้นที่ไว้สำหรับบันทึกการตรวจร่างกาย ทำให้มีการตรวจทุกระบบและบันทึกครบถ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับแบบบันทึกเดิม

มีการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ครบถ้วนและมีการใช้ผลเพื่อวินิจฉัยและวางแผนมากขึ้นในแบบบันทึกแบบใหม่ และพบว่าในการบันทึกการวินิจฉัย มีกระบวนการก่อนให้การวินิจฉัยที่เหมาะสมครบถ้วน และมีการวินิจฉัยจากประวัติและการตรวจ

ร่างกายที่สมบูรณ์ในแบบบันทึกแบบใหม่มากกว่าแบบบันทึกแบบเก่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลจากมีการบันทึกในส่วนประวัติ และการตรวจร่างกายที่ครบถ้วนมากขึ้น มีการวางแผนการบันทึก การรวบรวมข้อมูล และมีลำดับก่อนหลังในการบันทึก

นอกจากนี้ในแบบบันทึกแบบใหม่ยังมีการบันทึกการรักษาที่สมเหตุสมผล พร้อมกับมีข้อแนะนำมากกว่าแบบบันทึกแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อรวมการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในหัวข้อต่างๆ เข้าด้วยกัน โดยไม่รวมในส่วนของการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่จำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้คะแนนรวมไม่เท่ากัน และผู้ที่ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการมีจำนวนไม่เท่ากันจากการใช้เวชระเบียนทั้ง 2 แบบ จึงตัดหัวข้อนี้จากการคิดคะแนนรวม) การใช้เวชระเบียนแบบใหม่ได้รับการประเมินคะแนนที่สูงกว่าเวชระเบียนแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้แบบบันทึกแบบใหม่จึงมีประโยชน์ครบถ้วนครอบคลุมตามหลักการการบันทึกประวัติผู้ป่วยอุบัติเหตุมากกว่าแบบบันทึกแบบเดิม และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ เป็นบันทึกโดยสรุปในพื้นที่ที่กำหนดแต่ได้ใจความครบถ้วน เห็นภาพพจน์ของผู้ป่วยเป็นรูปแบบและมาตรฐานเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกลง ง่ายต่อการบันทึก ข้อมูลไม่กระจัดกระจาย และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง ยืนยันถึงคุณภาพของการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน เป็นเครื่องมือตรวจสอบการประกันคุณภาพก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังนำไปใช้ในการศึกษาวิจัย และเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุแบบใหม่นี้ก่อให้เกิดการบันทึกที่มีคุณภาพมากขึ้นกว่าการใช้แบบบันทึกเดิม ซึ่งใช้กับผู้ป่วยทั่วไป ทั้งในส่วนของประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย การรักษา และคะแนนรวมทั้งหมด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้หลักการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานของ HA ก่อให้เกิดการบันทึกที่มีคุณค่า มีประโยชน์ครบถ้วน ครอบคลุม แสดงถึงคุณภาพของการรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง สามารถนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยและเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ฉะนั้นควรนำเวชระเบียนแบบใหม่มาใช้แทนแบบเดิมเพื่อประโยชน์ในการบันทึกเวชระเบียนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA. 7th ed. กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซร์ จำกัด, 2543: 119 - 23.
2. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ:หน่วยโรงพิมพ์ โรงพยาบาลศิริราช, 2546.
3. Davis JH, Pruitt JH, Pruitt BA. History. In : Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, eds. Trauma. 4th ed. New York : McGraw-Hill, 2000: 3 - 18.
4. Ali J, Aprahamian C, Bell , et al. Advanced trauma life support. Program for Doctors. 6th ed. Chicago: ACS, 1997: 9 - 58.
5. งานพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล : คู่มือการเยี่ยมสำรวจภายใน. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2545: 6 - 9.
6. สรนิต ศิลธรรม. การรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุหลายๆ ระบบ และผู้ป่วยไฟลวกในภาวะฉุกเฉิน. ใน : สุณีรัตน์ คงเสรีพงศ์, สุชัย เจริญรัตนกุล. เวชบำบัดวิกฤต 2000. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยั่วน้ำ พริ้นติ้ง จำกัด, 2000: 644 - 77.
7. Bell RM, Krantz BE. Initial assessment. In : Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, eds. Trauma. 4th ed. New York : McGraw-Hill, 2000: 153 - 70.

ตัวอย่าง แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุแบบใหม่

โรงพยาบาลศิริราช
แบบบันทึกการตรวจผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ชื่อ_____ HN_____

เวลาเกิดเหตุ.....วันที่เกิดเหตุ.....
เวลามาถึง.....วันที่มาถึง.....
สถานที่เกิดเหตุ.....เขตสถานีตำรวจ.....

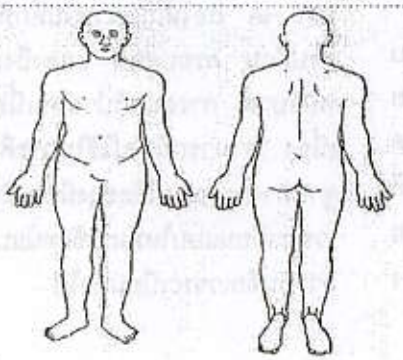
ประวัติโรคประจำตัว.....
ประวัติแพ้ยา.....
ประวัติการป้องกันโรคบาดทะยัก.....

สัญญาณชีพแรกรับ : หายใจ =.....ครั้ง/นาที, ชีพจร =.....ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต =...../.....มม.ปรอท

Primary Survey.....
.....
.....
.....
.....

Resuscitation.....
.....
.....
.....

Secondary Survey.....
.....
.....
.....
.....



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

การวินิจฉัยโรค.....
.....
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....
.....
การรักษา.....
.....
.....
.....
.....
ปรึกษาต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง.....
ผู้ตรวจ.....

ตัวอย่าง แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุแบบเก่า

โรงพยาบาลศิริราช แผ่นที่.....
แบบบันทึกการตรวจ เขียนชื่อ สกุล H.N. ให้ชัดเจน

ชื่อ_____ HN_____