

## บทความวิจัย

# การตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

## The Audit of Comprehensiveness of Medical Record at Health Science Center , Burapha University



วิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี \*

Wilairat Jatusuwonasri

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยทำการศึกษาข้อมูลในช่วงวันที่ 1-30 เมษายน 2545 จำนวน เวชระเบียนผู้ป่วยนอก 513 ฉบับ เวชระเบียนผู้ป่วยใน 144 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียน 4 แบบ ผลการวิจัย พบว่า ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในภาพรวมอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 63.82 ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในประเภททั่วไป อยู่

ในระดับพอใช้ ร้อยละ 78.18 และความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในประเภทสูติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 78.35 และความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในประเภทเด็กแรกเกิดอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 90.27

ผลจากการวิจัย นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในด้านการให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยให้ครบถ้วนมากขึ้น และควรมีการตรวจสอบด้านคุณภาพของการบันทึก การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการกำหนดมาตรฐานของการบันทึกและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการให้ความสำคัญกับการบันทึกใบยินยอมรักษาตัวตามสิทธิผู้ป่วย

\* นักเวชสถิติ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

## Abstract

The purpose of this research was to investigate the comprehensiveness of medical recording at Health Science Center , Burapha University. During 1-30 April 2002 , 513 records were out-patient medical records and 144 were in-patient medical records. The tools used were four types of checklist. It was found that the medical recording comprehensiveness of out-patient was at inadequate level (63.82 %). The general and obstetrics in-patient medical record were at moderate level (78.18 % , 78.35 % ) , the new born in-patient medical record was at excellent level (90.27 %)

Result from this study should be used as a guide to improve the comprehensiveness of the medical record in Health Science Center , Burapha University in the way that staff should record more completely and improve quality of record. Moreover staff should have participated to determine standard of record and evaluate them continuously otherwise staff should have realized about consent record also.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยรวมนั้น

พบว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นดัชนีหนึ่งที่กำหนดให้มี เพราะการพัฒนาและรับรองคุณภาพเป็นกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ ซึ่งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้กำหนดกรอบมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นที่การประเมินระบบงาน และได้ กำหนดให้มีมาตรฐานการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยให้มีเป้าหมาย/วัตถุประสงค์/มาตรฐานของการบันทึก ความตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึก การมีข้อมูลและรายละเอียดในบันทึกเพียงพอสำหรับการสื่อสารความต่อเนื่องของการรักษาและการประเมินคุณภาพ และ การทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษา กำหนดให้มีการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียน โดยถือว่าความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล , 2545) เพราะเวชระเบียน คือการรวบรวมข้อเขียนหรือบันทึกการเจ็บป่วยเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เป็นกระบวนการทุกอย่างที่จัดกระทำกับผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลนั้น ๆ ควรจะประกอบด้วยประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งความคิดเห็น การค้นหา สืบสวนผลทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (สมพร เอกรัตน์, 2534, หน้า 15) เวชระเบียนยังเป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งของสถานพยาบาล ในการประสานให้บุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่

แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด หรือแม้แต่ฝ่ายการเงิน จัดบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพผลด้วยการบันทึก ข้อมูลสำคัญไว้ในเวชระเบียน การทบทวนเวชระเบียนเป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อประเมินว่า หลักฐานข้อมูลสำคัญมีการบันทึกอย่างครบถ้วนหรือไม่ โดยมีความคิดว่าการบันทึกที่ดีจะนำไปสู่คุณภาพการบริการสุขภาพที่ดี ดังนั้นข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียนผู้ป่วย สามารถสะท้อนคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโดยรวมได้ (วีระ อิงคภาสกร, 2544, หน้า 43)

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยใช้ระบบประกันคุณภาพของ HA (Hospital Accreditation) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้เป็นแนวทาง ผู้วิจัยซึ่งทำงานในตำแหน่งนักเวชสถิติ และเป็นคณะกรรมการเวชระเบียนของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน และยังไม่เคยมีการตรวจสอบข้อมูลดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาเรื่องความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน เพื่อพัฒนางานคุณภาพด้านความสมบูรณ์ของเวชระเบียนต่อไป

### คำถามสำหรับกรวิจัย

1. ข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความครบถ้วนหรือไม่
2. ข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของ

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความครบถ้วนหรือไม่

### ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียน ซึ่งแบ่งตามประเภทของผู้ป่วย ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยนอก ข้อมูลที่จัดเก็บมาจาก OPD card

2.2 ผู้ป่วยใน ข้อมูลที่จัดเก็บมาจาก Chart ผู้ป่วยใน แบ่งเป็นประเภททั่วไป สูติกรรม และเด็กแรกเกิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่มารับการรักษาที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 - 30 เมษายน 2545 เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก จำนวน 513 ฉบับ และเวชระเบียนผู้ป่วยใน 144 ฉบับ (ประเภททั่วไป 125 ฉบับ ประเภทสูติกรรม 19 ฉบับ และประเภทเด็กแรกเกิด 19 ฉบับ)

3. การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอก ไม่รวมคลินิกทันตกรรมและกายภาพบำบัดซึ่งได้มีระบบการจัดเก็บแยกต่างหาก

4. การศึกษาครั้งนี้ ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเท่านั้น ไม่รวมถึงการตรวจสอบความครบถ้วนด้านสาระและคุณภาพของการรักษาพยาบาล

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยในซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ทั่วไป สูติกรรม และเด็กแรกเกิด ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

## นิยามศัพท์

การตรวจสอบความครบถ้วน หมายถึง การตรวจสอบถึงความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ทั่วไป , สูติกรรม , เด็กแรกเกิด) ตามมาตรฐานของการบันทึกที่ได้กำหนดไว้

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่มารับการรักษาที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 - 30 เมษายน 2545 เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก จำนวน 513 ฉบับ และเวชระเบียนผู้ป่วยใน 144 ฉบับ (ประเภททั่วไป 125 ฉบับ ประเภทสูติกรรม 19 ฉบับ และประเภทเด็กแรกเกิด 19 ฉบับ)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบบันทึกความครบถ้วน 4 แบบ ได้แก่

1. แบบบันทึกความครบถ้วนของเวช

ระเบียนผู้ป่วยนอก

2. แบบบันทึกความครบถ้วนของเวชระเบียนผู้ป่วยในประเภททั่วไป

3. แบบบันทึกความครบถ้วนของเวชระเบียนผู้ป่วยในประเภทสูติกรรม

4. แบบบันทึกความครบถ้วนของเวชระเบียนผู้ป่วยประเภทเด็กแรกเกิด

เครื่องมือทั้ง 4 แบบผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมาตรฐานการบันทึกของสำนักงานประกันสุขภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปปรับปรุงแก้ไข จึงนำไปใช้ในการตรวจสอบความครบถ้วน ซึ่งประเด็นของความครบถ้วนที่ทำการตรวจสอบ ได้แก่ วันเวลามาใช้บริการ วิธีการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการชกประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรค การให้การรักษา การส่งปรึกษาและส่งต่อ ลายมือชื่อผู้ดูแลและรักษา และบันทึกการติดตามรักษาต่อเนื่อง ซึ่งให้เกณฑ์ในการอธิบายความครบถ้วน ดังนี้

ร้อยละ 90 - 100 หมายถึง ดีมาก

ร้อยละ 81 - 90 หมายถึง ดี

ร้อยละ 71 - 80 หมายถึง พอใช้

ร้อยละ ตั้งแต่ 70 ลงมา หมายถึง ควรปรับปรุง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือทั้ง 4 แบบ แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรม SPSS For Windows และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

## ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ร้อยละของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนกตามกลุ่มข้อมูล

กลุ่มข้อมูล	ความครบถ้วน (ร้อยละ)	
	ค่าเฉลี่ย	SD.
1. วันเวลามารับบริการ	98.34	8.96
2. วิธีการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย	82.65	37.90
3. ข้อมูลส่วนบุคคล	93.88	7.25
4. ข้อมูลการซักประวัติ		
4.1 อาการสำคัญ	83.33	37.31
4.2 ประวัติการเจ็บป่วย	20.93	17.23
5. การตรวจทางร่างกาย		
5.1 การวัด Vital signs	53.64	33.80
5.2 การตรวจทั่วไป (general apperance)	40.28	49.09
5.3 การตรวจร่างกายที่สำคัญ	31.01	46.30
5.4 การตรวจพิเศษตามที่แพทย์สั่ง	95.30	19.68
6. การวินิจฉัยโรค	76.84	42.23
7. การให้การรักษา		
7.1 การสั่งยา	100.00	0.00
7.2 การผ่าตัด	100.00	0.00
7.4 คำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วย	1.15	10.66
8. การส่งปรึกษาและส่งต่อ		
8.1 เวลาที่ส่งและรับปรึกษา	62.50	47.87
8.2 เหตุผลการส่งต่อ	100.00	0.00
9. ลายมือชื่อ		
9.1 พยาบาลผู้ดูแล	23.20	45.96
9.2 แพทย์ผู้ให้การรักษา	69.78	42.25
10. บันทึกการติดตามรักษาต่อเนื่อง	100.00	0.00
รวม	63.82	34.66

ตารางที่ 1 การตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีความครบถ้วนอยู่ในระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 63.82)

โดยข้อมูลที่มีการบันทึกครบถ้วนมากที่สุด ได้แก่ การสั่งยา การผ่าตัด และการบันทึกการติดตามรักษาต่อเนื่อง (ร้อยละ 100) รองลงมาได้แก่

วันเวลามารับบริการ (ร้อยละ 98.34) และการ ได้แก่ คำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วย (ร้อยละ 1.15)  
ตรวจพิเศษตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 95.30) และข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย (ร้อยละ 20.93)  
ตามลำดับ ส่วนข้อมูลที่มีความครบถ้วนต่ำที่สุด ตามลำดับ

**ตารางที่ 2** ร้อยละของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความครบถ้วนของข้อมูล  
เวชระเบียนผู้ป่วยในทั่วไป ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำแนก  
ตามกลุ่มข้อมูล

กลุ่มข้อมูล	ความครบถ้วน (ร้อยละ)	
	ค่าเฉลี่ย	SD.
1. การบันทึก ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ HN AN Ward อายุ ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา ของทุกหน้า	100.00	0.00
2. ข้อมูลการซักประวัติ (Medical History) และการตรวจ ร่างกาย		
2.1 ส่วนของแพทย์	28.84	38.20
2.2 ส่วนของพยาบาล	82.27	26.15
3. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	100.00	0.00
4. ข้อมูลการให้การรักษาพยาบาล		
4.1 ใบสั่งการรักษาของแพทย์	86.72	10.14
4.2 บันทึกความก้าวหน้า	4.80	21.14
4.3 บันทึกในส่วนของพยาบาล	88.64	12.00
4.4 บันทึกการให้ยา (Medication Record)	98.92	5.94
4.5 ฟอรัมปรอท (Graphic Chart)	90.43	7.75
4.6 บันทึกการผ่าตัด (Operative Record)	85.56	12.05
4.7 บันทึกการให้ยาสลบ (Anaesthesia Record)	90.00	0.00
5. บันทึกยินยอมรักษาตัวในโรงพยาบาล	95.84	14.35
6. บันทึกกรณีส่งตัวไปรักษาที่อื่น	37.50	51.75
7. ส่วนการสรุปผู้ป่วยจำหน่าย		
7.1 ข้อมูลส่วนบุคคล	100.00	0.00
7.2 ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล	83.13	9.88
รวม	78.18	29.53

ตารางที่ 2 การตรวจสอบความครบถ้วน  
ของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยใน  
ประเภททั่วไป อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 78.18)

โดยข้อมูลที่มีความครบถ้วนมากที่สุด ได้แก่  
การบันทึกข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วยในทุกหน้า  
การบันทึกข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

และข้อมูลส่วนบุคคล (ร้อยละ 100) รองลงมา ได้แก่ บันทึกการให้ยา (ร้อยละ 98.92) และ บันทึกการยินยอมรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 95.87) ตามลำดับ ส่วนข้อมูลที่มี

ความครบถ้วนต่ำที่สุด ได้แก่ การบันทึกความก้าวหน้า (ร้อยละ 4.80) และ รองลงมาได้แก่ ข้อมูลการซักประวัติและการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (ร้อยละ 28.84)

**ตารางที่ 3** ร้อยละของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความครบถ้วนของข้อมูล  
เวชระเบียนผู้ป่วยในแผนกสูติกรรม ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา  
จำแนกตามกลุ่มข้อมูล

กลุ่มข้อมูล	ความครบถ้วน (ร้อยละ)	
	ค่าเฉลี่ย	SD.
1. การบันทึก ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ HN AN Ward อายุ ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษาของทุกหน้า	100.0	0.00
2. ข้อมูลการซักประวัติ (Medical History) และการตรวจ ร่างกาย		
2.1 ส่วนของแพทย์	0.00	0.00
2.2 ส่วนของพยาบาล	80.92	36.09
3. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	83.33	40.82
4. ข้อมูลการให้การรักษาพยาบาล		
4.1 ใบสั่งการรักษาของแพทย์	53.68	34.67
4.2 บันทึกความก้าวหน้า	0.00	0.00
4.3 บันทึกในส่วนของพยาบาล	83.16	7.49
4.4 บันทึกการให้ยา (Medication Record)	100.00	0.00
4.5 ฟอรัมปรอท (Graphic Chart)	88.23	2.87
4.6 บันทึกการผ่าตัด (Operative Record)	95.46	6.43
4.7 บันทึกการให้ยาสลบ (Anaesthesia Record)	90.00	0.00
5. บันทึกยินยอมรักษาตัวในโรงพยาบาล	96.05	12.54
6. บันทึกกรณีส่งตัวไปรักษาที่อื่น (ไม่มีการส่งไปรักษาที่อื่น)	-	-
7. ส่วนการสรุปผู้ป่วยจำหน่าย ใบสรุปผู้ป่วยใน-OBS		
7.1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยในสูติกรรม	97.89	6.32
7.2 ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์	100.00	0.00
7.3 ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล	89.15	5.38
8. บันทึกสรุปการคลอด (Summary of Labour and delivery)	95.76	4.11
<b>รวม</b>	<b>78.35</b>	<b>32.65</b>

ตารางที่ 3 การตรวจสอบความครบถ้วน การให้ยา และข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ในใบ  
ของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในแผนกสูติกรรม สรุปราย (ร้อยละ 100) ส่วนข้อมูลที่ไม่ได้  
อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 78.35) โดยข้อมูลที่มี ความครบถ้วนมากที่สุดได้แก่ การบันทึก  
ข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วยในทุกหน้า การบันทึก การบันทึกได้แก่ ข้อมูลการตรวจซักประวัติและการ  
ตรวจร่างกายโดยแพทย์ และการบันทึกความ ก้าวหน้า

ตารางที่ 4 ร้อยละของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความครบถ้วนของข้อมูลใน  
เวชระเบียนผู้ป่วยในประเภทเด็กแรกเกิด ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย  
บูรพา จำแนกตามกลุ่มของข้อมูล

กลุ่มข้อมูล	ความครบถ้วน (ร้อยละ)	
	ค่าเฉลี่ย	SD.
1. การบันทึก ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ HN AN Ward อายุ ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา ของทุกหน้า	100.0	0.00
2. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	100.0	0.00
3. ข้อมูลการให้การรักษาพยาบาล		
3.1 ใบสั่งการรักษาของแพทย์	72.63	16.61
3.2 บันทึกในส่วนของการพยาบาล	82.11	6.31
3.3 บันทึกการให้ยา (Medication Record)	94.74	22.94
3.4 ฟอรัมปรอท (Graphic Chart)	96.71	5.66
4. บันทึกยินยอมการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด	100.0	0.00
5. บันทึกกรณีส่งตัวไปรักษาที่อื่น	-	-
6. ส่วนการสรุปผู้ป่วยจำหน่าย		
ใบสรุปเด็กแรกเกิด		
6.1 ข้อมูลส่วนบุคคล	100.0	0.00
6.2 ข้อมูลการคลอดของทารก	66.22	10.63
รวม	90.27	13.21

ตารางที่ 4 การตรวจสอบความครบถ้วน ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูล  
ของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในประเภทเด็ก ส่วนบุคคล (ร้อยละ 100) และบันทึกยินยอม  
แรกเกิดอยู่ในระดับ ดีมาก (ร้อยละ 90.27) การตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด (ร้อยละ  
โดยข้อมูลที่มีการบันทึกอย่างครบถ้วน ได้แก่ 100) ส่วนข้อมูลที่มีความครบถ้วนต่ำที่สุด ได้แก่  
การบันทึกข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วยในทุกหน้า ข้อมูลการคลอดของทารก (ร้อยละ 66.22)



## อภิปรายผล

1. ความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกในภาพรวมอยู่ในระดับควรปรับปรุง ซึ่งสอดคล้องกับสหราชอาณาจักร (2536, หน้า 201) ที่พบว่า ความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคกลาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับควรปรับปรุง แต่เมื่อพิจารณาตามความรับผิดชอบของผู้มีหน้าที่บันทึกแล้วพบว่า มีความแตกต่างกัน คือข้อมูลในส่วนที่เจ้าหน้าที่เวชระเบียนเป็นผู้บันทึกได้แก่ วันเวลา วิธีการมา และข้อมูลส่วนบุคคล มีความครบถ้วนอยู่ในระดับดีและดีมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่เวชระเบียน มีหน้าที่โดยตรงในการจัดทำข้อมูล ผู้มารับบริการ เห็นความสำคัญของข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดทำสถิติ และการได้รับรู้ในเรื่องของการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเบื้องต้นของหน่วยงานที่รับผลของงานต่อ จึงทำการบันทึกได้อย่างครบถ้วน

การบันทึกข้อมูลในส่วนที่เป็นความรับผิดชอบของพยาบาล ได้แก่ อาการสำคัญ มีความครบถ้วนอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลจำเป็นต้องมีการสอบถามผู้ป่วยถึงสาเหตุสำคัญของการมารับการรักษาในครั้งนั้น ๆ และต้องทำการบันทึกเพื่อส่งให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาต่อไป ส่วนประวัติการเจ็บป่วย การวัด Vital Signs ชื่อและลายมือชื่อของพยาบาลผู้ดูแล อยู่ในระดับควรปรับปรุง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะไม่ได้มีการพูดคุยตกลงและกำหนดแนวทางในการปฏิบัติดังกล่าวอย่าง

ชัดเจน แม้ว่าคณะกรรมการเวชระเบียนจะได้ออกมาตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนแล้วก็ตาม แต่การกำหนดมาตรฐานนั้นพยาบาลผู้ที่ปฏิบัติงาน ไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานดังกล่าว และมาตรฐานดังกล่าวก็ไม่ได้กำหนดรายละเอียดของวิธีการบันทึก

การบันทึกข้อมูลในส่วนของแพทย์ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนั้น ๆ เป็นเพียงแค่อาการเท่านั้น จึงยังไม่สามารถสรุปว่าเป็นโรคอะไร แพทย์เห็นว่าพยาบาลได้เขียนอาการสำคัญไว้แล้ว และผู้ป่วยบางรายป่วยเป็นโรคเดิมซึ่งมีการวินิจฉัยโรคไว้แล้วในครั้งก่อน การมาพบแพทย์ในครั้งนั้น ๆ ของผู้ป่วยหรือญาติ เพียงเพื่อมาขอรับยาเดิมเท่านั้น จึงไม่ได้มีการวินิจฉัยโรคใหม่ในครั้งนั้น

ส่วนการตรวจทั่วไป และการตรวจร่างกายที่สำคัญ คำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วย ชื่อและลายมือชื่อผู้ให้การรักษา วันเวลาการส่งต่อ อยู่ในระดับควรปรับปรุง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแพทย์เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมาก รวมทั้งต้องมีการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ มากด้วย แต่จำนวนของผู้ป่วยที่แพทย์ต้องรับผิดชอบ มีจำนวนมาก คือ แพทย์ต้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ย จำนวน 52 คนต่อแพทย์ 1 คนต่อวัน จึงทำให้แพทย์ต้องรีบตรวจรักษาโดยเร็ว เพราะจะทำให้ไม่สามารถตรวจรักษาได้หมดทันเวลาและอาจเป็นไปได้ว่าในการบันทึกไม่ได้มีการกำหนดเป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกตามหัวข้อต่าง ๆ เช่น คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย

แพทย์อาจให้คำแนะนำแต่ไม่ได้มีการบันทึกไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร

ส่วนการบันทึกข้อมูลในส่วนของเหตุผล การส่งต่อ และการบันทึกการติดตามรักษา ต่อเนื่องพบว่า มีความครบถ้วนอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการส่งปรึกษาต่อ นั้น แพทย์ต้องมีการสื่อสารให้แพทย์ผู้รับปรึกษาได้ ทราบถึงเหตุผลและมีข้อมูลเบื้องต้นในการ ให้การรักษาต่อจึงทำการบันทึก ส่วนการบันทึก ติดตามรักษาต่อเนื่องนั้นได้มีการกำหนดเป็น แบบฟอร์ม จึงทำให้สามารถบันทึกได้ตาม หัวข้อที่กำหนด

สำหรับการบันทึกอื่น ๆ ได้แก่การบันทึก การส่งยาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมี ความครบถ้วนอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากได้มีการ นำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยทางห้องยาจะมีการบันทึกข้อมูลยาทุก รายที่แพทย์ได้สั่งและมีรายละเอียดของรายการ ยาพิมพ์ออกมาในใบตรวจรักษา ส่วนผลการ ตรวจรักษาของห้องปฏิบัติการได้มีการลง บันทึกในระบบคอมพิวเตอร์และถูกพิมพ์ออกมา เย็บรวมไว้กับแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2. ความครบถ้วนของข้อมูลในเวช ระเบียนผู้ป่วยในทั่วไปภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนแผนก สูติกรรมภาพรวมอยู่ในระดับดี และความครบ ถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กแรกเกิด ภาพรวมอยู่ในระดับดี

โดยพบว่าข้อมูลในส่วนที่เจ้าหน้าที่เวช ระเบียนมีหน้าที่ในการบันทึกมีความครบถ้วน

อยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ เวชระเบียนมีหน้าที่ในการลงทะเบียน Admission จำเป็นต้องบันทึกข้อมูลทุกอย่างให้ครบถ้วน และข้อมูลนั้นเป็นข้อมูลจำเป็นแต่ข้อมูลที่แพทย์ และพยาบาลบันทึกเป็นข้อมูลเฉพาะทำให้ความ ยากง่ายในการบันทึกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อความ ครบถ้วนของข้อมูลที่ได้บันทึก

การบันทึกข้อมูลในส่วนของพยาบาลมี ความครบถ้วนอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก ทั้งนี้อาจ เป็นเพราะพยาบาลได้รับการอบรมในเรื่องการ บันทึกข้อมูลการให้การรักษายาพยาบาลมาเป็น อย่างดีอยู่แล้วจึงเห็นความสำคัญของการบันทึก ซึ่งสอดคล้องกับสาหร่าย เรื่องเดช (2536, หน้า 202) ที่พบว่าข้อมูลที่อยู่ในความรับผิดชอบ ของพยาบาล โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี นอกจากนี้การบันทึกทางการพยาบาลเป็น หน้าที่หนึ่งของพยาบาล ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่ ก็ทราบถึงความสำคัญของการบันทึก และเป็น หน้าที่ที่พยาบาลต้องกระทำให้ดีที่สุด เพราะ เป็นสิ่งที่คงอยู่เป็นหลักฐานตลอดไป สุรีย์ ธรรมิกบวร ( 2540, หน้า 1-2 )

การบันทึกข้อมูลในส่วนของแพทย์ พบ ว่ามีความครบถ้วนอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก ยกเว้นในเรื่องของข้อมูลการซักประวัติและการ ตรวจร่างกาย การบันทึกความก้าวหน้า และ บันทึกการส่งตัวไปรักษาต่อที่อื่น ทั้งนี้อาจเป็น เพราะแพทย์เห็นว่า ในการบันทึกการซักประวัติ และการตรวจร่างกายนั้นในใบ Admission Note นั้น แพทย์ต้องทำการบันทึกในขณะที่สั่งให้ ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลซึ่งแพทย์ต้องทำการ

ตรวจผู้ป่วยนอกด้วย ทำให้แพทย์ไม่ได้นำแบบฟอร์มดังกล่าวมาทำการบันทึกเนื่องจากต้องรีบตรวจรักษาผู้ป่วยนอกคนอื่น ๆ ต่อไป ส่วนการบันทึกความก้าวหน้า พบว่าแพทย์ส่วนมากไม่ได้ใช้แบบฟอร์มในการบันทึก ซึ่งอาจเป็นเพราะแพทย์จะมีการบันทึกเฉพาะที่มีการเปลี่ยนแปลงและบันทึกในใบอื่น ๆ ที่สะดวก โดยไม่ได้ทำการบันทึกในใบบันทึกความก้าวหน้า ส่วนการส่งตัวไปรักษาต่อที่อื่นนั้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาไม่นานก็ขอไปรักษาต่อที่อื่น แพทย์จึงไม่ได้ทำการสรุปผลการรักษาและใบส่งตัวให้ผู้ป่วยไปด้วย

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการตรวจสอบเนื้อหาสาระของการบันทึกและคุณภาพของการบันทึก ว่าสิ่งที่ทำการบันทึกมีความชัดเจนเพียงพอที่จะเป็นประโยชน์ ต่อการรักษาพยาบาลหรือการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยรายนั้น ๆ มีปัญหาในเรื่องการฟ้องร้องเกิดขึ้นจะสามารถตอบคำถามได้หรือไม่ เนื่องจากปัจจุบันพบว่ามีกรณีฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น และข้อมูลในเวชระเบียนมีความสำคัญต่อการตอบคำถามในการฟ้องร้องดังกล่าว

2. ควรมีการกำหนดมาตรฐานและแนวทางการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนโดยให้แพทย์และพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานและแนวทางการบันทึกดังกล่าว โดย

อาศัยมาตรฐานการบันทึกของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

3. หลังจากที่ได้มีการกำหนดมาตรฐาน ควรทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ทราบว่าแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวสามารถปฏิบัติได้หรือไม่

4. ควรปรับปรุงแบบฟอร์มของการบันทึกให้มีความสะดวกต่อการบันทึกมากยิ่งขึ้น

5. ควรปรับกระบวนการและการสร้างเจตคติที่ดีของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการบันทึกเวชระเบียน

6. ควรเพิ่มประเด็นของการบันทึก ด้านอาการ อาการแสดง

7. ควรพิจารณาประเด็นของการบันทึกข้อมูล กระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วย มากกว่าการบันทึกเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของการบันทึกเท่านั้น

8. การบันทึกยินยอมรักษาตัวในโรงพยาบาลควรจะต้องทำการบันทึกให้ได้ครบสมบูรณ์ ถึง 100 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากเป็นเรื่องของสิทธิผู้ป่วยที่จะยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน วันแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

9. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน เพราะข้อมูลในเวชระเบียนจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและการศึกษาวิจัยต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

ปิยะธิดา นาคะเกษียร. (2541). **ภาพลักษณ์ของแพทย์ที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว อำเภอ บ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิศิษฎ์ พิชัยสนธิ. (2526). **แนวทางและตัวอย่างการวิจัยเพื่อปรับปรุงบริการทางการแพทย์. แพทยสภารสาร, 12**(สิงหาคม), 372-374.

วีระ อิงคภาสกร. (2544). **ระบบทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย : ฐานของคุณภาพบริการเวชกรรม ในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 10**(1), 42-52.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2545). **การตัดสินรับรองโรงพยาบาล. [Online]. Available : [http:// www.ha.or.th](http://www.ha.or.th).**

สาหร่าย เรืองเดช. (2536). **ความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาล ประจำจังหวัดภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา สาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2540). **การบันทึกทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :** บริษัท นิวเวฟพัฒนา จำกัด.

