

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

วิทยานิพนธ์

ของ

สุนนท์ จันทร์แก้ว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
กุมภาพันธ์ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

วิทยานิพนธ์
ของ
สุนนท์ จันทร์แก้ว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
กุมภาพันธ์ 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Quality Improvement of Inpatient Medical Records in Yasothon Hospital

Sunon Chankaew

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Master of Public Health (Public Health)

February 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายสุนนท์ จันทร์แก้ว แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

.....กรรมการ
(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(อ. ดร. ถนอม นามวงศ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....	.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)	(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร
ผู้วิจัย สุนนท์ จันทร์แก้ว
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร โดยมีขั้นตอนการวิจัยตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล 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) การจัดประชุมว่างแผนเชิงปฏิบัติการ 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติการตามแผน 5) การนิเทศติดตาม 6) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน 7) การเปรียบเทียบผล 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) สรุปผล การพัฒนาตามขั้นตอนได้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินแก่คณะกรรมการและผู้ที่สนใจ ตามคู่มือแบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการในการแก้ปัญหา สรุปผลกระบวนการดังกล่าว ผู้เข้าอบรมมีความรู้ตามเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้น คือก่อนอบรมมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 60 หลังอบรมคณะกรรมการมีความรู้ระดับดีร้อยละ 64 และระดับดีมากร้อยละ 32

และได้กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนใน 4 เกณฑ์เร่งด่วน จากทั้งหมด 12 เกณฑ์การประเมิน ได้แก่ เกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent คือ เกณฑ์ข้อที่ 4 History เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam เกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนามีการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50.33 55.78 71.29 77.78 ตามลำดับเพิ่มขึ้นร้อยละ 79.72 71.38 76.49 และ 58.02 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าเกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record มีร้อยละที่ลดลง ซึ่งคือโอกาสในการพัฒนาต่อไป

โดยสรุป จะเห็นได้ว่ากระบวนการการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร มีแนวโน้มในการพัฒนาที่ดีขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการต่อยอดจากคณะกรรมการสู่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบบูรณาการ เสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน, เวชระเบียนผู้ป่วยใน

TITLE Quality Improvement of Inpatient Medical Records in Yasothon Hospital

AUTHOR Sunon Chankaew

ADVISORS Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D.
Assistant Professor Jatuporn Luangubol , Ph.D.

DEGREE Master of Public Health **MAJOR** Public Health

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2023

ABSTRACT

This action research aims to improve the quality of inpatient medical records in Yasothon Hospital. The research process is based on the action research concept consisting of planning, practice, observation and reflection. 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;) Implementation according to the plan 5) Supervision follow-up 6) Evaluation of the quality improvement of inpatient medical records 7) Comparison of results 8) Organizing a forum to exchange knowledge 9) 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 In summary, it can be seen that the process of improving the quality of inpatient medical records at Yasothon Hospital have a better development trend.

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

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ดร.ถนอม นามวงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์(ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก) รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร นายแพทย์สุดชาย เลยวานิชย์เจริญ ที่ให้ความกรุณาให้ใช้พื้นที่โรงพยาบาลยโสธรในการศึกษาวิจัยตั้งแต่ต้นจนสำเร็จเรียบร้อยเป็นอย่างดี นายอิทธิพล สาระชาติ หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ นางสาวมยุรา โพธิวรรณา หัวหน้างานเวชระเบียนผู้ป่วยใน นางมณีพรรณ สายคำวงศ์ หัวหน้างานผู้ป่วยนอก นางสุนิดา แสงย้อย ข้าราชการบำนาญ ที่ได้มา ให้ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วย กรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทุกท่านที่เป็นกลกสำคัญในการขับเคลื่อนในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและน้องๆ งานเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือจนงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์บุคลากร คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ให้คำแนะนำและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นประโยชน์และคุณาปการสำหรับผู้ป่วยทุกท่าน และขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา-มารดา ครู-อาจารย์ ที่อบรมสั่งสอนศิษย์ด้วยดีเสมอมา ขอบคุณกำลังใจจากครอบครัวและคนรอบข้างที่พลักดันจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากงานวิจัยนี้ขอมอบให้ผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลยโสธรทุกท่าน

สุนนท์ จันทร์แก้ว

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ช

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญภาพ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ 1

1.2 คำถามการวิจัย 6

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 6

1.4 ขอบเขตการวิจัย 6

1.5 นิยามศัพท์ 7

บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสาร 9

2.1 ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล 9

2.2 ระบบเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธร 16

2.3 แนวคิด ทฤษฎีคุณภาพ 24

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) 31

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 38

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย 43

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 44

3.1 รูปแบบการวิจัย 44

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 44
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 46
3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 48
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย 49
3.6 ขั้นตอนในการวิจัย 49
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล 52
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย 53
3.9 จริยธรรมในการวิจัย 53
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 54
4.1 ขั้นวางแผน (Planning) 54
4.2 ขั้นที่การปฏิบัติ (Action) 92
4.3 ขั้นที่การสังเกต (Observing) 93
4.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) 96
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 97
5.1 สรุปผล 97
5.2 อภิปรายผลการวิจัย 102
5.3 ข้อเสนอแนะ 104
บรรณานุกรม 107
ภาคผนวก 113
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 114
ภาคผนวก ข คุณภาพของข้อมูลเวชระเบียบผู้ป่วยในตามเกณฑ์มาตรฐาน 122
ภาคผนวก ค คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสอบตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียบ โรงพยาบาลยโสธร 146
ภาคผนวก ง ตัวอย่างภาพกิจกรรม 153

ประวัติผู้เขียน..... 156

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การพัฒนางานตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธร 23

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเนื้อหา Consultation Record ,Anesthetic Record, Operative Note, Rehabilitation Record และ Labour Record ในกลุ่มตัวอย่างการศึกษาคุณภาพของเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลยโสธร จำนวน 202 ฉบับ 56

ตารางที่ 3 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Discharge Summary: Diagnosis Operation (ในส่วนการสรุปของแพทย์) โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) .. 58

ตารางที่ 4 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน (Discharge Summary: Others โดยจำแนกตามเกณฑ์(n=202) 62

ตารางที่ 5 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Informed Consent โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) 65

ตารางที่ 6 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน History (บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์) โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) 68

ตารางที่ 7 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Physical Examination โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) 72

ตารางที่ 8 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Progress Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) 74

ตารางที่ 9 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Nurse’s Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) 76

ตารางที่ 10 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Consultation Record โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=11) 82

ตารางที่ 11 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Anesthetic Record โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=24) 85

ตารางที่ 12 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Operation Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=24) 87

ตารางที่ 13 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Rehabilitation Record โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=9) 90

ตารางที่ 14 ผลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) 91

ตารางที่ 15 ร้อยละการประเมินการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรก่อนและหลังการพัฒนา 94

ตารางที่ 16 ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ก่อน-หลัง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 95

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แผนที่จังหวัดยโสธร 16
ภาพที่ 2 แผนผังกระบวนการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยนอก 20
ภาพที่ 3 Flow การทำงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน 20
ภาพที่ 4 วงจรเดมมิ่ง 26
ภาพที่ 5 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart 34
ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย 43

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

ระบบข้อมูลข่าวสารและข้อมูลสารสนเทศของระบบสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ สารสนเทศต่าง ๆ โดยมากได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูล (data) ทั้งจากแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะต้องนำมาจัดระบบสารสนเทศ (Management Information System : MIS) ให้เป็นหมวดหมู่ที่ง่ายและสะดวกในการนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารงาน การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศด้านสุขภาพ มีความสำคัญต่อการพัฒนางานสาธารณสุขอย่างยิ่ง ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การใช้ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพของงานสาธารณสุข การมีระบบข้อมูลและสารสนเทศในงานสาธารณสุขที่ดีนั้น จะช่วยในการปฏิบัติภารกิจประจ าได้ดีและรวดเร็วยิ่งขึ้น ทั้งในเรื่องการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ สถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขจำเป็นต้องมีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เพื่อนำมาพัฒนาประสิทธิภาพงานสาธารณสุขให้ดียิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่เป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี รวมถึงการให้บริการด้านต่าง ๆ ต้องครอบคลุมพื้นที่และประชากรในเขตรับผิดชอบ ดังนี้

1.1 ด้านการรักษาพยาบาล ประชาชนที่มารับการบริการทุกคนควรจะได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ คือ รวดเร็วไม่รอนาน ผู้ให้บริการทุกคนควรมีข้อมูลสำหรับให้บริการประชาชน เช่น ประวัติผู้มารับบริการ ข้อมูลการรักษาพยาบาล ข้อมูลการเจ็บป่วยฯ เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีความต่อเนื่องไม่ต้องทำประวัติใหม่ การให้ความเสมอภาคแก่ผู้มารับบริการและการเข้าถึงบริการ เช่น การให้บริการโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลจะได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงเช่นกัน เป็นต้น

1.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้บริการทางด้านอนามัยเด็ก อนามัยมารดาหญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ การวางแผนครอบครัวฯ โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนทุกคนทุกกลุ่มอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงผู้มารับบริการที่สถานพยาบาลนั้น ๆ มีสุขภาพแข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียน ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น เช่น ประวัติครอบครัว ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลการดูแลสุขภาพ จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

1.3 ด้านการควบคุมป้องกันโรค เป็นการให้บริการทางด้านการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ โดยการให้วัคซีนต่าง ๆ ป้องกันให้ไม่เกิดโรคที่ป้องกันได้ หรือทำให้ร่างกายมีภูมิต้านทาน ข้อมูลข่าวสารที่ต้องการ เช่น ประวัติการให้ภูมิคุ้มกันโรค ข้อมูลการเจ็บป่วยต่าง ๆ และการได้รับการรักษาพยาบาล จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงผู้มารับบริการในสถานพยาบาลนั้น ๆ เป็นต้น

1.4 ด้านการฟื้นฟูสภาพ หลังจากได้รับการรักษาแล้ว ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ผู้ป่วยโรคอัมพาต ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ข้อมูลที่จำเป็น เช่น ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการรักษาพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งในสถานพยาบาลและในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ เป็นต้น

2. การใช้ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศเพื่อการบริหารงานสาธารณสุข การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ เพื่อการบริหารงานสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริหารทุกระดับ สำหรับใช้ในการบริหารงาน กำกับ ควบคุม ติดตาม และประเมินผลด้านสุขภาพ ซึ่งระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศเพื่อการบริหารงานสาธารณสุข จะช่วยให้นักบริหารทราบถึงปัญหาสาธารณสุขรวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งจะต้องตัดสินใจแก้ไขปัญหานั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นอยู่ กระทรวงสาธารณสุขมีการใช้ระบบสารสนเทศในงานสาธารณสุข ดังนี้

2.1 ด้านการวางแผนและกำหนดนโยบาย จะต้องนำข้อมูลข่าวสารที่ต้องการมาประยุกต์อย่างมีหลักเกณฑ์ เพื่อจะนำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดโยบายนั้น จะต้องมีการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะต้องมีการกำหนดความต้องการข้อมูลก่อน หลังจากนั้นจึงไปทบทวนจากระบบข้อมูลที่มีอยู่ หากไม่มีในระบบจึงทำการพัฒนาระบบสำหรับการจัดเก็บข้อมูลขึ้นใหม่ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ด้านการควบคุมกำกับงาน โดยทั่วไปองค์กรจะใช้ผังปฏิบัติงานประจำ การตรวจราชการ การนิเทศและติดตามการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา รวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติงานด้วย

2.3 ด้านการบริหารงานบุคคล ผู้บริหารจะต้องมีข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้ในประกอบการพิจารณาตัดสินใจ เช่น การกระจายบุคลากร การเลื่อนตำแหน่ง พิจารณาความดีความชอบ การสอบคัดเลือก การดำเนินการทางวินัย การลงโทษ เป็นต้น

2.4 ด้านการบริหารงบประมาณ ต้องมีข้อมูลด้านการเงิน การบัญชีและการพัสดุที่เป็นปัจจุบัน สำหรับใช้ในการติดตามการใช้จ่ายเงิน และควบคุมการใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามระเบียบของทางราชการ

3. การใช้ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศเพื่อการตรวจสอบการบริหารงานสาธารณสุข ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศเพื่อใช้ในการตรวจสอบการบริหารงานสาธารณสุข จะต้องเป็นสารสนเทศที่มีความถูกต้อง มีคุณภาพและสอดคล้องกับการบริหารงานสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยรวม การบริหารงานสาธารณสุขจำเป็นต้องมีสารสนเทศเพื่อตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้

3.1 ด้านการวางแผน เช่น กฎหมายหรือระเบียบราชการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานโดยตรง แนวโน้มของประชากร สภาพเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

3.2 ด้านการควบคุมกำกับงาน ต้องเป็นสารสนเทศที่ใช้ในการควบคุม กำกับและตรวจสอบดูแลการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนการดำเนินงาน

3.3 ด้านการบริหารงานบุคคล เช่น สารสนเทศเกี่ยวกับกฎเกณฑ์การปฏิบัติงาน กฎระเบียบต่าง ๆ เป็นต้น

3.4 ด้านการบริหารงบประมาณ เช่น ระเบียบการเงินการคลังและการพัสดุ รายงานการรับจ่ายเงินแผ่นดิน เป็นต้น (การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553)

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีหลักการเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกันภายใต้คุณภาพที่ได้มาตรฐานที่กำหนด นโยบายได้มุ่งเน้นเรื่องการกระจายอำนาจด้านการบริหารจัดการ และการบริการสุขภาพสู่ภูมิภาค โดยการจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลในการดูแลสุขภาพประชาชนตามรายหัวของประชากร นโยบายดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญขององค์การด้านสาธารณสุข เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ ในปัจจุบันทุกสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีการบริหารจัดการเวชระเบียนซึ่งเป็นส่วนที่จะต้องมีการเก็บหลักฐานที่ครบถ้วนสมบูรณ์และสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้จริงตามที่มีบทบัญญัติไว้ ด้านบริหารจัดการเวชระเบียนคือ มาตรา 7 มาตรา 8 และมาตรา 12 (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) ดังนั้นผู้รับผิดชอบด้านเวชระเบียนจำต้องมีระบบบริหารจัดการเวชระเบียนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายดังกล่าวครอบคลุมในทุกมาตราของกฎหมายที่มาเกี่ยวข้องกับระบบเวชระเบียน (แสงเทียน อยู่เถา, 2557)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลให้ความสำคัญของความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นพื้นฐานหลักของคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญของสถานพยาบาลในการประสานงาน ระหว่างบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันโดยกำหนดมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายต้องมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสารการดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้การวิจัยการประเมินผลและการใช้เป็นหลักฐานทางด้านกฎหมายและมีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อ

ประเมินความสมบูรณ์ความถูกต้องและการบันทึกในเวลาที่กำหนดการบันทึกข้อมูลการให้บริการอย่างมีคุณภาพทั้งกรณีของผู้ป่วยนอกและของผู้ป่วยในเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำมาใช้เป็นหลักฐานทางด้านการแพทย์และสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพให้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องเป็นการทบทวนทั้งในกระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพการดูแลรักษาว่ามีมาตรฐาน การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนจึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพหรือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ ผลของการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนยังสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาการบริหารการชดเชยค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาลและพิจารณางบต่างๆ ของหน่วยบริการเป็นข้อมูลในการจัดสรรให้แก่หน่วยงานบริการได้ อย่างเหมาะสม ดังนั้นเวชระเบียนจึงถือเป็นคลังข้อมูลและแหล่งเอกสารสำคัญทางการแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาลที่จะสามารถนำไปสนับสนุน การบริหารงานวิชาการงานการเรียนการสอนงานวิจัยและงานบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล) การบันทึกเวชระเบียนถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพและใช้สำหรับสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ หลักฐานทางกฎหมาย ในด้านของกองทุน ได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่จะสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย ผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนได้รับบริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ ตั้งแต่ปี 2551 สปสช. ทำการพัฒนาระบบการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยการ จัดทำเป็นคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน หรือ Medical Record Audit Guideline (MRA) ฉบับแรก ปี 2553 และ ฉบับปรับปรุง ปี 2557 สำหรับตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน และเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยได้รับความร่วมมือจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) และสภาการพยาบาล ในปี 2563 สปสช. ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองเพื่อปรับปรุงคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ร่วมกับผู้แทนจากหน่วยบริการ หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งผู้ตรวจสอบเวชระเบียนของทั้ง 3 กองทุน เพื่อให้คู่มือดังกล่าวมีความสมบูรณ์ถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน (คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน, 2563)

โรงพยาบาลยโสธรเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 370 เตียง ปัจจุบันใช้โปรแกรม Hosxp ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้มากที่สุดในประเทศไทย จากผลการตรวจคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในจากหน่วยงานภายนอก (สปสช.) (External Audit) ปี 2560, 2561, 2562 พบว่ามีคุณภาพอยู่ที่ร้อยละ 74.33, 79.3 และ 75.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาที่

รายข้อจากเกณฑ์การประเมินทั้ง 12 เกณฑ์ ซึ่งเรื่องที่ต้องประเมินทุกรายมี 7 เรื่อง ได้แก่ 1) Dischage summary: Dianosis และ Operation 2) Discharge summary: Others 3) Informed consent 4) History 5) Physical exam 6) Progress note 7) Nurse's note และเรื่องที่ต้องประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง ได้แก่ 1) Consultation record 2) Anesthetic record 3) Operative note 4) Labour record 5) Rehabilitation record และจากผลการตรวจคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร จากหน่วยงานภายใน (Internal Audit) ปี 2564 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 84.81จากข้อมูลข้างต้นพบว่าคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธรยังมีคุณภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ในหลายประเด็นคือ Discharge summary : Dx. ,OP, Informed consent, History, Physical exam, Progress note, Consultation record เป็นต้น โรงพยาบาลยโสธรมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนมาอย่างต่อเนื่องโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์การบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธรซึ่งลงนามโดยผู้อำนวยการของโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานด้านคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธร แต่ยังขาดความต่อเนื่องและการทำงานที่เป็นระบบ เนื่องมาจากปัญหาหลายประเด็นคือ ความไม่ต่อเนื่องของการทำงาน มีการเปลี่ยนคณะกรรมการทุกปี เกณฑ์ในการตรวจสอบมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และมีความน่าเชื่อถือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล ขาดการสะท้อนผลสู่ผู้ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดย เริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน เพื่อหาแนวทางแก้ไขและปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานที่ดีขึ้น ซึ่งผลที่ได้จะเป็นประโยชน์ที่จะพัฒนาความรู้ความชำนาญในการบันทึกเวชระเบียนให้มีคุณภาพ เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ประโยชน์ในการรักษาที่ต่อเนื่องจากการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และการจัดสรรเงินชดเชยที่ครบถ้วน มีระบบข้อมูลสารสนเทศเวชระเบียนและสถิติที่ถูกต้องนำไปสู่การดูแลผู้มารับบริการที่ดีและสามารถนำสารสนเทศไปใช้ในระดับประเทศต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเป็นปัจจุบัน เพื่อให้ได้คุณภาพของการรักษาผู้ป่วยที่ดี ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทปัญหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการ การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

1.3.2.3 เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่วิจัย

พื้นที่ดำเนินการศึกษาได้แก่ งานเวชระเบียนผู้ในโรงพยาบาลยโสธร

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาผู้วิจัยเลือกจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย คัดเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน คือ คณะกรรมการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเวชเบียนโรงพยาบาลยโสธร รวม 33 คน ดังนี้

(1) แพทย์ จำนวน 2 คน

(2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน

(3)นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน

(4) เจ้าพนักงานเวชสถิติ จำนวน 8 คน

(5)เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี จำนวน 3 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2565 -กันยายน 2565

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บที่ เข้ารับบริการและ แพทย์ตรวจ รักษาดูอาการและวินิจฉัยโรคสมควรรับไว้นอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่รับเข้าจนถึงจำหน่ายจำนวน 25 ward ของโรงพยาบาลยโสธร

1.5.2 เวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง แบบบันทึกข้อมูลประวัติส่วนตัว การเจ็บป่วยและการตรวจรักษาทั้ง ที่เป็นเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยแต่ละราย ที่มารับบริการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลยโสธร

1.5.3 ระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง กระบวนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลยโสธร ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง มีรายยละเอียดที่ดี ข้อมูลทันสมัย ของโรงพยาบาลยโสธร

1.5.4 คุณภาพของข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง คุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์มาตรฐานแบบตรวจประเมินผู้ป่วยในของคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งกำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ สำคัญอย่างถูกต้องครบถ้วน เอื้อต่อการนำข้อมูลไปใช้เพื่อประกอบการศึกษาวิจัย การรักษาพยาบาลและการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลด้านต่างๆ 12 เกณฑ์การประเมิน ดังนี้คือ ข้อมูลการสรุปรายงาน (Discharge Summary), ข้อมูลด้านประวัติความเจ็บป่วย (History), ข้อมูลการตรวจร่างกาย (Physical Exam), ข้อมูลการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Progress Note), ข้อมูลด้านคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Physician’s Order), ข้อมูลด้านการบันทึก การปรึกษาโรค (Consultation Record), ข้อมูลด้านการรายงานการผ่าตัดหรือ หัตถการ (Operative Note), ข้อมูลด้านบันทึกรายงานการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (Anesthetic Record), ข้อมูลด้าน รายงานการคลอด (Labour Record), ข้อมูลด้านรายงานการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Rehabilitation Record), ข้อมูลด้านการบันทึกการยินยอมรับการรักษาหรือผ่าตัด (Inform Consent), และข้อมูล บันทึกทางการ พยาบาล (Nurse’s Note) ของโรงพยาบาลยโสธร

1.5.5 คณะกรรมการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน หมายถึง คณะกรรมการที่แต่งตั้งโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร เพื่อให้ดำเนินงานการตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ของโรงพยาบาลยโสธร

1.5.6 คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง คุณภาพการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของคู่มือการตรวจประเมินคุณถาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline)2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.5.7 ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล หมายถึง การพัฒนาคุณภาพข้อมูลรายบุคคลของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่จะต้องทำให้ เกิดความสมบูรณ์ และสามารถนำมาซึ่งการได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมเป็นธรรม เป็นข้อบ่งชี้ได้ว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอต่อการนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจ การสั่งการรักษา การวางแผน การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย และแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ ของโรงพยาบาลยโสธร

บทที่ 2
ปริทัศน์เอกสาร

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาการบันทึกความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน และเกณฑ์การตรวจประเมินการให้คะแนนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อให้ได้งานที่มีคุณภาพจึงได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

2.1 ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล

2.2.ระบบเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธร

2.3 แนวคิด ทฤษฎีคุณภาพ

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research)

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล

เวชระเบียน หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลจากทางห้องปฏิบัติการ ผลชันสูตรบาดแผลหรือพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์ เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุขหรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใด ๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาต่างๆ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่น ๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อใช้ในการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่ทางองค์การอนามัยโลก หรือสถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายรวมถึงชื่อหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย หรือเพื่อการศึกษาวิจัย หรือเพื่อการอื่นใดตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อ

ดิจิตอล หรือระบบอิเลคทรอนิกส์ (Electronic Medical Record -EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นใช้ในปัจจุบัน

เวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเขียนหรือบันทึกที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่บันทึกเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานีอนามัย เวชระเบียนนั้นเป็นบันทึกขบวนการทุกอย่างที่จัดกระทำกับผู้ป่วยซึ่งข้อมูลนั้น ๆ ควรจะต้องประกอบด้วยประวัติการเจ็บป่วยในอดีตรวมทั้งความคิดเห็น การค้นหา สืบสวนผลทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย เวชระเบียนเป็นเอกสารที่อาจมีหลากหลายขนาดและรูปแบบ และหลากหลายข้อมูล โดยการบันทึกของบุคคลในหลาย ๆ วิธีการ แต่ตามรูปลักษณะทั่วไปแล้ว เวชระเบียนจะประกอบด้วยจำนวนแผ่นกระดาษ หรือบัตร ซึ่งอาจจะบรรจุอยู่ในแฟ้มหรือซอง และยิ่งนำสมัยมากไปกว่านี้ก็จะบันทึกในคอมพิวเตอร์หรือบันทึกลงแผ่นกระดาษแล้วถ่ายไว้ในไมโครฟิล์มก็ได้

เวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและในปัจจุบันและการรักษาซึ่งจดบันทึกไว้โดยแพทย์ผู้ดูแล เวชระเบียนจะต้องบันทึกตามเวลาที่ศึกษาดูแลผู้ป่วย และควรจะต้องมีข้อมูลที่เพียงพอที่จะต้องบอกให้ทราบถึงการพิเคราะห์โรค และการดูแลรักษาโรคได้ และต้องเป็นเอกสารที่ถูกต้องครบถ้วน

2.1.1 บุคลากรทางด้านเวชระเบียน

1. แพทย์ด้านเวชระเบียน
2. นักเวชระเบียน, เจ้าหน้าที่บริหารงานเวชระเบียน
3. นักเวชสถิติ, นักวิชาการเวชสถิติ
4. นักวิชาการรหัสโรค
5. นักสถิติ, นักวิจัย, นักชีวสถิติ, นักวิจัยทางการแพทย์
6. เจ้าหน้าที่เวชสถิติ, เจ้าพนักงานเวชสถิติ
7. เจ้าหน้าที่ให้รหัส, เจ้าหน้าที่ให้รหัสโรค
8. นักวิชาการคอมพิวเตอร์, นักคอมพิวเตอร์, โปรแกรมเมอร์, นักวิเคราะห์ระบบ, นักเวชสารสนเทศ
9. เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์
10. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล
11. เจ้าหน้าที่ห้องบัตร
12. ลูกจ้างงานเวชระเบียน

2.1.2 การแยกหน่วยงานทางด้านเวชระเบียน

การแบ่งงานทางด้านเวชระเบียนตามภารกิจหลัก โดยทั่วไปการแยกงานทางด้านเวชระเบียนแบ่งออกเป็น

งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

งานเวชสถิติ อาจแบ่งเป็น งานให้รหัส งานสถิติ

งานคอมพิวเตอร์ด้านเวชระเบียน อาจแบ่งเป็น งานด้านฮาร์ดแวร์ งานด้านซอฟต์แวร์ และบุคลากร

2.1.3 แบ่งตามขนาดของโรงพยาบาล

2.1.3.1 หน่วยงานด้านเวชระเบียนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

หน่วยจ่ายบัตรผู้ป่วยนอก

หน่วยรับผู้ป่วยใน

หน่วยตรวจสอบเวชระเบียน

หน่วยให้รหัสทางการแพทย์

หน่วยคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายข้อมูล

หน่วยเก็บและค้นรายงานผู้ป่วย

หน่วยสูติบัตร มรณบัตร และงานชันสูตรบาดแผลและศพ

หน่วยแจ้งโรคติดต่อ

หน่วยรายงานและการจัดพิมพ์

หน่วยสถิติ และงานวิจัยทางการแพทย์

2.1.3.2 หน่วยงานด้านเวชระเบียนในโรงพยาบาลขนาดกลาง

หน่วยจ่ายบัตร เก็บและค้นรายงานผู้ป่วยผู้ป่วยนอก

หน่วยรับผู้ป่วยใน เก็บและค้นรายงานผู้ป่วยใน

หน่วยให้รหัสทางการแพทย์

หน่วยคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายข้อมูล

หน่วยสูติบัตร มรณบัตร และงานชันสูตรบาดแผลและศพ

หน่วยแจ้งโรคติดต่อ และจัดทำรายงาน

หน่วยสถิติ และงานวิจัยทางการแพทย์

2.1.3.3 หน่วยงานด้านเวชระเบียนในโรงพยาบาลขนาดเล็ก

หน่วยห้องบัตรผู้ป่วยนอก หน่วยเก็บและค้นรายงานผู้ป่วยนอก

หน่วยผู้ป่วยใน หน่วยเก็บและค้นรายงานผู้ป่วยใน

หน่วยให้รหัสทางการแพทย์ คอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายข้อมูล

หน่วยสูติบัตร มรณบัตร และงานชันสูตรบาดแผลและศพ

หน่วยสถิติ แจ้งโรคติดต่อ และจัดทำรายงาน

2.1.4 หมายเลขที่สำคัญของเวชระเบียน

HN ย่อมาจาก Hospital Number เป็นหมายเลขของผู้ป่วยนอก ซึ่งจะออกหมายเลขให้ในการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่จะตรวจในโรงพยาบาล อาจมีการออกหมายเลขที่ต่อเนื่อง ในบางโรงพยาบาลอาจมีการออกหมายเลขที่เป็นปี พ.ศ.ต่อท้ายหมายเลข แต่เนื่องจากหมายเลขดังกล่าวไม่นิยมให้มีการเปลี่ยนในทุกปีพ.ศ. จึงสามารถจะขึ้นหมายเลขไว้ที่หน่วยเวชระเบียนผู้ป่วยนอกได้ว่าแต่ละปี พ.ศ. มีการออกหมายเลขของผู้ป่วยนอกไปตั้งแต่หมายเลขใดถึงหมายเลขใด และในหลายโรงพยาบาลที่มีการนำหมายเลข 13 หลักของหมายเลขประจำตัวประชาชนมาใช้ในการกำหนดหมายเลขของผู้ป่วยนอกด้วย ซึ่งน่าจะเป็นรูปแบบที่น่าจะเป็นไปได้ในอนาคตว่าหมายเลข HN ของทุกสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขน่าจะเป็นหมายเลขเดียวกันกับหมายเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

AN ย่อมาจาก Admission Number เป็นหมายเลขของผู้ป่วยใน ซึ่งจะออกให้ในการลงทะเบียนรับไว้พักค้างในโรงพยาบาลตามคำสั่งของแพทย์ เมื่อได้หมายเลข AN ก็จะนับเป็นผู้ป่วยในซึ่งอาจออกหมายเลขไปในแต่ละปีซึ่งจะเป็นหมายเลข AN แล้วตามด้วยปีพ.ศ. เช่น XXXXX-51, XXXXX/51 หรืออาจมีการออกเลขต่อเนื่องก็ได้ หรือในบางสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอาจให้ระบบคอมพิวเตอร์ออกหมายเลขหรือเครื่องหมายเพิ่มเติมจากหมายเลข HN ก็ได้เพื่อแสดงค่าของการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในที่เป็นรูปแบบพิเศษก็ได้

VN ย่อมาจาก Visit Number เป็นหมายเลขที่กำหนดขึ้นเฉพาะเพื่อการตรวจสอบจำนวนผู้รับบริการซึ่งโดยปกติหมายถึงหมายเลขของการมารับบริการของผู้ป่วยนอก แต่อาจออกเป็นหมายเลข VN ของหน่วยบริการอื่น ๆ ก็สามารถกำหนด VN ได้เช่นเดียวกัน การให้หมายเลข VN นั้นจะมีการให้ ทุกครั้งที่มีการใช้บริการทางการแพทย์ เพื่อความครบถ้วน ถูกต้องของสถิติจำนวนครั้งของการให้บริการในโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเวชระเบียนหรือมติจากโรงพยาบาลให้สามารถออกหมายเลข VN ได้แต่อาจมีการกำหนดความเป็นเฉพาะเพิ่มเติมเช่น VND อาจเป็นการให้หมายเลข VN เฉพาะของหน่วยบริการทันตกรรม เป็นต้น แต่จะต้องมีตัวเลขและสถิติที่สามารถตรวจสอบได้ หรือมีตัวเลขสถิติชุดเดียวตามที่มีมติกันไว้ของการควบคุมหมายเลขด้านเวชระเบียน รวมทั้งมีระบบที่ทำให้เกิดความชัดเจนในการบันทึกข้อมูลการให้บริการลงในเวชระเบียนทุกครั้ง เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการมารับบริการ หรืออาจเพื่อป้องกันการทุจริตในการซื้อยา เช่น อาจให้ผู้ป่วยที่ซื้อยานอกหน่วยตรวจมีการใช้รหัสคลินิกแตกต่างออกไปเช่นอาจเป็นรหัส VN-XXXXX-01 ซึ่งตัวที่เป็นหมายเลข 01 จะเป็นตัวเลขของการให้รหัสคลินิกนั่นเอง หรือผู้ป่วยที่ซื้อยาต่อเนื่องอาจใช้รหัสคลินิกที่แตกต่างไปอีกเช่นกันเช่น VN-XXXXX-03 ซึ่งต้องผ่านการออกหมายเลข VN ที่หน่วยงานเวชระเบียนก่อนทุกครั้งที่มารับบริการ หากไม่มีการออกหมายเลข VN หน่วยงานอื่น ๆ ที่กำหนดให้มีตัวเลขของ VN ไว้ก็สามารถออกหมายเลข VN เพื่อให้บริการได้ เช่น ไม่สามารถ

ใช้สิทธิ จ่ายยา คิดและเก็บเงินจากผู้ป่วยได้ เป็นต้น ถ้าโรงพยาบาลใดที่มีการกำหนดหมายเลข VN แล้ว ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจะต้องทำการออกหมายเลข VN ทุกครั้งและทุกราย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีนัดหมายเข้าระบบไว้แล้ว เมื่อหน่วยตรวจรับผู้ป่วยเข้าตรวจหน่วยนั้น ๆ ก็สามารถให้หมายเลข VN ได้ทันทีถ้าหากเป็นโรงพยาบาลที่มีระบบคอมพิวเตอร์ออนไลน์ในการให้หมายเลข VN ซึ่งทางงานเวชระเบียนอาจให้ค่าของการออกหมายเลขสำหรับผู้ป่วยนัดไว้โดยเป็นการพิเศษ

2.1.5 แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโดยแพทยสภา

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลนี้ด้วยตนเองหรือกำกับตรวจสอบให้มีการบันทึกที่ถูกต้องครบถ้วน แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์มีดังนี้

2.1.5.1 ผู้ป่วยนอก ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ

ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่นๆ

บันทึกสัญญาณชีพ (vital signs)

ผลการตรวจร่างกายที่ผิดปกติ หรือที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยหรือให้การรักษาแก่ผู้ป่วย

ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค

การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชนิดของยา และจำนวนในกรณีที่มีการทำหัตถการ ควรมี

บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ

ใบยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

คำแนะนำอื่นๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

2.1.5.2 ผู้ป่วยแรกรับไว้รักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนขณะแรกรับผู้ป่วย ได้แก่

อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ

ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่นๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้

บันทึกสัญญาณชีพ (vital signs)

ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ

ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค

เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาลและแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

2.1.5.3 ผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก และเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาล หรือเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล

บันทึกอาการทางคลินิก และเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาล หรือเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่างๆ ในกรณีที่มีการทำหัตถการควรมี

1. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ

2. ใบยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

2.1.5.4 เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค

สรุปผลการตรวจพบและเหตุการณ์สำคัญระหว่างการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

สรุปการผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญ

ผลลัพธ์จากการรักษา

สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล

คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ

2.1.5.5 การสั่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิก – ควรบันทึกด้วยลายมือที่มีลักษณะชัดเจนพอเพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้หรือใช้การพิมพ์และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่ง หรือบันทึกทุกครั้ง ในกรณีที่ลายมือชื่ออาจไม่ชัดเจนควรมีสัญลักษณ์ซึ่งทีมผู้รักษาสามารถเข้าใจง่ายประกอบด้วย

2.1.5.6 การรักษาพยาบาลด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์ – จะทำได้เฉพาะกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วย ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนาม

กำกับท้ายคำสั่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมง ภายหลังการสั่งการรักษาดังกล่าว

2.1.5.7 แพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาลพึงทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่างๆ ดังกล่าวให้เสร็จสิ้นโดยรวดเร็ว - ภายหลังเหตุการณ์นั้นๆ บันทึกเวชระเบียนควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วัน หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากการรักษาพยาบาล

2.1.6 ความสำคัญของการการทบทวนและตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน

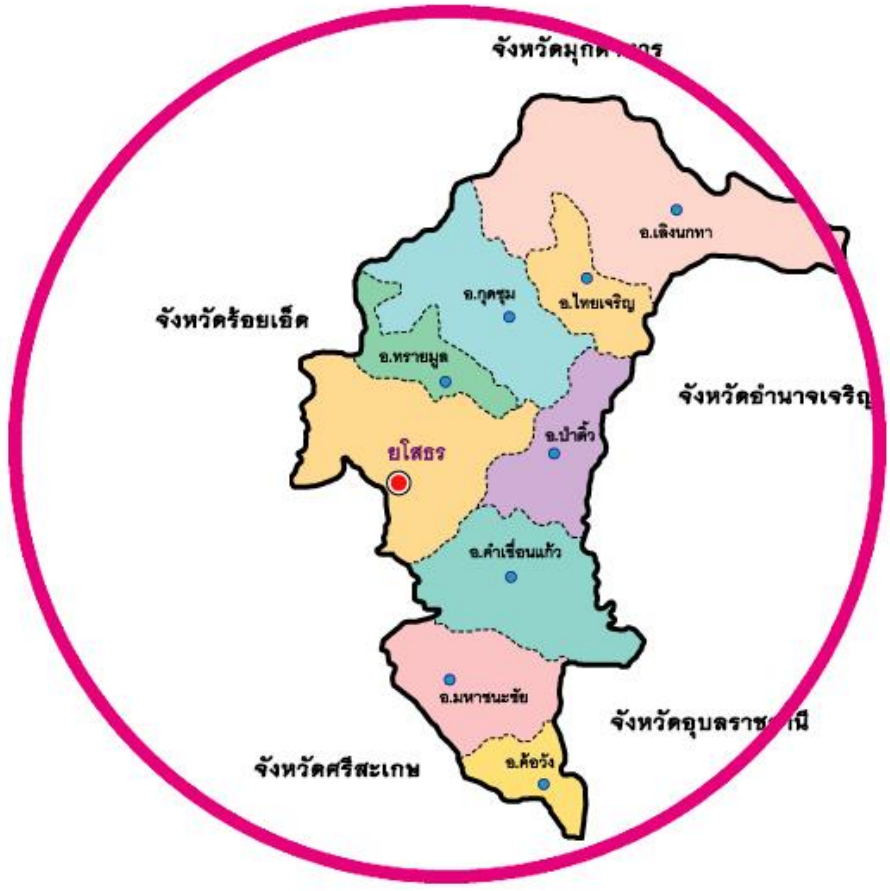
การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ที่ครบถ้วน และสามารถสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาให้แก่ทีมสุขภาพใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้น การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพเวชระเบียน โดยเป็นระบบตรวจสอบและวิเคราะห์เวชระเบียนเชิงคุณภาพ มีลักษณะที่สำคัญคือสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยผ่านมุมมองของทีมผู้ให้บริการ เทียบกับมุมมองของผู้ตรวจสอบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ดี ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่หน่วยงานที่ให้บริการ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานประกันสังคม และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การตรวจสอบเวชระเบียนเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ดังเช่นในระบบพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คือ HA (Hospital accreditation) ได้กำหนดกิจกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน เป็นกิจกรรมหลักอันหนึ่งที่ทุกโรงพยาบาลต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น เพราะการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนจะเป็นเสมือนการส่องกระจกดูตัวเอง เพื่อหาจุดบกพร่องนำไปดำเนินการแก้ไขให้ดีขึ้น และการนำผลการตรวจสอบไปใช้การพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน เป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันได้ว่าผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้น ๆ จะได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนของสถานบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง งานเวชระเบียนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการให้มีการทบทวนและตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ

จากข้อมูลดังกล่าวระบบเวชระเบียนของโรงโรงพยาบาล หมายถึง การพัฒนาคุณภาพข้อมูลรายบุคคล ที่จะต้องทำให้เกิดความสมบูรณ์ และสามารถนำมาซึ่งการได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมเป็นธรรม เป็นข้อบ่งชี้ได้ว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอต่อการนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจ การสั่งการรักษา การวางแผน การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย และแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ โรงพยาบาลยโสธร

2.2 ระบบเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธร

โรงพยาบาลยโสธรได้เริ่มก่อตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2508 ด้วยงบประมาณของทางราชการ ร่วมกับเงินบริจาคของข้าราชการ พ่อค้าและประชาชนชาวจังหวัดยโสธรในการจัดซื้อที่ดินเพื่อก่อตั้งโรงพยาบาลยโสธร และได้เริ่มเปิดดำเนินการเมื่อ 1 กรกฎาคม 2509 เป็นต้นมา ปัจจุบันโรงพยาบาลยโสธรเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 370 เตียง และเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดยโสธร เป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพของจังหวัดประกอบด้วย 9 อำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมืองยโสธร 2) อำเภอทรายมูล 3) อำเภอคำเขื่อนแก้ว 4) อำเภอป่าติ้ว 5) อำเภอกุดชุม 6) อำเภอมหาชนะชัย 7) อำเภอไทยเจริญ 8) อำเภอเลิงนกทา 9) อำเภอค้อวัง



ภาพที่ 1 แผนที่จังหวัดยโสธร

งานเวชระเบียนคือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและในปัจจุบันและการรักษาซึ่งจดบันทึกไว้โดยแพทย์ผู้ดูแล เวชระเบียนจะต้องบันทึกตามเวลาที่ศึกษาดูแลผู้ป่วย และควรจะต้องมีข้อมูลที่เพียงพอที่จะต้องบอกให้ทราบถึงการพิเคราะห์โรค และการดูแลรักษาโรคได้ และต้องเป็นเอกสารที่ถูกต้องครบถ้วน

ในระยะแรกการบันทึกเวชระเบียน จะบันทึกข้อมูลลงในกระดาษ มีหมายเลขกำกับเพื่อแสดงลำดับการมารับบริการโดยแต่ละสถานบริการเป็นคนกำหนด ผู้รับบริการหนึ่งคนจะมีเพียงหมายเลขเดียวเท่านั้น นิยมเรียกหมายเลขนี้ว่า HN (Hospital Number) อาจนำเลขปี พ.ศ. มากำหนดร่วมด้วยก็ได้เพื่อให้เกิดความสะดวกในการนับยอดผู้มารับบริการรายปีจัดเก็บในชั้นวาง หรือตู้เก็บเอกสาร โดยมีวิธีการจัดเรียงเพื่อให้สะดวกเมื่อเวลาค้นหา มีระยะเวลาในการจัดเก็บ 5 ปีจึงสามารถนำไปทำลาย ได้และก่อนที่สถานพยาบาลจะทำลายเวชระเบียนดังกล่าวควรจะได้มีการประกาศเพื่อให้ผู้ป่วยที่ยัง ประสงค์จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเวชระเบียนดังกล่าวสามารถคัดค้านการทำลาย หรือทำการคัดลอก คัดสำเนาข้อมูลเฉพาะส่วนของตนเพื่อใช้ประโยชน์ต่อไปได้

2.2.1 บุคลากรทางด้านเวชระเบียน

1. เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
2. เจ้าพนักงานเวชสถิติ
3. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล
4. เจ้าหน้าที่ห้องบัตร
5. ลูกจ้างงานเวชระเบียน

2.2.2 หมายเลขที่สำคัญของเวชระเบียน

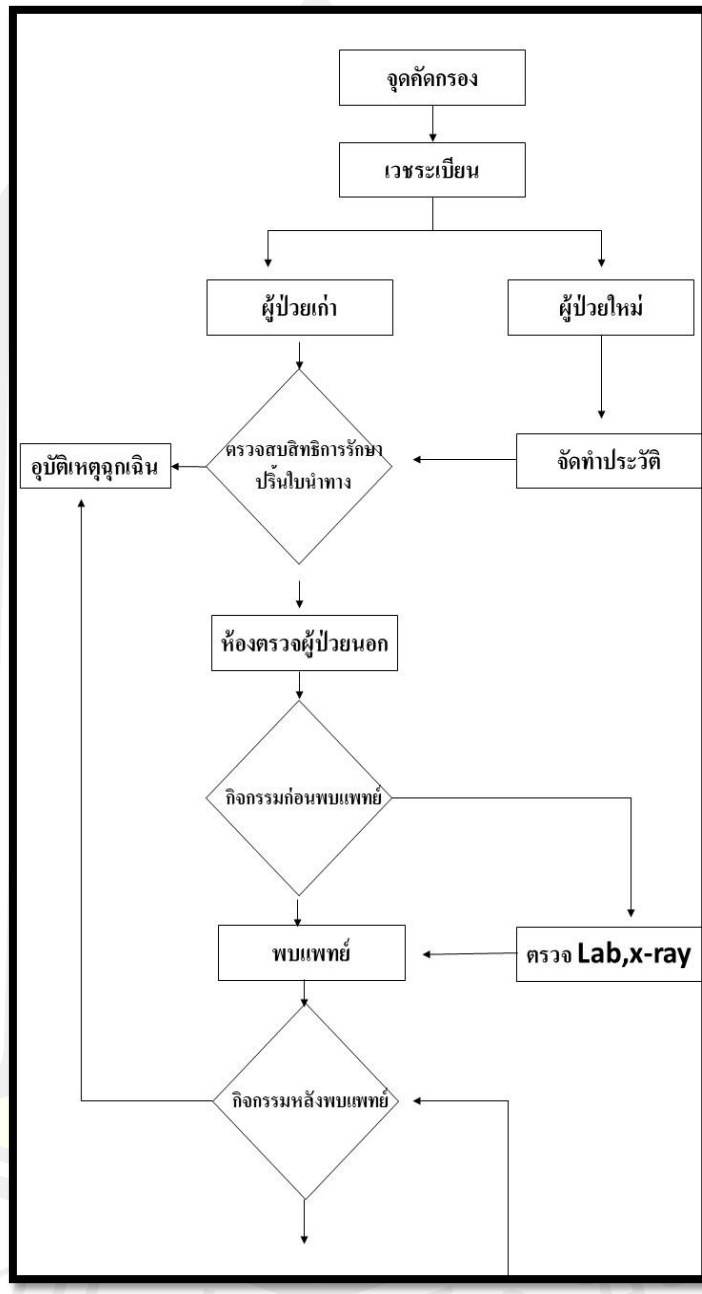
2.2.2.1 HN ย่อมาจาก Hospital Number เป็นหมายเลขของผู้ป่วยนอก ซึ่งจะออกหมายเลขให้ในการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่จะตรวจในโรงพยาบาล อาจมีการออกหมายเลขที่ต่อเนื่องในบางโรงพยาบาลอาจมีการออกหมายเลขที่เป็นปี พ.ศ.ต่อท้ายหมายเลข แต่เนื่องจากหมายเลขดังกล่าวไม่นิยมให้มีการเปลี่ยนในทุกปีพ.ศ. จึงสามารถจะขึ้นหมายเลขไว้ที่หน่วยเวชระเบียนผู้ป่วยนอกได้ว่าแต่ละปี พ.ศ. มีการออกหมายเลขของผู้ป่วยนอกไปตั้งแต่หมายเลขใดถึงหมายเลขใด และในหลายโรงพยาบาลที่มีการนำหมายเลข 13 หลักของหมายเลขประจำตัวประชาชนมาใช้ในการกำหนดหมายเลขของผู้ป่วยนอกด้วย ซึ่งน่าจะเป็นรูปแบบที่น่าจะเป็นไปได้ในอนาคตว่าหมายเลข HN ของทุกสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขน่าจะเป็นหมายเลขเดียวกันกับหมายเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

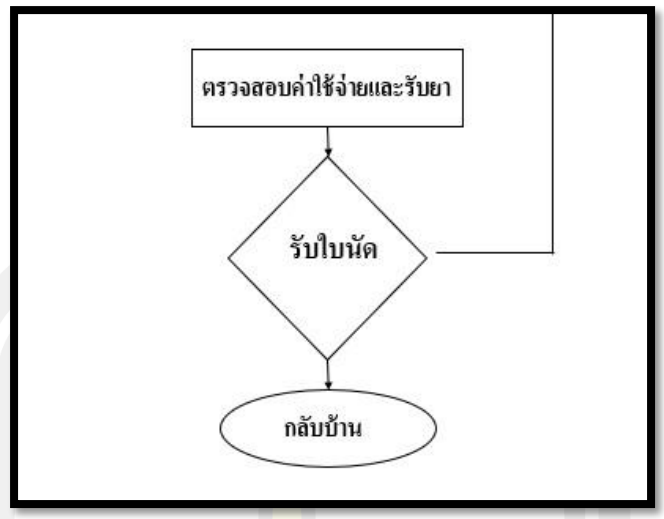
2.2.2.2 AN ย่อมาจาก Admission Number เป็นหมายเลขของผู้ป่วยใน ซึ่งจะออกให้ในการลงทะเบียนรับไว้พักค้างในโรงพยาบาลตามคำสั่งของแพทย์ เมื่อได้หมายเลข AN ก็จะนับเป็น

ผู้ป่วยใน ซึ่งอาจออกหมายเลขไปในแต่ละปีซึ่งจะเป็นหมายเลข AN แล้วตามด้วยปีพ.ศ. เช่น XXXXX-51, XXXXX/51 หรืออาจมีการออกเลขต่อเนื่องก็ได้ หรือในบางสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอาจให้ระบบคอมพิวเตอร์ออกหมายเลขหรือเครื่องหมายเพิ่มเติมจากหมายเลข HN ก็ได้เพื่อแสดงค่าของการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในที่เป็นรูปแบบพิเศษก็ได้

2.2.2.3 VN ย่อมาจาก Visit Number เป็นหมายเลขที่กำหนดขึ้นเฉพาะเพื่อการตรวจสอบจำนวนผู้รับบริการซึ่งโดยปกติหมายถึงหมายเลขของการมารับบริการของผู้ป่วยนอก แต่อาจออกเป็นหมายเลข VN ของหน่วยบริการอื่น ๆ ก็สามารถกำหนด VN ได้เช่นเดียวกัน การให้หมายเลข VN นั้นจะมีการให้ ทุกครั้งที่มีการใช้บริการทางการแพทย์ เพื่อความครบถ้วน ถูกต้องของสถิติจำนวนครั้งของการให้บริการในโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเวชระเบียนหรือมติจากโรงพยาบาลให้สามารถออกหมายเลข VN ได้แต่อาจมีการกำหนดความเป็นเฉพาะเพิ่มเติม เช่น VND อาจเป็นการให้หมายเลข VN เฉพาะของหน่วยบริการทันตกรรม เป็นต้น แต่จะต้องมีตัวเลขและสถิติที่สามารถตรวจสอบได้ หรือมีตัวเลขสถิติชุดเดียวตามที่มีมติกันไว้ของการควบคุมหมายเลขด้านเวชระเบียน รวมทั้งมีระบบที่ทำให้เกิดความชัดเจนในการบันทึกข้อมูลการให้บริการลงในเวชระเบียนทุกครั้ง เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการมารับบริการ หรืออาจเพื่อป้องกันการทุจริตในการซื้อยา เช่น อาจให้ผู้ป่วยที่ซื้อยานอกหน่วยตรวจมีการใช้รหัสคลินิกแตกต่างออกไปเช่น อาจเป็นรหัส VN-XXXXX-01 ซึ่งตัวที่เป็นหมายเลข 01 จะเป็นตัวเลขของการให้รหัสคลินิกนั่นเอง หรือผู้ป่วยที่ซื้อยาต่อเนื่องอาจใช้รหัสคลินิกที่แตกต่างไปอีกเช่นกันเช่น VN-XXXXX-03 ซึ่งต้องผ่านการออกหมายเลข VN ที่หน่วยงานเวชระเบียนก่อนทุกครั้งที่มารับบริการ หากไม่มีการออกหมายเลข VN หน่วยงานอื่น ๆ ที่กำหนดให้มีตัวเลขของ VN ไว้ก็สามารถออกหมายเลข VN เพื่อให้บริการได้ เช่น ไม่สามารถใช้สิทธิ จ่ายยา คิดและเก็บเงินจากผู้ป่วยได้ เป็นต้น ถ้าโรงพยาบาลใดที่มีการกำหนดหมายเลข VN แล้ว ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจะต้องทำการออกหมายเลข VN ทุกครั้งและทุกราย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีนัดหมายเข้าระบบไว้แล้ว เมื่อหน่วยตรวจรับผู้ป่วยเข้าตรวจหน่วยนั้น ๆ ก็สามารถให้หมายเลข VN ได้ทันทีถ้าหากเป็นโรงพยาบาลที่มีระบบคอมพิวเตอร์ออนไลน์ในการให้หมายเลข VN ซึ่งทางงานเวชระเบียนอาจให้ค่าของการออกหมายเลขสำหรับผู้ป่วยนัดไว้โดยเป็นการพิเศษ

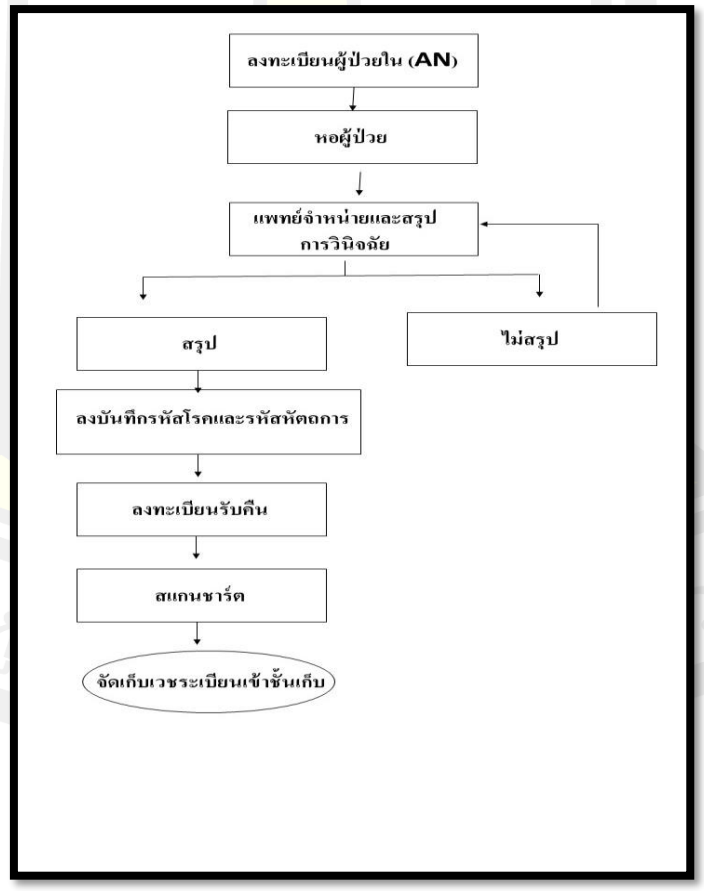
2.2.3 แผนผังกระบวนการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยนอก





ภาพที่ 2 แผนผังกระบวนการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยนอก

2.2.4 Flow การทำงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน



ภาพที่ 3 Flow การทำงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2.2.5 คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2.2.5.1 ผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บที่ เข้ารับบริการและ แพทย์ตรวจ รักษาดูอาการและวินิจฉัยโรคสมควรรับไว้นอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่รับเข้าจนถึงจำหน่าย

2.2.5.2 คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง คุณภาพของข้อมูลการบันทึกเวชระเบียนตามแบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline)2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีแนวทางในการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในประกอบด้วยเนื้อหา 12 เรื่อง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ยกเว้น Discharge summary: Other ที่มีเกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ แบ่งเป็น

1. เรื่องที่ต้องประเมินทุกรายการ 7 เรื่อง ได้แก่

1.1 บันทึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary: Diagnosis Operation) ในส่วนการสรุปของแพทย์

1.2 บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary: Others) เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย และส่วนประกอบอื่นๆ

1.3 ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ (Informed Consent)

1.4 บันทึกแรกรับโดยแพทย์ (History)

1.5 บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination)

1.6 บันทึกความก้าวหน้า และ/หรือ การดำเนินโรคโดยแพทย์ (Progress Note)

1.7 บันทึกการให้การพยาบาล (Nurse's Note)

2. เรื่องที่ต้องบันทึกเพิ่มเติมเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง ได้แก่

2.1 บันทึกการส่งปรึกษา (Consultation Record)

2.2 บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Record)

2.3 บันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ (Operative Note)

2.4 บันทึกการให้การฟื้นฟู/การทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record)

2.5 บันทึกการคลอด (Labour Record)

3. การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การบันทึกคะแนนแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3.1 Missing หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นจำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่าไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง missing

3.2 NA หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ (Consultation record, anesthetic record, operative note, labour record, rehabilitation record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA

3.3 No หมายถึง มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทลงในช่อง No

3.4 การบันทึกคะแนน

3.4.1 กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน

3.4.2 กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน

3.4.3 กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึกในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ หรือกรณีไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ “NA”

4. การรวมคะแนน

4.1 Full scoreได้จากการรวมคะแนนสูงสุด ในแต่ละหัวข้อเรื่อง (content) ของเวชระเบียนส่วนที่คาดว่าจะต้องมีการบันทึกยกเว้นหัวข้อเรื่องที่ผู้ประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึกโดยได้กากบาทในช่อง NA ดังนั้น เวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (full score) ไม่เท่ากัน แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน

4.2 Sum score ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกันโดยในกรณีที่ประเมินให้ในช่อง Missing หรือ No จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

4.3 การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Sum score) ไปแปลผลควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ควรจะได้โดยคิดเป็นร้อยละ

2.2.6 การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลยโสธรมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2549 โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์การบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธรซึ่งลงนามโดยผู้อำนวยการของโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานด้านคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธร ปี 2550 เริ่มมีการตรวจคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

ตารางที่ 1 การพัฒนางานตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธร

ปี พ.ศ.	เนื้อหาการพัฒนา	หมายเหตุ
2549	- เริ่มก่อตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน(สิงหาคม)	- Audit เฉพาะ IPD - เน้นการทำ DRG - เพื่อเพิ่ม Rw /รายได้ของ รพ.
2550	- จัดทำแผนพัฒนาประจำปี - มีการขยายงานพัฒนาคุณภาพด้านเวชระเบียน - ศึกษาดูงานที่อุบลฯ - จัดประชุมชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- เริ่มทำ MRA - Audit เฉพาะ IPD - แจ้งผลเป็น รายพทย์/ รายWard / รายPCT - Analy ข้อมูลเป็นภาพรวม %
2551	- ขยายการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนให้ครอบคลุม IPD, OPD, ER, Refer, OPD-DM - มีการพัฒนา**เชิงรุก** - feed back ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อนำจุดบกพร่องไปพัฒนา - เข้าไปมีส่วนร่วมกับ PCT เพื่อพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน (ทำ CQI ร่วมกับ PCT -OPD) - ประชุมชี้แจงเกี่ยวกับ OPD DM	-Analy ข้อมูลเป็นรายหัวข้อเพื่อให้ทราบจุดบกพร่องที่จะนำไปพัฒนาได้ - มีการ Audit เฉพาะกิจ (Chart ที่โดนสุ่มจาก สปสช./ แก้ไขก่อนส่ง) 2 ครั้ง/ ปี
2552	- ขยายการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน และบริการให้ครอบคลุมทั้งเครือข่าย PCU (เพราะคะแนนคุณภาพบริการของ PCU จะส่งผลต่อ รพ.ยโสธรและมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณ) - ประชุมชี้แจง PCU - ลงเยี่ยมประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ 23 PCU (ร่วมกับ สสอ.) - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “หลักการบันทึกเวชระเบียน และการสรุปโรค” ตามเกณฑ์ใหม่	- มีการAudit นอก รพ. - จัดทีม 2 ทีมเยี่ยมประเมิน 23 PCU - คลินิก DM ขอความร่วมมือในรขอทีมให้Audit OPD -DM 50 % ของเวชระเบียน (~ 1,000 แฟ้ม)

ปี 2564 โรงพยาบาลโสธรมีผู้ป่วยในจำหน่าย 37,631 ราย/ปี เฉลี่ย 3,136 ราย/เดือน โดยในปี 2564 มีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 1 ครั้ง จำนวนเวชระเบียนที่ตรวจ 847 ฉบับ 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 84.81จากข้อมูลข้างต้นพบว่าคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธรยังมีคุณภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ในหลายประเด็นคือ Discharge summary : Dx. ,OP, Informed consent, History, Physical exam, Progress note, Consultation record เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลโสธรได้พัฒนาการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลโสธรมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2549 จนถึงปัจจุบัน แต่คุณภาพของเวชระเบียนที่ตรวจสอบยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ทางคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลตั้งไว้ที่ ≥ร้อยละ 80 เนื่องมาจากปัญหาหลายประเด็นคือ ความไม่ต่อเนื่องของการทำงาน มีการเปลี่ยนคณะกรรมการทุกปี เกณฑ์ในการตรวจสอบมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และมีความน่าเชื่อถือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล ขาดการสะท้อนผลสู่ผู้ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จากประเด็นปัญหาต่างๆ ที่พบผู้วิจัยได้นำมาเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร

2.3 แนวคิด ทฤษฎีคุณภาพ

2.3.1 ความหมายของคุณภาพ

จูราน (Juran, 1988 อ้างถึงใน วราภรณ์ อาวัชนากร, 2558) คุณภาพ หมายถึง ความเหมาะสมระหว่างผลิตภัณฑ์กับการใช้งานของผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ หรือผู้มารับบริการ ซึ่งการจัดการคุณภาพจะประกอบด้วยการวางแผน การควบคุม และการปรับปรุงคุณภาพ

ครอสบี (Crosby, 1979 อ้างถึงใน วราภรณ์ อาวัชนากร, 2558) คุณภาพ หมายถึงการทำได้ตามข้อกำหนด (Conformance to Requirements) และเป็นผู้ที่กล่าวว่า "คุณภาพไม่มีค่าใช้จ่าย (Quality is Free)" และให้ความสำคัญกับการสร้างวัฒนธรรมและการดำเนินงานที่ความบกพร่องเป็นศูนย์ (Zero Defect) โดยเขาเสนอว่า องค์การจะต้องปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องซึ่ง

จะครอบคลุมการใช้เครื่องจักรและอุปกรณ์ ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยลดข้อบกพร่อง และความผิดพลาดในการดำเนินงานลงจนหมดไปจากองค์การ

นิตยา เงินประเสริฐศรี (2555) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพ หมายถึง การพัฒนาออกแบบ การลงมือผลิต รวมทั้ง การนำเสนอสินค้าและบริการที่มีประโยชน์สูงสุด และเป็นที่พึงพอใจของลูกค้าโดยสม่ำเสมอ

ปรียาวดี ผลเอนก (2556) กล่าวว่า การจัดคุณภาพเป็นแนวทางหนึ่งที่องค์การจะสามารถรักษาส่วนแบ่งการตลาดเอาไว้ได้ องค์การทุกองค์การควรเร่งพัฒนาคุณภาพของสินค้าและการบริการของตน สินค้าและบริการที่ไม่มีคุณภาพจะไม่สามารถอยู่ได้ในระยะยาวเนื่องจากไม่สามารถดึงดูดและสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าได้

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ (2556) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพ หมายถึง การจัดกระบวนการทำงานต่างๆ ให้มีคุณภาพเริ่มตั้งแต่การออกแบบ ไปจนถึงการผลิตและการส่งมอบสินค้าที่มีคุณภาพให้แก่ลูกค้า หัวใจสำคัญของการจัดการคุณภาพอยู่ที่การจัดกระบวนการต่างๆ เพื่อให้ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 การจัดการคุณภาพ

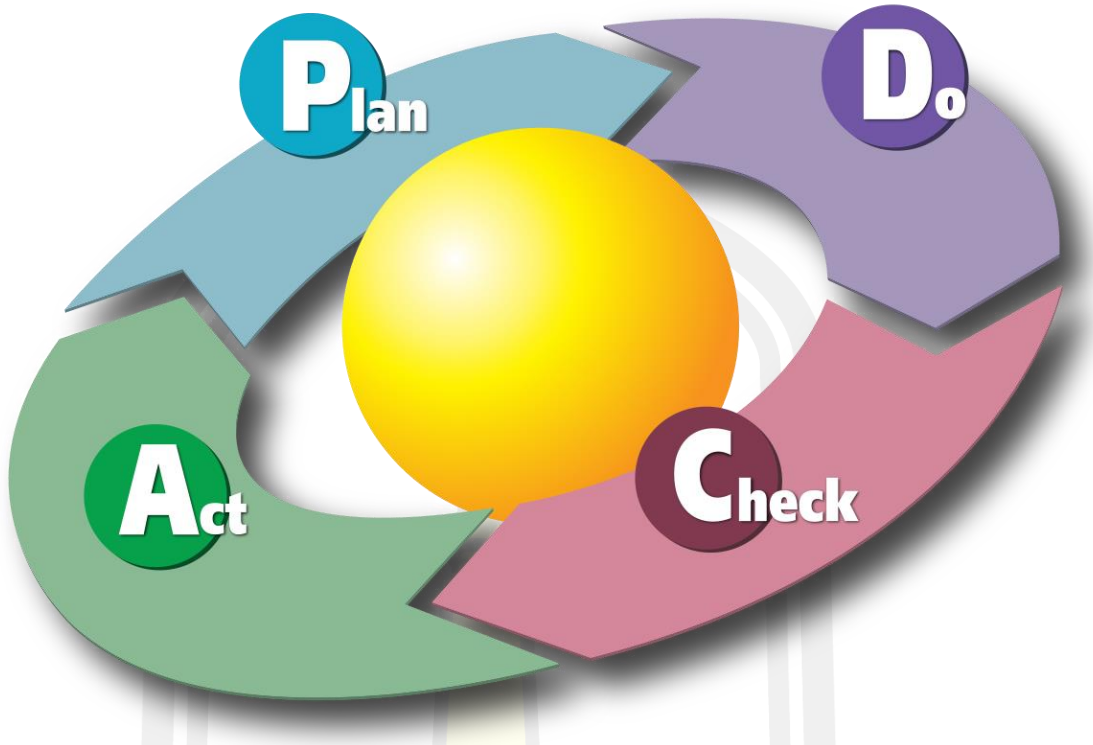
2.3.2.1 แนวคิดการจัดการคุณภาพ (Deming's Circle หรือ PDCA-Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพ ของการดำเนินงานอย่างมีระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่องหมุนเวียนไปเรื่อย ๆ ย่อมส่งผลให้การด าเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้นโดยตลอด แนวคิดนี้ผู้ที่นำมาเผยแพร่ที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นคนแรก คือ Dr.Deming เมื่อ ค.ศ.1950 โดยแนวคิดการการจัดการนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การจัดทำและวางแผน (Plan) คือ การทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน หัวข้อควบคุม (Control Point) แล้วกำหนดกิจกรรมหรือกระบวนการต่าง ๆ ที่ต้องการปรับปรุงโดยตั้งเป้าหมายที่ต้องการจะบรรลุ พร้อมทั้งกำหนดวิธีการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย

2) การปฏิบัติตามแผน (Do) คือ การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้และเฝ้าติดตามความคืบหน้า เก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือผลลัพธ์นั้น ๆ

3) การติดตามประเมินผล (Check) คือ การตรวจสอบว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามวิธีการทำงานตามมาตรฐานหรือไม่ และตรวจสอบค่าวัดต่างๆ ว่าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและยังอยู่ในเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

4) การกำหนดมาตรการปรับปรุงแก้ไข สิ่งที่ทำให้ไม่เป็นไปตามแผน (Act) คือ การปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น หรือปรับมาตรฐานการทำงานใหม่



ภาพที่ 4 วงจรเดมมิ่ง

การจัดการคุณภาพโดยการหมุนวงล้อ PDCA จะเป็นตัวจักรหลัก ที่จะทำหน้าที่ขับดันให้การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรประสบผลสำเร็จ และจะถูกนำไปใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ หรือทุกหน่วยงานในองค์กร

เดมมิ่งได้ให้คำแนะนำในการจัดการคุณภาพ ซึ่งเป็นคำแนะนำที่ทำให้องค์การต้องเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก คำแนะนำดังกล่าวคือหลักการจัดการคุณภาพ 14 ข้อ (14 Point for Management) (ปรียาวดี ผลเอนก, 2556) ประกอบด้วย

1. จงจัดตั้งเป้าหมายปรับปรุงคุณภาพสินค้าและบริการที่ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ (Create Consistency of Purpose for Continual Improvement of Product and Service) ผู้บริหารทุกระดับต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับองค์กร ลูกค้า การให้บริการและวิธีการปรับปรุงคุณภาพ ต้องแน่ใจว่าพนักงานเข้าใจวิสัยทัศน์และปฏิบัติตามได้ด้วย

2. จงยอมรับปรัชญาใหม่ๆ เพื่อให้องค์การมีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ (Adopt The New Philosophy for Economic Stability) โดยเฉพาะปรัชญาที่ทำให้องค์การอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมที่มีการแข่งขัน เช่น ยอมรับการเปลี่ยนแปลง รับนวัตกรรม และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอย่างเต็มที่

3. จงเลิกใช้การตรวจคุณภาพ เป็นวิธีการที่ทำให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพ (Cease Dependency on Inspection to Achieve Quality) เพราะการตรวจสอบคุณภาพ ยิ่งทำให้เสีย

ค่าใช้จ่ายมากกว่าลดค่าใช้จ่าย และสร้างปัญหามากกว่าลดปัญหา เหตุผลก็คือ ประการแรกการตรวจคุณภาพไม่ได้ดีไปกว่ากิจกรรมอื่น บางทีก็ปล่อยให้สินค้าบกพร่องหลุดรอดไปได้ประการที่สอง การตรวจคุณภาพจะดูที่อาการไม่ใช่สาเหตุ ประการที่สาม การตรวจคุณภาพไม่ได้สร้างคุณค่าเพิ่มให้แก่ลูกค้า ประการที่สี่การตรวจคุณภาพมักสร้างปัญหาให้กับระบบปฏิบัติการ ทำให้งานไปออกันเพื่อรอตรวจคุณภาพ ทำให้เสียเวลามาก ประการที่ห้า การตรวจคุณภาพ ทำให้เกิดการปัดภาระเพราะสาเหตุที่มาจากการแยกผู้ปฏิบัติกับผู้ตรวจสอบคุณภาพออกจากกัน

4. จงยุติการดำเนินธุรกิจ โดยการตัดสินกันที่ราคาเพียงอย่างเดียว (End The Practice of Awarding Business on Price Tag Alone) เป็นหลักที่เน้นการประเมินต้นทุนทั้งหมดทุกครั้งที่ซื้อวัตถุดิบหรือชิ้นส่วนการผลิตจากภายนอก เพราะสินค้าราคาต่ำมักมีคุณภาพต่ำ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต้นทุนรวม เพิ่มจากค่าใช้จ่ายในการตรวจคุณภาพ การเกิดของเสีย การทำงานซ้ำการเก็บสินค้าคงคลังทดแทนของเสีย และทำให้พนักงานไม่สบายใจ ผู้บริหารต้องระบุและประเมินผลกระทบตลอดจนคิดต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการซื้อวัตถุดิบ หรือชิ้นส่วนการผลิตจากผู้ป้อนวัตถุดิบที่เสนอราคาต่ำทุกครั้ง ทั้งนี้ต้องเลือกรายการที่ให้คุณภาพสูงสุด

5. จงปรับปรุงระบบการผลิต การบริการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Improve Constantly and For Ever the System of Production and Service) ผู้บริหารจะต้องสร้างระบบที่สามารถผลิตสินค้าและบริการได้อย่างมีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยจะต้องศึกษาและหาทางกำจัดการสูญเสีย ตลอดจนความแปรปรวนที่เกิดขึ้นทั้งหมดในระบบ

6. จงจัดให้มีการฝึกอบรมในขณะทำงาน (Institute Training on The Job) องค์กรส่วนมากมองว่า การฝึกอบรมจำเป็นเฉพาะตอนแรกที่พนักงานเข้ามาทำงาน แต่พอหลังจากนั้นก็เข้าใจผิดว่าไม่จำเป็นต้องมีการอบรมเป็นการเรียนรู้ไม่มีวันสิ้นสุด การสนับสนุนให้พนักงานปรับปรุงคุณภาพในการทำงาน จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจใหม่ๆ แก่พนักงาน อาทิ มาตรฐานการทำงาน เครื่องมือและเทคนิคทางสถิติกระบวนการแก้ปัญหาในการทำงาน

7. จงสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้น (Adopt and Institute Modern Methods of Supervision and Leadership) การจัดการคุณภาพต้องเปลี่ยนบทบาทของหัวหน้างานจากการสั่งการและคาดหวังว่า ลูกน้องจะทำตามที่สั่ง การเป็นครูเป็นโค้ชและเป็นผู้อำนวยความสะดวกซึ่งคอยสนับสนุนการให้ลูกน้องแก้ไขปัญหาเอง การปฏิบัติต่อลูกน้องเช่นนี้จะทำให้ลูกน้องมีความสำคัญ มีบทบาทในการปรับปรุงคุณภาพและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานเป็นทีม

8. จงขจัดความความกลัวให้หมดไป (Drive Out Fear) เดมมิ่งถือว่า ความกลัวเป็นอุปสรรคสำคัญของการปรับปรุงคุณภาพ เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและความอยู่รอดขององค์การ ความกลัวมีผลทำให้พนักงานไม่กล้าถามปัญหา ไม่กล้าบอกจุดอ่อนที่ตนเองไม่รู้สาเหตุที่คนกลัวความร่วมมือกัน เพราะกลัวการถูกบังคับ การกลัวความล้มเหลว ทำให้คนไม่กล้าท้าทายการ

กระทำที่เป็นอยู่ ไม่กล้านำเอาเทคนิคใหม่เข้ามาใช้หลายคนกลัวการเปลี่ยนแปลง เพราะการเปลี่ยนแปลงบังคับให้เขาต้องไปใช้วิธีการใหม่ แทนที่วิธีเดิมที่เคยรู้และมีความสะดวกสบายแม้วิธีเดิมจะเป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพก็ตาม การขจัดความกลัวนี้ผู้บริหารต้องสร้างสภาพแวดล้อมให้คนกล้าถาม กล้ารายงานปัญหา กล้านำเอาความคิดใหม่ ๆ มาใช้ผู้บริหารต้องแสดงให้เห็นว่าวิธีการใหม่ ๆ เป็นโอกาสก้าวไปสู่ความสำเร็จมากกว่าใช้วิธีการเดิม ๆ ที่เน้นความปลอดภัยความมั่นคงแต่กำลังให้ประโยชน์น้อยลงทุกขณะ

9. จงทำลายสิ่งกีดขวางความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ (Break Down Barriers Between Departments and Individuals) องค์การหลายแห่งทนอยู่กับความล้มเหลวเพราะมองปัญหาจำกัดอยู่แค่บางสายงาน ไม่สนใจฝ่ายอื่น องค์การจึงมักทำงานได้ดีเฉพาะบางฝ่ายแต่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงองค์การได้ทั้งหมด ต้องแก้ไขด้วยการสร้างทีมร่วมกันระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ขึ้นมา เพื่อขยายความสามารถในการทำงานออกไป ทีมจะช่วยให้มองเห็นปัญหาใหญ่ ๆ ช่วยให้รับรู้ปัญหากว้างขึ้น ทำให้มีการศึกษาปัญหาและหาทางแก้ไขร่วมกันต่อไป

10. ขจัดการใช้คำขวัญ การติดโปสเตอร์และป้ายแนะนำ (Eliminate The Use of Slogans, Poster, and Exhortations) เพราะข้อความที่ใช้อาจเป็นการดูถูกพนักงาน มากกว่าจะกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ จริง ๆ แล้ว คนส่วนมากอยากทำงานให้ดีแต่ปัญหาส่วนใหญ่มาจากข้อจำกัดของระบบการทำงานที่เป็นอยู่เพราะฉะนั้นแทนที่จะดูถูกพนักงาน ผู้บริหารควรหาวิธีการทำงานที่ดีให้เครื่องมือที่ดีและฝึกอบรมพนักงาน

11. จงเลิกใช้มาตรฐานการทำงานและตัวเลขโควต้า (Eliminate Work Standards and Numerical Quotas) เพราะการใช้มาตรฐานตัวเลข อาจทำให้พนักงานไม่เห็นด้วยและหาทางต่อรองเพื่อให้ลดมาตรฐาน หรือถ้าหากกำหนดมาตรฐานไว้สูงไป คนก็จะกลัวและท้อแท้ประการสำคัญมาตรฐานมีเหตุผลที่ดีหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพเพราะการกำหนดตัวเลขมาตรฐานเอาไว้จะดึงความสนใจคนออกไปจากการปรับปรุงคุณภาพ คนจะพุ่งเป้าไปที่การทำตามมาตรฐานจนหมด

12. จงขจัดอุปสรรคที่ทำลายความภาคภูมิใจของพนักงาน (Remove Barriers that Rob the Hourly Worker of The Right to Pride in Workmanship) การเริ่มต้นจัดการคุณภาพจะมีสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเป็นพนักงานที่ดีอยู่อย่างแน่นอน และเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ผู้บริหารจะต้องค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคนี้และหาทางแก้ไขเพื่อให้มีการปฏิบัติต่อพนักงานอย่างเหมาะสม

13. จงจัดให้มีแผนการศึกษา และทำาการฝึกอบรมให้แก่พนักงาน (Institute a Vigorous Program of Education and Retraining) การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้พนักงานมีข้อมูลที่ทันสมัย เข้าใจการเปลี่ยนแปลงการออกแบบสินค้า เครื่องจักรที่ใช้ในการผลิต เครื่องมือ

วิธีการใหม่ๆ ตลอดจนเทคนิคที่เป็นทางเลือกอื่น นอกจากลงทุนในการให้การศึกษาและการฝึกอบรม แล้วต้องหาทางให้พนักงานได้รู้ว่า ผู้บริหารมองพนักงานเป็นทรัพย์สินที่มีค่า และพยายามรักษาเอาไว้ การลงทุนในการอบรม จึงเป็นการแสดงออกให้เห็นถึงความผูกพันที่องค์การมีต่อพนักงาน

14. กำหนดความผูกพันที่ยาวนานของผู้บริหารระดับสูง ที่มีต่อการปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพในการผลิตไปตลอด (Define Top Management's Permanent Commitment to Ever-Improving Quality and Productivity) การกระทำของผู้บริหารระดับสูง จะเป็นตัวแสดงออกที่แท้จริงถึงการให้ความสำคัญต่อการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ ผู้บริหารระดับสูงต้องมีความผูกพันอย่างแท้จริง ต่อการจัดการคุณภาพ ความผูกพันนี้สำคัญ เพราะจะกระตุ้นให้ผู้บริหารระดับรองลงไปรวมทั้งพนักงานอื่น ๆ ได้ทำตามองค์การที่ประสบความสำเร็จในการจัดการคุณภาพส่วนใหญ่ผู้บริหารระดับสูงเช่น ประธานและรองประธานบริษัท มักจะแสดงออกอย่างแข็งขันถึงความผูกพันต่อการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ โดยการมีส่วนร่วมและรับนวัตกรรม รวมทั้งผู้บริหารมักทำในสิ่งที่ตนสอนคนอื่นอย่างเปิดเผย

2.3.2.2 ไตรศาสตร์ด้านคุณภาพ

โจเซฟ จูราน (Joseph M. Juran, 1904 – 2008 อ้างถึงใน กิติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2557) ปรมาจารย์ด้านการบริหารคุณภาพคนหนึ่งของโลก ได้นำเสนอศาสตร์แขนงใหม่ที่เรียกว่า“การบริหารเพื่อคุณภาพ (Managing for Quality)” (Phillips – Donaldson, Debbie (2004)) โดยจูรานได้เพิ่มมิติด้านทรัพยากรบุคคลเข้าไปในการบริหารคุณภาพแทนที่จะเน้นแต่มิติด้านสถิติเพียงด้านเดียว โดยจูรานมีความปรารถนาที่จะเห็นผลสำเร็จจากมุมมองด้านทรัพยากรบุคคลของคุณภาพ

Juran and Gryna (1993 อ้างถึงใน กิติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2557) ในการบ่งชี้และบริหารกิจกรรมที่จำเป็นต่อการทำให้บรรลุถึงจุดประสงค์ด้านคุณภาพองค์กร” โดยจูราน (1986) ได้เสนอแนวความคิดของกระบวนการบริหารที่จำลองผลจากการบริหารการเงิน ทั้งนี้เนื่องจากแนวความคิดของกระบวนการบริหารการเงินจะเป็นสิ่งที่คุ้นเคยสำหรับผู้บริหารแล้ว นอกจากนี้แล้วยังเป็นการบริหารที่อยู่บนหลักการของความมีระบบและมีความเป็นวิทยาศาสตร์ จูราน เรียกวิธีการบริหารนี้ว่า “ไตรศาสตร์ด้านคุณภาพ (Quality Trilogy)” หรือ “ไตรศาสตร์ของจูราน (Juran’s Trilogy) ประกอบด้วย

1. การวางแผนคุณภาพ (Quality Planning: QP) หมายถึง การกำหนดซึ่งเป้าหมายที่จะบรรลุสูงความคาดหมายของลูกค้าที่ก าหนดแล้ว ท าการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดต่อวิธีการ ที่จะทำให้เกิดความมั่นใจว่าผลจากวิธีการดังกล่าว ทำให้ลูกค้ามีความพึงพอใจ

2. การควบคุมคุณภาพ (Quality Control: QC) การควบคุมคุณภาพ หมายถึงการเฝ้าพินิจผลกระบวนการ เพื่อจะท าการเปรียบเทียบกับความคาดหมายของลูกค้า ถ้าหากพบว่าผล

การดำเนินการตามกระบวนการมิได้เป็นไปตามความคาดหมายที่ส่งผลให้ลูกค้าเกิดความไม่พอใจแล้ว จะต้องค้นหาสาเหตุของความไม่พอใจ ดังกล่าว เพื่อจะแก้ไขให้ถูกต้อง

3. การปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement: QI) การปรับปรุงคุณภาพ หมายถึง การคาดการณ์ความคาดหมายใหม่ของลูกค้า สำหรับผลิตภัณฑ์เดิม หรือการค้นหาความจำเป็นของลูกค้าสำหรับการพิจารณา ผลิตภัณฑ์ใหม่แล้ว ทำการวางแผนใหม่ ตลอดจนการควบคุมใหม่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายใหม่

4. การประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) การประกันคุณภาพ หมายถึง การดำเนินการใด ๆ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อลูกค้า ภายใต้แนวความคิดของไตรศาสตร์ด้านคุณภาพนี้ กระบวนการบริหารคุณภาพ จะเริ่มต้นจากการวางแผนคุณภาพ โดยจะคาดหมายว่า คุณภาพควรจะอยู่ที่ระดับหนึ่ง ภายใต้การออกแบบ ระบบคุณภาพและเรียกสาเหตุของปัญหาจากการออกแบบระบบนี้ว่า “สาเหตุของปัญหาเรื้อรัง (Chronic Waste)” ซึ่งจะมีคุณสมบัติ คือ สามารถคาดการณ์ได้ ภายหลังจากการวางแผนคุณภาพสิ้นสุดลง จะต้องดำเนินการภายใต้การควบคุมคุณภาพเป็นลำดับต่อมา กล่าวคือ จะเป็นการดำเนินการที่พยายามให้คุณภาพเป็นไปตามเป้าหมาย คุณภาพที่วางแผนไว้ และเรียกสภาวะของกระบวนการแบบนี้ว่า “สภาวะเสถียร” โดยจะทำการกำจัด “ปัญหาแบบครั้งคราว (Sporadic Spike)” ซึ่งคุณสมบัติของปัญหาแบบนี้ คือ ไม่สามารถารถคาดการณ์ได้ ภายใต้สภาวะเสถียร จะทำให้สามารถคาดการณ์ สมรรถนะของกระบวนการ ที่ควรจะเป็นได้การปรับปรุงคุณภาพ จึงถูกนำมาใช้เพื่อดำเนินการแก้ไขและยกระดับของคุณภาพขึ้นจากเดิม ซึ่งลักษณะการดำเนินการแบบนี้จะมีการนำบทเรียนที่ได้รับ มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนคุณภาพต่อไป

การบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ (Total Quality Management: TQM) ดังที่ (Kano, 1985 อ้างถึงใน กิติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2557) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จไว้ว่า“เป็นการบริหารธุรกิจ เพื่อให้ได้กำไรอย่างเป็นธรรม โดยผ่านการสร้างความพึงพอใจให้กับบุคลากรทุกฝ่าย ที่มีส่วนได้เสียกับธุรกิจ (Stake Holder)” ซึ่งในการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จนั้น จะไม่มีรูปแบบแน่นอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่า วัฒนธรรมขององค์กรนั้น ๆ เป็นอย่างไร ซึ่งในการจัดการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จให้สำเร็จนั้นจะมีประสิทธิภาพเต็มที่ ตามแต่ละองค์กรเท่านั้น ไม่สามมารถเลียนแบบกันได้ดังนั้นก่อนที่จะดำเนินการกำหนดตัวแบบในการบริหารคุณภาพ แบบเบ็ดเสร็จ จะต้องท าการเข้าใจถึงวัฒนธรรมองค์กรของตนเสียก่อน โดยสังเกตจาก ความคิด (Think) การปฏิวัติ(Practice) ความเชื่อ (Believe) และความคิดเห็น (Opinion) ของคนในองค์กรเสียก่อน อย่างไรก็ตามถึงแม้การบริหารแบบ TQM นี้จะมีตัวแบบแตกต่างกันออกไปตามแต่ละองค์กร แต่ทั้งนี้การบริหารจะต้องอยู่ ภายใต้3 ปรัชญา และ 4 หลักการกล่าว คือ

ปรัชญาของการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ

1) ความมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกฝ่ายในทุกระดับทั่วทั้งองค์กร (Company Wide)

2) ความมีระบบ (Systematic)

3) การตัดสินใจด้วยข้อเท็จจริง (Scientific)

หลักการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ

1) การบริหารเน้นที่ลูกค้า (Customer Oriented Management)

2) ความเป็นเลิศด้านทรัพยากรมนุษย์(Human Resource Excellence)

3) ความเป็นผู้นำด้านผลิตภัณฑ์(Product Leadership)

4) ความเป็นเลิศด้านการบริหาร (Management Excellence)

จากข้อมูลข้างต้นทฤษฎีคุณภาพ เอดวาร์ด เดมมิ่ง (W.Edwards Deming) หรือวงจรเด็มมิ่ง (Deming Cycle) คือ แนวคิดการพัฒนาการทำงานเพื่อควบคุมคุณภาพงานให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง พัฒนามาจากแนวคิดของ วอล์ทเตอร์ ชิวฮาร์ท (Walter Shewhart) นักสถิติในงานอุตสาหกรรม ต่อมาแนวคิดนี้เริ่มเป็นที่รู้จักกันมากขึ้นเมื่อ เอดวาร์ด เดมมิ่ง (W.Edwards Deming) นักจัดการบริหารคุณภาพ ได้นำเสนอและเผยแพร่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพนักงานภายในโรงงานให้ดีขึ้น ซึ่งจะใช้ในการค้นหาปัญหาอุปสรรคในขั้นตอนการทำงานโดยพนักงาน จนเป็นที่รู้จักกันในชื่อว่า วงจรเด็มมิ่ง หรือ วงจร PDCA ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในงานในการประชุมวางแผนในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research)

2.4.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ความหมายและพัฒนาการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในปัจจุบันนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นที่รู้จักและได้รับการกล่าวถึงกันอย่าง กว้างขวาง ยิ่งไปกว่านั้นยังได้ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาในชุมชน สถานศึกษา สถาบัน หรือองค์กรต่างๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชนของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังต่อไปนี้

จอนสัน (Johnson, 2008) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการวิจัยระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็น กระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน

เคมมิสและแมคทากกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่นๆ ในเชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

ของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้อง อาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา และปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ทำ โดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมี จุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบไปใช้ปรับปรุงแก้ ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพ ปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านอื่นๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษารวบรวม หรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหา ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน ในขอบเขตที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผล การปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนด ขั้นตอนของการวิจัยซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection)

2.4.2 ความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความเชื่อพื้นฐาน (Basic Assumptions) อยู่ 4 ประการ คือ

1. วิธีการแก้ปัญหาที่ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าจะมีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้มากกว่าวิธีแก้ปัญหาที่ได้มาจากการสั่งการของผู้มีอำนาจหรือผู้บริหาร โดยการแก้ปัญหา แบบสั่งการนั้น มักเกิดมาจากการสั่งสมประสบการณ์และการใช้สามัญสำนึกเป็นหลัก ซึ่งมักจะขาดข้อมูลและหลักฐานที่จะใช้ประกอบในการตัดสินใจ

2. การวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาของผู้ปฏิบัติงานที่ดำเนินการเองโดยผู้ปฏิบัติงานจะมีโอกาสแก้ปัญหาของเขาได้สำเร็จมากกว่าการวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ทำด้วยบุคคลอื่น

3. การวิจัยเป็นเรื่องของการวิเคราะห์ปัญหา การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญ หา การทดสอบและการประเมินผลวิธีการแก้ปัญหา การวิจัยเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคน การวิจัยไม่ได้เป็นสิทธิพิเศษของผู้เชี่ยวชาญคนใดคนหนึ่ง หรือคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

4. การพัฒนาความสามารถของบุคคลโดยการฝึกหัด ถือว่าเป็นรากฐานของ การพัฒนาการปฏิบัติงาน

2.4.3 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

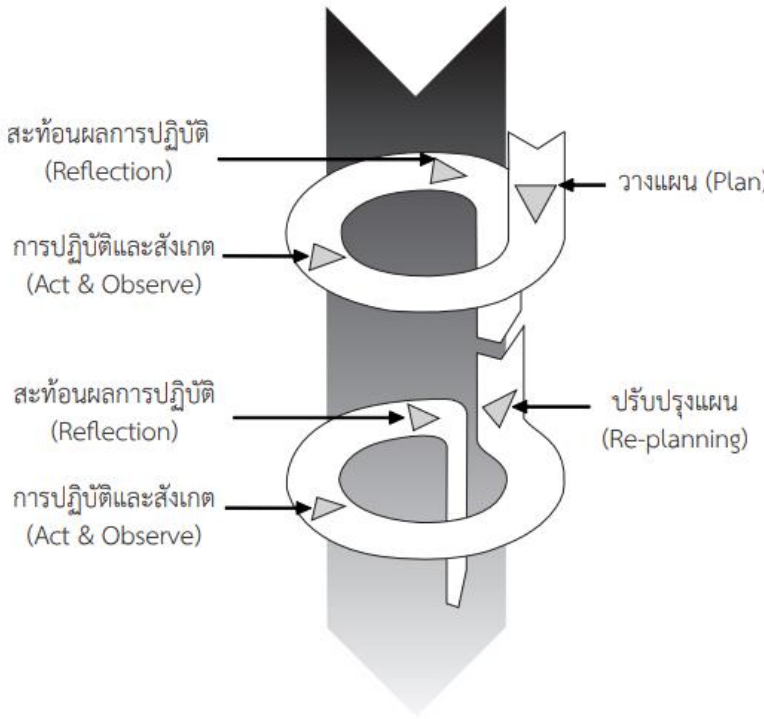
จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานประจำให้ดียิ่งขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหาอันเป็นเหตุให้

งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากนั้นต้องใช้แนวคิด ทางทฤษฎีและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา เสาะแสวงหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่า จะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ แล้วสะท้อนวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหานั้นๆ

2.4.4 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากฐานคติความเชื่อที่มุ่งเน้น การบูรณาการเชื่อมโยงความรู้หรือทฤษฎีและเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงาน ที่เกิดขึ้นจริงๆ ในสนามหรือสถานที่ปฏิบัติงานผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการสะท้อน ความคิดใคร่ครวญไปมาในเชิงวิพากษ์ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไปตามแผนการที่ วางไว้ว่า สามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวาง ความสำเร็จในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง และจะต้องดำเนินการอย่างไร จึงจะทำให้เข้าสู่ สภาวการณ์ที่นำความสำเร็จนั้นมา ดังนั้น กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (spiral of steps)

กระบวนการงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญสี่ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ เป็นดังแสดงรายละเอียดตามภาพที่ 5



ภาพที่ 5 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรของ กระบวนการวิจัยดังกล่าว จึงเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไก การนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็น การดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ ความจริงออกจากกิจกรรมการพัฒนา (องอาจ นัยพัฒน์, 2548) ซึ่งกิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึง ปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสภาวการณ์ เงื่อนไขอื่นๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความ ยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างรัดกุม และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความ เป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัด ของสภาวการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจึงต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผน ชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถ

ปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็น ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตที่ไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึก ข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้ง ประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงาน ระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทาง ดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวน และปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวถัดไป

2.4.5 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการวิจัยนี้ เมื่อกล่าวในเชิงการนำไปใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุง การปฏิบัติงานในโรงเรียน สามารถอธิบายวิธีการดำเนินการตามวิธีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ดังนี้

1. การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำ การวิจัยจะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดแจ้ง ปัญหาที่เกิดขึ้นใน โรงเรียนที่จะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องศึกษาค้นคว้า แสวงหาหลักการและทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ ให้กว้างขวางพอสมควร

2. เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย โดยอาศัยพื้นฐานจากหลักการและทฤษฎีมาใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะของปัญหา แล้วสร้างวัตถุประสงค์และสมมุติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัญหากับ หลักการหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3. เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ปฏิบัติหรือการฝึกหัดตามวิธีการ และเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นผลจากการปฏิบัติการ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

4. บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในทุกขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่ เป็นความก้าวหน้าและที่เป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการทั้ง 4 ขั้นตอน โดยจะ ต้องเก็บสะสมข้อบันทึกต่างๆ ไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติในรอบต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้วิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

4.1 ขั้นวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาร่วมกันระหว่าง บุคลากรภายในโรงเรียน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไข ตลอดจนการแยกแยะ รายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหา เกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร

4.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการ คือวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงาน ประกอบไปด้วย เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ฉะนั้นแผนที่กำหนดควรจะมีความยืดหยุ่น ปรับหรือแก้ไขได้ตามสถานการณ์

4.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยต้องอาศัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ เข้าช่วยในการทำงาน

4.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของวงจร การทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยทำการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกแง่มุมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และระบบการศึกษาของโรงเรียนที่ประกอบกันอยู่ โดยผ่านการร่วมอภิปรายปัญหาและการประเมินโดยกลุ่ม ซึ่งจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ของข้อมูลที่ได้รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่ จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้มั่นใจในความถูก ต้องแสดงรายละเอียดในการอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของ กลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่างและความคล้ายคลึงของข้อมูล แต่ละประเภทโดยการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งร่วมกับกลุ่มผู้วิจัย

6. ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มวิจัยได้ร่วมกันพิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ วิธีการแก้ปัญหา และผลที่ได้รับ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดหากผู้วิจัยสามารถทำการประมวลและสรุปเป็น หลักการ (principle) รูปแบบ (model) ของการปฏิบัติ ข้อเสนอเชิงทฤษฎี (proposition) หรือทฤษฎี (theory) ของ

ปฏิบัติการแก้ปัญหานั้นๆ ได้ ทั้งนี้ ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปนัย (induction) และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัยเป็นประการสำคัญ

2.4.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่ม บุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ ไม่ควรจะทำตามลำพัง และควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงานแล้ว ดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าวจะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (spiral) กระทำซ้ำตามวงจร จนกว่าจะได้ผลปฏิบัติการให้เกิด การเปลี่ยนแปลง พร้อมกับต้องบันทึกผลในทุกๆ ขั้นตอนที่สำคัญ นั่นคือ

1. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติ
2. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการใช้ภาษาและการสื่อสารในห้องเรียน หรือหน่วยงานและกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข
3. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการสัมพันธภาพทางสังคมและการจัดระบบองค์กรที่ช่วยลดอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ
4. บันทึกผลของการพัฒนาการที่เป็นข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย

2.4.7 การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะใช้วิธีการของการวิจัยเชิง คุณภาพหรือการแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำไปสู่การสรุปเป็น ผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการแก้ไข ปัญหาของสิ่งที่ศึกษานั้น

จากข้อมูลข้างต้น เคมมิส และแมคทากกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่นๆ ใน เชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงาน ที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้อง อาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานให้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการวิ จัยเชิงปฏิบัติการมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นวางแผน (planning) 2) ขั้นปฏิบัติ (action) ขั้นการสังเกต (observing) 4) ขั้นการสะท้อนกลับ (reflecting)

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประวีณ พิมพ์หอม (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ของทีมสหวิชาชีพด้านการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย การจัดการความรู้ โดยมีค่าเฉลี่ย 8.74 และ 7.77 ตามล าดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับศาสตราจารย์ ดร.สิริวรรณ ศรีพหล (2555) กล่าวว่า ผลสัมฤทธิ์ในการฝึกอบรมของผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่ใช้ชุดฝึกอบรมทางไกล เรื่อง การจัดการเรียนการสอนสันติศึกษาในสถานศึกษา หลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอุบล จันทร์เพชร (2551) การนำความรู้ ทักษะ และประสบการณไปใชหลังการอบรม ปรากฏว่าผู้ตอบแบบประเมินมากกวารอยละ 80 สามารถเขียนอธิบายเกี่ยวกับการนำความรูทักษะ และประสบการณจากการประชุม/อบรม/สัมมนา นอกหน่วยงานของแต่ละหลักสูตร มาใชประโยชนในการปฏิบัติงานไดอยางเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ เจตคติด้านการบันทึกเวชระเบียน หลังมีค่าสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการจัดการความรู้ โดยมีค่าเฉลี่ย 25.41 และ 25.16 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับ วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล และคณะ (2543) กล่าวไว้ว่า การปรับปรุงการสอน เพศศึกษาในชั้นเรียนให้สอดคล้องกับความต้องการของเด็ก การจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ในลักษณะการให้ค าปรึกษาอาจมีความเหมาะสมจากผู้มีประสบการณ์ เนื่องจากมีการชี้ให้เห็น ถึงปัญหาในการบันทึกเวชระเบียน มีการน ากรณีศึกษาที่เป็นปัญหาในการร้องเรียนของผู้มารับ บริการกับสถานพยาบาลมาวิเคราะห์หาสาเหตุประกอบการนำข้อมูลในเวชระเบียนทบทวน เพื่อตรวจสอบหาความถูกต้องและยุติธรรมให้กับผู้ถูกร้องเรียนและผู้ร้องเรียน จากประสบการณ์ ของผู้เชี่ยวชาญทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ผู้รู้สึกเกิดความพึงพอใจย่อมจะทำให้เกิดเจตคติที่ดี การมีส่วนร่วมด้านการบันทึกเวชระเบียน หลังมีค่าสูงกว่าก่อน จัดโปรแกรมการจัดการ ความรู้ โดยมีค่าเฉลี่ย 24.68 และ 24.13 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Pair t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไป ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับสุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และคณะ (2543) กล่าวไว้ว่าการคัดแยก ขยะก่อนทิ้งสามารถลดปริมาณขยะลงไปได้ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชนนักเรียน ครูเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดประสิทธิผล เนื่องจาก มีการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุที่ความสมบูรณ์ ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกัน มีการทบทวนคณะกรรมการเวชระเบียนของโรงพยาบาล เพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงานโดยแต่งตั้งหัวหน้างานร่วมเป็นคณะกรรมการซึ่งในการบันทึก เวชระเบียนต้องมีการนิเทศ ตรวจสอบ กำกับและ

ประเมินผลจึงจะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกัน โดยชี้ให้เห็นถึงผลกระทบ สาเหตุและแผนการดำเนินงาน

ผลการประเมินด้านความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน หลังมีค่าสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมการจัดการความรู้ โดยมีค่าเฉลี่ย 98.13 และ 96.68 ตามล าดับ และเมื่อทดสอบ ความแตกต่างด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับบุษบา บัวผัน (2548) ได้ศึกษาการตรวจสอบ คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2546-2547 ผลการศึกษาพบว่า การตรวจสอบ ความถูกต้องของแพทย์ในการสรุปเวชระเบียน (SA) พบว่าส่วนใหญ่ไม่พบความผิดพลาด คือ ร้อยละ 39.88 แต่ที่ผิดพลาดสาเหตุคือ Discharge Summary other (Dx: other) ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบ หรือมากเกินร้อย 27.63 เมื่อเปรียบเทียบ ความสัมพันธ์ระหว่าง (SA) จำแนกราย โรงพยาบาลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หัทยา ภูระพัฒน์ (2556) ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า การศึกษาและประเมินคุณภาพเวชระเบียนของผู้ป่วยใน ศูนย์หัวใจศิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคณะแพทย์ศาสตร์ หาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2555 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2556 ใช้เกณฑ์การประเมินสำนักงานหลักประกันสุขภาพร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ปี 2553 โดยสุ่มประเมินเวชระเบียนจำนวน 93 ฉบับ จาก 1,842 ฉบับวิเคราะห์ข้อมูลค่าคะแนน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน ผลการศึกษาพบว่า เนื้อหาในส่วนของการจำหน่ายผู้ป่วยส่วนการทำหัตถการและการวินิจฉัย (Discharge summary: Diagnosis, Operation) พบปัญหาในเกณฑ์การใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากลในการสรุปวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยอื่นและการทำหัตถการความสมบูรณ์ในส่วนนี้คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 86.98 ในส่วนการจำหน่ายผู้ป่วยส่วนอื่น (Discharge Summary: Others) พบปัญหาในการบันทึกข้อมูลที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของญาติ หรือเบอร์โทรติดต่อกรณีฉุกเฉิน มีความสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 92.00ส่วนของการใบยินยอมให้การรักษา (Infomed consent) พบว่ามีปัญหาในเรื่องของการไม่ระบุ วัน เดือน ปี ที่รับทราบและยินยอมให้การรักษา มีความสมบูรณ์คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 88.65ส่วนการบันทึกประวัติของผู้ป่วย (History) พบปัญหาสำคัญในส่วนของประวัติอื่น เช่น ประวัติการเจ็บป่วยแพ้ยาเป็นต้น ความสมบูรณ์ในส่วนนี้มีค่าเท่ากับ 52.29 ส่วนการบันทึกการตรวจร่างกาย (Physical exam) พบปัญหาในเรื่องของการบันทึกรายละเอียดของการตรวจร่างกาย เช่นการวัดอุณหภูมิ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าเฉลี่ยความสมบูรณ์เท่ากับร้อยลละ 51.73 ส่วนของการบันทึกความก้าวหน้าทางการแพทย์ (Progress note) พบข้อบกพร่องในส่วนของการบันทึกเนื้อหาไม่ครอบคลุมรูปแบบ SOAP และไม่บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล มีความสมบูรณ์เฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 29.27 และในส่วนของการ

บันทึกการให้การพยาบาล (Nurse 'note) พบปัญหาในเรื่อง การไม่บันทึกการวางแผนการจำหน่าย มีความสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 93.07

ส่วนเนื้อหาที่มีเฉพาะในผู้ป่วยบางราย ได้แก่ เนื้อหาการบันทึกการให้คำปรึกษา (Consultation record) พบจำนวนเวชระเบียน 4 ฉบับ ความสมบูรณ์เฉลี่ยร้อยละ 94.44 ส่วนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic record) มี 15 ฉบับ มีความสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 92.59 การบันทึกการผ่าตัด/หัตถการ (Operation record) พบจำนวน 65 ฉบับ มีความสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 89.40 และส่วนการบันทึกการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation record) พบจำนวน 7 ฉบับ มีความสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 93.65

ดวงใจ ชัชวรัตน์ (2560) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในภาคกลาง การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์คือ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงาน (2) ความรู้ ด้านการบันทึกเวชระเบียน และเจตคติต่อการบันทึกเวชระเบียน (3) ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคกลาง กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ศึกษา ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางในสาขาวิชาหลัก จำนวน 42คน โดยเลือกแบบเจาะจงจากแพทย์ทั้งหมด 56 คน และเวชระเบียนที่กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกไว้สุ่มแบบมีระบบ จำนวน 252 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบตรวจสอบเวชระเบียน แบบตรวจสอบรหัสความผิดพลาดในการ สรุปการวินิจฉัยและหัตการ โปรแกรมสำหรับการให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงในหมวดความรู้ 0.76 และหมวดเจตคติ 0.80 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า 1)แพทย์กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 39.29 ปี เป็นแพทย์เฉพาะทางในสาขาวิชาอายุรกรรมและสาขาศัลยกรรม มากที่สุด ส่วนใหญ่เคยได้รับการสอนการบันทึกเวชระเบียนในสถาบัน และเคยได้รับการอบรมการบันทึกเวชระเบียนภายหลังจบการศึกษา มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 42.42 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยมีชั่วโมงการทำงานในด้านบริการทางการแพทย์มากที่สุด 2) ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก เจตคติต่อการบันทึกเวชระเบียนส่วนใหญ่เห็นประโยชน์ต่อการบันทึกเวชระเบียนในระดับปานกลาง 3) อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงสุดตามเกณฑ์ ของสำนักงานหลักประกนสุขภาพแห่งชาติ อัตราการสรุปโรคและหัตถการส่วนใหญ่สรุปได้ถูกต้อง ส่วนต่างระหว่าง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็นส่วนใหญ่มีการคิดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ต่ำกว่าความเป็นจริง และ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ เจตคติต่อการบันทึกเวชระเบียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสมบูรณ์ของการ

บันทึกเวชระเบียนในด้านอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้อง และค่าสัมบูรณ์ของส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็น ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนนั้น ไม่พบปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน อัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้องและค่าสัมบูรณ์ของส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็น

อุไรพร โคตะมี (2560) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มเป้าหมาย 40 คน มีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนดำเนินงาน 22.10 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.78) ค่าเฉลี่ยความรู้หลังดำเนินงาน 23.20 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value =0.002) ด้านเจตคติมีค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินงาน 72.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.79) ค่าเฉลี่ยเจตคติ หลังดำเนินงาน 97.87 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.09) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพบว่า มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.003) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ความรู้เจตคติและการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาเจ้าหน้าที่มีความรู้เจตคติการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอาจเนื่องมาจากการพัฒนาแบบฟอร์ม ปรับปรุงขึ้นให้มีรูปแบบที่บันทึกสะดวก ง่ายต่อการ บันทึกสอดคล้องกับเกณฑ์คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน และมีแนวทางการบันทึกที่ชัดเจน นอกจากนี้ ยังมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อให้ทีมสหวิชาชีพ มีความรู้ความเข้าใจ ในการบันทึกเวชระเบียนใน แนวเดียวกัน สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และร่วมรับรู้ปัญหา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้ความสมบูรณ์เวชระเบียนมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

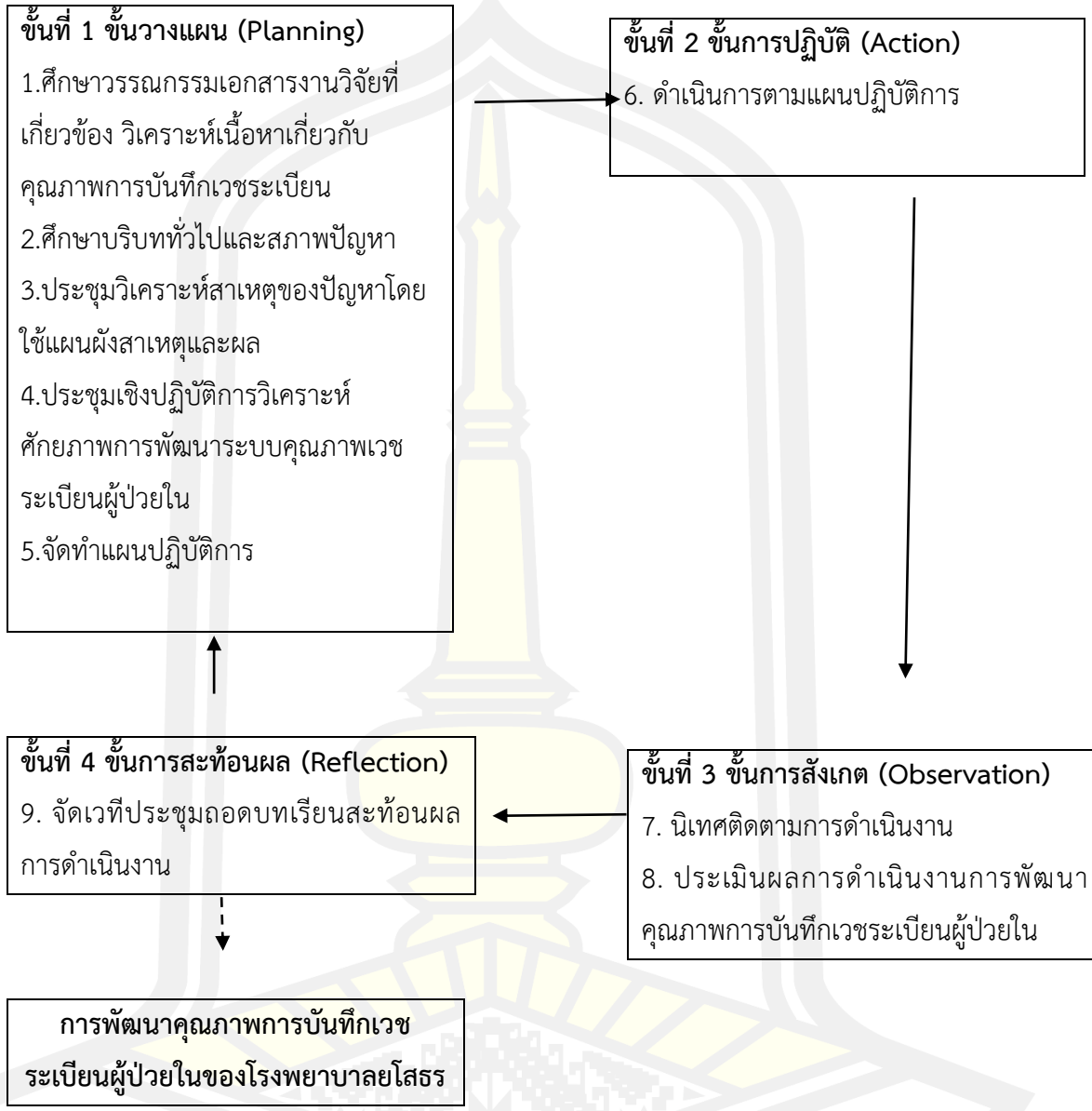
สวรส แก้วศรีทัศน์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปฏิบัติงานในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 101 คน โดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน และแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 101 ฉบับ โดยสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน, แบบสอบถามความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบสอบถามทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และแบบสอบถามการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน, ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.40, 71.30 และ 46.50 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการ

บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรประสบการณ์ทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = .941, p = 0.00) และมีความสัมพันธ์ตรงข้ามกับตัวแปรการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 (r = -.202, p = 0.04) ส่วนตัวแปรการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = .299, p = 0.02)

จตุพร กลมปั่น (2562) ศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรายงานความสมบูรณ์ของการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จากผลวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้พบว่าผู้ใช้ต้นแบบระบบสารสนเทศเพื่อการรายงานความสมบูรณ์ของการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน เชื่อว่าระบบต้นแบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยแก้ปัญหาความไม่สมบูรณ์ของการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน จากระบบรายงานที่ได้จากต้นแบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นและระบบสารสนเทศใช้งานได้ง่ายไม่มีความซับซ้อนใช้เวลาไม่นานในการบันทึกข้อมูล รวมถึงมีการประมวลผลที่ถูกต้อง ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ผู้ใช้ระบบสารสนเทศมีความพึงพอใจต่อระบบสารสนเทศต้นแบบที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมของระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพในระดับความพึงพอใจมากที่สุดซึ่งได้แก่ความเชื่อถือได้ด้านความทันต่อเวลา และความง่ายต่อการใช้งาน ผู้ใช้ข้อมูลระบบสารสนเทศความพึงพอใจต่อระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพในระดับความพึงพอใจมาก ซึ่งได้แก่ ความสมบูรณ์ด้านความเข้าใจง่ายและด้านความเกี่ยวข้องกัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน หลังการ พัฒนาพบว่าเวชระเบียนผู้ป่วย มีความสมบูรณ์ขึ้น และส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการร่วมมือจากทุกวิชาชีพ ที่มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไข และให้ความสำคัญกับการบันทึกเวชระเบียน มากขึ้น มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องกับเวชระเบียน ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรายงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จนการให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดผู้ป่วยใน และปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานที่สัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ ซึ่งพบว่าส่วนที่มีปัญหามากที่สุด คือส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์เช่น การสรุปเวชระเบียนไม่ทันเวลา การวินิจฉัยโรคไม่ครบถ้วน ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสมบูรณ์เวชระเบียนพบว่า เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินการก่อนและหลัง พบว่า ส่วนใหญ่หลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีความรู้และมีเจตคติที่ดีในการบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร โดยกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยตามลำดับดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย
3.6 ขั้นตอนในการวิจัย
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย
3.9 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual Collaborative Research) โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation) และขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา คือช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 – กันยายน 2565 ประชากรที่ใช้ศึกษาคือ จำนวนเวชระเบียนในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาใช้เกณฑ์ร้อยละ 5 (Australian Coding Benchmark Audit) เป็นไปตามคำแนะนำของประเทศออสเตรเลีย ว่าควรมีข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5 แต่หากคำนวณจำนวนเวชระเบียนออกมาแล้วต่ำกว่า 40 แฟ้ม ต้องใช้จำนวน 40 แฟ้มเป็นจำนวนขั้นต่ำ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 33 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเวชเบียนโรงพยาบาลยโสธร รวม 33 คน ซึ่งประกอบไปด้วย

(1) แพทย์	จำนวน 2 คน
(2) นักวิชาการสาธารณสุข	จำนวน 1 คน
(3) พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน 19 คน
(4) เจ้าพนักงานเวชสถิติ	จำนวน 8 คน
(5) เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	จำนวน 3 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion Criteria)ได้แก่

1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธร

2) เป็นคณะกรรมการตรวจสอบการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธร

3) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

2) ผู้ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลในการศึกษาได้

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1) แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical Record Audit Form: IPD) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563) ให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์ตามสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื้อหาในการบันทึกมีทั้งหมด 12 เรื่อง ประกอบด้วย
เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่องได้แก่

1) Discharge summary: Diagnosis และ Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติทางการแพทย์

2) Discharge summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใยสรุปการจำหน่าย 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: บันทึกทางการพยาบาล

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 เวชระเบียนฉบับนั้นจำเป็นต้องมีการบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่าไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง missing

(2) NA หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ (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 เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก

การรวมคะแนน

(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) ไปแปลผลควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ควรจะได้โดยคิดเป็นร้อยละ

3.3.2 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย แบบบันทึกการประชุม, แบบสนทนากลุ่ม, แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบบันทึกการประชุมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร เป็นการบันทึกที่ได้จากการดำเนินการจัดประชุมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

2) แบบสนทนากลุ่ม (Group Discussions) เป็นแบบบันทึกที่ได้จากการทำกระบวนการกลุ่ม เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

3) แบบสังเกต (Observation) โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังปฏิบัติตามแผนในขั้นสังเกต (Observe) เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยมีอุปกรณ์ในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

4) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึกในเนื้อหาการวิจัย ความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล

3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย ประกอบไปด้วย เครื่องมือในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.4.1 ศึกษาเนื้อหา เอกสารตำรา แนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.2 ศึกษาแนวทางพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์การบันทึกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563

3.4.3 ศึกษาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

3.4.4 ศึกษาแนวคิดการพัฒนางานคุณภาพ PDCA หรือ Deming Cycle ประกอบด้วยขั้นตอน การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม (Action)

3.4.5 นำเนื้อหาเอกสารตำราแนวคิดทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

3.4.6 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้มาสร้างข้อความให้ครอบคลุมเนื้อหาวัตถุประสงค์การวิจัยและนำให้ประธานกรรมการและกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์พิจารณา

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้รับการออกแบบเพื่อให้สามารถประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้กันทั้งประเทศและเป็นที่ยอมรับ (แบบประเมินอ้างอิง คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียน 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

3.6 ขั้นตอนในการวิจัย

3.6.1 เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

3.6.1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3.6.1.2 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับบริบททั่วไปของโรงพยาบาลยโสธร และสภาพปัญหาที่ผ่านมาของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3.6.1.3 จัดทำและจัดเตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.6.1.4 ติดต่อประสานงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยเพื่อเตรียมแผนการจัดกิจกรรมและชี้แจงรายละเอียด ขอความร่วมมือในกระบวนการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

3.6.2 ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และ การสะท้อนผล (Reflection) โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.6.2.1ขั้นการวางแผน (Planning) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 4 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุม นำเสนอผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ต่อผู้บริหารโรงพยาบาลยโสธร และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

2) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาลยโสธร

3) ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

4) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยใช้เทคนิคและกระบวนการพัฒนางานคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3.6.2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action Research) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 4 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ดำเนินประชุมกลุ่ม เพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธร

2) อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.6.2.3 ขั้นการสังเกต (Observation) ใช้เวลาในการดำเนินการ 6 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) นิเทศติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยดำเนินการสังเกตและบันทึกผลที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

2) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ดังนี้

(1) เปรียบเทียบผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร โดยทำการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 202 ฉบับ โดยจำนวนที่ตรวจสอบขึ้นกับปริมาณของข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน ขนาดตัวอย่างที่ใช้ โดยอ้างอิงแนวคิดดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

(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 แฟ้ม ต้องใช้จำนวน 40 แฟ้ม เป็นจำนวนขั้นต่ำ เมื่อนำมาคำนวณ ดังนี้

n = 3930 x 0.05

n = 197

ผู้วิจัยได้เพิ่มเวชระเบียนในการตรวจสอบอีก 5 ฉบับ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่คลาดเคลื่อนน้อยที่สุด ได้กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 202 ฉบับ

เมื่อนำมาคำนวณวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systemic Random Sampling) (สมชาย วรกิจเกษมสกุล, 2554) ได้ดังนี้

$$K = \frac{3930}{202}$$

$$= 19$$

ซึ่งหมายความว่า 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: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

1.2 Discharge Summary : Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ

1.3 Informed Consent : บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ

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. วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

3.6.2.4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ใช้เวลาในการดำเนินงาน 1 สัปดาห์ มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

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

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการวิจัย ได้ดำเนินการดังนี้

3.7.1 ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.2 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3.7.3 ติดต่อขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร เพื่อแจ้งให้พื้นที่ได้ทราบ พร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โรงพยาบาลยโสธรเพื่อเตรียมแผนการจัดกิจกรรม และชี้แจงรายละเอียด ขอความร่วมมือในกระบวนการวิจัย ตลอดจนผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้

3.7.5 ตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3.7.6 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

3.7.7 ตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.8.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อสรุปและพรรณนาข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติ Z -test Statistic

3.8.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกตการร่วมกิจกรรม นำมารวบรวม ตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัยโดยพิจารณาจัดกลุ่ม จัดหมวดหมู่ข้อมูลและใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการค้นหา ปัญหา การประชุม การตรวจสอบ และการหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ข้อสรุปในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนวิธีการ และระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ ได้ทราบล่วงหน้า กิจกรรมการ ดำเนินการศึกษาวิจัยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อประโยชน์สูงสุด ในส่วนของข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็น ความลับ ในการวิเคราะห์และนำเสนอจะกระทำในภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการเพื่อหา แนวทางการปฏิบัติให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยต่อไป (ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 391-186/2565 วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565)

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Stephen Kemmis & Mc Taggart (1988) ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observing) และขั้นที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ช่วงเวลาที่ศึกษาเดือนกุมภาพันธ์ 2565 – กันยายน 2565 ประชากรที่ใช้ศึกษาคือ จำนวนเวชระเบียนในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาใช้เกณฑ์ร้อยละ 5 (Australian Coding Benchmark Audit) เป็นไปตามคำแนะนำของประเทศออสเตรเลีย ว่าควรมีข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5 แต่หากคำนวณจำนวนเวชระเบียนออกมาแล้วต่ำกว่า 40 แฟ้ม ต้องใช้จำนวน 40 แฟ้มเป็นจำนวนขั้นต่ำ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) โดยใช้ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการประชุม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรกลุ่มเป้าหมายจำนวน 33 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

4.1 ขั้นวางแผน (Planning)

4.2 ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

4.3 ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observing)

4.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

4.1 ขั้นวางแผน (Planning)

4.1.1 ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4.1.2 ผลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก(In-Depth Interview)

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยศึกษาวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ศึกษาบริบททั่วไปและสภาพปัญหา โดยใช้เครื่องมือ 1) แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก(In-Depth Interview) วิเคราะห์สาเหตุโดยใช้แผนผังสาเหตุ

4.1.1 ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ผู้วิจัยสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาคือเดือน เมษายน 2565 จำนวนเวชระเบียนที่จำหน่ายในเดือนเท่ากับ 3,930 ฉบับ จำนวนเวชระเบียนในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาใช้เกณฑ์ร้อยละ 5 (Australian Coding Benchmark Audit) เป็นไปตามคำแนะนำของประเทศออสเตรเลีย ว่าควรมีข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5 แต่หากคำนวณจำนวนเวชระเบียนออกมาแล้วต่ำกว่า 40 แฟ้ม ต้องใช้จำนวน 40 แฟ้มเป็นจำนวนขั้นต่ำได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 202 ฉบับ ผู้วิจัยได้ทำการประเมิน และให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยใช้แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2563 โดยเนื้อหาในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญ 12 เรื่อง แบ่งเป็น

1) เรื่องที่ต้องบันทึกทุกราย จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่

1. บันทึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน(Discharge Summary: Diagnosis Operation) ในส่วนการสรุปของแพทย์

2. บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary: Others) เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย และส่วนประกอบอื่นๆ

3. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ (Informed Consent)

4. บันทึกแรกรับโดยแพทย์ (History)

5. บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination)

6. บันทึกความก้าวหน้า และ/หรือ การดำเนินโรคโดยแพทย์ (Progress Note)

7. บันทึกการให้การพยาบาล (Nurse's Note)

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนเวชระเบียน เท่ากับ 202 ฉบับ ในแต่ละเนื้อหาจะมีเกณฑ์การประเมินจำนวน 9 ข้อ ยกเว้น Discharge Summary: Others จะมีเกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ โดยการประเมินจะให้ค่าคะแนน 1 คะแนน หากมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์กำหนดในแต่ละเนื้อหานั้น ดังนั้นค่าคะแนนเต็มในแต่ละเนื้อหาส่วนที่เวชระเบียนจะต้องมีการบันทึกทุกราย จะมีค่าคะแนนเต็ม เท่ากับ 1,818 คะแนน (202×9=1,818 คะแนน) ยกเว้น Discharge Summary: Others ที่มีค่าคะแนนเต็มเท่ากับ 1,414 คะแนน (202×7=1,414 คะแนน)

2) เรื่องที่ต้องบันทึกเพิ่มเติมเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง ได้แก่

1. บันทึกการส่งปรึกษา (Consultation Record)

2. บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Record)

3. บันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ (Operative Note)

4. บันทึกการให้การฟื้นฟู/การทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record)

5. บันทึกการคลอด (Labour Record)

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนจำนวน 202 ฉบับพบว่าจำนวนเวชระเบียนที่มีเนื้อหาในส่วนที่ต้องมีการบันทึกเพิ่มเติมนั้น คือในส่วนบันทึกการส่งปรึกษา (Consultation Record) บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Record) บันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ (Operative Note) บันทึกการให้การฟื้นฟู/การทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record) มีจำนวนเวชระเบียน 11 24 24 และ 9 ฉบับตามลำดับ ในเนื้อหาส่วน บันทึกการคลอด (Labour Record) นั้นผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเนื้อหา Consultation Record ,Anesthetic Record, Operative Note, Rehabilitation Record และ Labour Record ในกลุ่มตัวอย่างการศึกษาคุณภาพของเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลยโสธร จำนวน 202 ฉบับ

เนื้อหา	จำนวนเวชระเบียน(ร้อยละ)
Consultation Record	11(5.44)
Anesthetic Record	24(11.88)
Operative Note	24(11.88)
Rehabilitation Record	9(4.46)
Labour Record	0(0.00)

เรื่องที่ต้องบันทึกทุกราย จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่

1. บันทึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary: Diagnosis Operation) ในส่วนการสรุปของแพทย์

2. บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary: Others) เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย และส่วนประกอบอื่นๆ

3. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ (Informed Consent)

4. บันทึกแรกรับโดยแพทย์ (History)

5. บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination)

6. บันทึกความก้าวหน้า และ/หรือ การดำเนินโรคโดยแพทย์ (Progress Note)

7. บันทึกการให้การพยาบาล (Nurse's Note)

1. บันทึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary: Diagnosis Operation)

1.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของการบันทึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary: Diagnosis Operation)

จากการศึกษาเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร พบว่า ในเนื้อหาส่วนบันทึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary: Diagnosis Operation) ซึ่งเนื้อหาในส่วนนี้เป็นเนื้อหาที่เวชระเบียนทุกฉบับต้องมี ดังนั้นจำนวนข้อมูลในส่วนนี้จึงมีจำนวนเท่ากับ 202 ฉบับ ค่าคะแนนในแต่ละข้อจึงมีค่าเท่ากับ 202 คะแนน จากการประเมินเวชระเบียนที่สุ่มมา พบว่า เกณฑ์ในข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนวินิจฉัยหลัก (Principle Diagnosis) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) ถูกต้องครบถ้วนและข้อที่ 5 ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป การวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) การวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) สาเหตุจากภายนอก (external cause) การทำหัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้ มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนได้ถูกต้องเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนเวชระเบียนที่ทำการสุ่มมาทั้งหมด

ในส่วนของคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนที่ยังมีการบันทึกไม่ถูกต้องครบถ้วน และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้ได้คุณภาพเพิ่มขึ้นคือ เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและหรือการผ่าตัด (procedure/operation) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเวชระเบียนจำนวน 202 ฉบับ พบว่ามีการบันทึกข้อมูลเป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 131 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 64.85 เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (operating room procedure) ทุกครั้ง พบว่ามีการบันทึกข้อมูลเป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 98 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 48.51 เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วน clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) พบว่ามีการบันทึกข้อมูลเป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 141 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 69.80 เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน พบว่ามีการบันทึกข้อมูลเป็นไปตามเกณฑ์ 136 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 67.33

เนื้อหาประเมินในเกณฑ์ข้อที่ 8 สรุป discharge status และ discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ ข้อที่ 9 มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนเท่ากับร้อยละ 98.51 และ 91.09 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Discharge Summary: Diagnosis Operation (ในส่วนการสรุปของแพทย์) โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) ดังนี้ 1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (ตัวอย่างคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10: “D64.8 Other specified anaemias” “J20.9 Acute bronchitis, unspecified” เป็นต้น) และ 2) สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน principal diagnosis สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และมีเพียงโรคเดียว	202	202	100.00
ข้อที่ 2	สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) ดังนี้ 1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD และ 2) สรุปการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และสรุปสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (external cause) (ถ้ามี) สอดคล้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน 3) การสรุปโรคให้ใช้ภาษาไทยได้เฉพาะในส่วนของ external cause เท่านั้น - กรณีที่ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA	202	202	100.00

ตารางที่ 3 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Discharge Summary: Diagnosis Operation (ในส่วนการสรุปของแพทย์) โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 3	สรุปการทำหัตถการและหรือการผ่าตัด (procedure/operation) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน - กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA	202	131	64.85
ข้อที่ 4	บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (operating room procedure) ทุกครั้ง - กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA	202	98	48.51
ข้อที่ 5	ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป การวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) การวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) สาเหตุจากภายนอก (external cause) การทำหัตถการและหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้ - ในกรณีที่จำเป็นต้องสรุปด้วยตัวย่อสามารถใช้ตัวย่อที่อ้างอิงตาม WHO ICD 10 และ ICD 9 CM	202	202	100.00

ตารางที่ 3 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Discharge Summary: Diagnosis Operation (ในส่วนการสรุปของแพทย์) โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 6	สรุปข้อมูลในส่วน clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้ (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา (2) การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค (investigated) ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี) (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี) (5) Home medication	202	141	69.80
ข้อที่ 7	สรุปสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน - กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA	202	136	67.33
ข้อที่ 8	สรุป discharge status และ discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ	202	199	98.51
ข้อที่ 9	มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary	202	184	91.09

1.2 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของการบันทึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary: Diagnosis Operation)

จากการประเมินตามเกณฑ์การประเมิน พบว่าเกณฑ์ในข้อที่ 3,4,6 และ 7 มีค่าคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 80 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธรได้มีมติร่วมกันว่าการบันทึกเวชระเบียนทุกเกณฑ์ต้อง ≥ ร้อยละ 80 คือ 64.85 48.51 69.80 และ 67.33 ตามลำดับ เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและหรือการผ่าตัด (procedure/operation) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน การพัฒนาในส่วนนี้โดยให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้บันทึก โดยให้มีการบันทึกการวินิจฉัย และการให้หัตถการที่เป็นไปตามมาตรฐาน เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (operating room procedure) ทุกครั้ง การพัฒนาในส่วนนี้โดยให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้บันทึกให้ข้อมูลถูกต้องสมบูรณ์และเป็นไปตามมาตรฐาน เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วน clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้(1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา(2) การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค (investigated) ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี) (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี) (5) Home medication การพัฒนาในส่วนนี้ให้พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยช่วยในการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องสมบูรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน และเกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA การพัฒนาในส่วนนี้โดยให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้บันทึก สรุปสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน ตามเกณฑ์มาตรฐาน

2. บันทึกสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary: Others) เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่าย และส่วนประกอบอื่นๆ

2.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของบันทึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ของใบสรุปการจำหน่าย และส่วนประกอบอื่นๆ (Discharge Summary: Others)

เนื้อหาในส่วนของการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในส่วนอื่นๆ (Discharge Summary: Others) คือใบบันทึกสรุปการจำหน่ายซึ่งจำเป็นต้องมีการบันทึกในเวชระเบียนทุกฉบับ จากการศึกษาคุณภาพการบันทึกในส่วนนี้ พบว่า เกณฑ์การประเมินข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย ถูกต้องครบถ้วน ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย ข้อที่ 7 มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ ในกลุ่มตัวอย่างนั้นมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 100

ในส่วนเนื้อหาในเกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เวชระเบียนจำนวน 202 ฉบับ มีการบันทึกข้อมูลเป็นไปตามเกณฑ์ 68 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 33.66

เนื้อหาประเมินในเกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว ข้อที่ 5 มีข้อมูลวัน เดือน ปี และเวลาที่ admit วัน เดือน ปี และเวลาที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ข้อที่ 6 มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (LOS: length of stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน พบว่า มีคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน เท่ากับ 96.04 92.57 และ 97.52 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน (Discharge Summary: Others โดยจำแนกตามเกณฑ์(n=202)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย ถูกต้องครบถ้วน - กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้ - กรณีที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ มีระบุ“ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ”	202	202	100.00
ข้อที่ 2	มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว - กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ มีระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” - กรณีชาวต่างชาติ มีระบุเลขที่หนังสือเดินทาง - กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มีระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สึกตัว” - กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน มีระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”	202	194	96.04

ตารางที่ 4 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน (Discharge Summary: Others โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 3	มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย - กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สึกตัว” - กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ต้องระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน” - กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถซักประวัติได้ ต้องระบุ “ซักประวัติไม่ได้”	202	202	100.00
ข้อที่ 4	มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน	202	68	33.66
ข้อที่ 5	มีข้อมูลวัน เดือน ปี และเวลาที่ admit วัน เดือน ปี และเวลาที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน	202	187	92.57
ข้อที่ 6	มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (LOS: length of stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน	202	197	97.52
ข้อที่ 7	มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ	202	202	100.00

2.2 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของบันทึกก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ของใบสรุปการจำหน่าย และส่วนประกอบอื่นๆ (Discharge Summary: Others)

หากพิจารณาจากการประเมินการบันทึกคุณภาพเวชระเบียน ในส่วนเนื้อหาของการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในส่วนอื่นๆ (Discharge Summary: Others) พบว่า เกณฑ์ในข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน มีค่าคะแนนประเมินต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.66 จึงจำเป็นต้องพัฒนาในส่วนนี้ โดยให้พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยช่วยในการปริ้นสติ๊กเกอร์ติดเวชระเบียนของคนไข้ทุกแผ่นและให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน

3. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ (Informed Consent)

3.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของใบรับทราบ และยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ (Informed Consent)

จากการศึกษาเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร พบว่า ในเนื้อหาส่วนใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ (Informed Consent)ซึ่งเนื้อหาในส่วนนี้เป็นเนื้อหาที่เวชระเบียนทุกฉบับต้องมี ดังนั้นจำนวนข้อมูลในส่วนนี้จึงมีจำนวนเท่ากับ 202 ฉบับ ค่าคะแนนในแต่ละข้อจึงมีค่าเท่ากับ 202 คะแนน จากการศึกษา พบว่า เกณฑ์ที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน มีค่าคะแนนมากที่สุด มีการบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน 159 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 78.71 เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา มีค่าคะแนนต่ำสุด มีการบันทึกได้ถูกต้องครบถ้วน 25 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 12.38 เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน เกณฑ์ข้อที่ 5 ลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกณฑ์ข้อ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6) เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6) จากการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความถูกต้องของข้อมูล 139 157 63 96 154 61 และ 61 ฉบับ ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 68.81 77.72 31.19 47.52 76.24 30.20 และ 30.20 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Informed Consent โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน	202	139	68.81
ข้อที่ 2	มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา	202	157	77.72
ข้อที่ 3	มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอมโดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้ 1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉินหรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง 2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น	202	159	78.71

ตารางที่ 5 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Informed Consent โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 4	มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน - กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”	202	63	31.19
ข้อที่ 5	ลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย	202	96	47.52
ข้อที่ 6	มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ	202	154	76.24
ข้อที่ 7	มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)	202	61	30.20
ข้อที่ 8	มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6) - กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ	202	61	30.20
ข้อที่ 9	มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา	202	25	12.38

3.2 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของใบรับทราบและยินยอม/ทำหัตถการ (Informed Consent)

หากพิจารณาจากการประเมินการบันทึกคุณภาพเวชระเบียน ในส่วนเนื้อหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของใบรับทราบและยินยอม/ทำหัตถการ (Informed Consent) พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธรที่ตั้งไว้ ≥ ร้อยละ 80 ของทุกเกณฑ์ ในเนื้อหาส่วนนี้ (Informed Consent) ความสมบูรณ์ของการบันทึกมากสุด คือเกณฑ์ข้อที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 78.71 และน้อยสุด คือเกณฑ์ข้อที่ 9 คิดเป็นร้อยละ 12.38 ในเนื้อหาส่วนนี้ต้องนำเข้าทบทวนกับคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเพื่อทบทวนกระบวนการบันทึกคุณภาพเวชระเบียนให้มีความถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์

4. บันทึกแรกรับโดยแพทย์ (History)

4.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของบันทึกแรกรับโดยแพทย์ (History)

ในเนื้อหาส่วน History คือเอกสารการบันทึกแรกรับของแพทย์ (ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น) พบว่า ไม่มีการบันทึกข้อมูลในส่วนตามเกณฑ์ที่การบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนร้อยละ 100 ทำให้ต้องมีการพัฒนาการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า ข้อ 1 บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ข้อที่ 2 บันทึก present illness: ในส่วน 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องมีอย่างน้อย 3 ข้อ เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการการดูแลตนเองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล) ข้อที่ 4 บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย ข้อที่ 5 บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ ข้อที่ 6 บันทึกประวัติอื่น ๆ ดังนี้(1) Family history หรือ personal history หรือ social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้(2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน(3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development ข้อที่ 7 บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อแพทย์ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination) ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

มีความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนเท่ากับร้อยละ 78.71 68.81 48.51 83.66 41.09 22.28 71.29 53.96 และ 33.66 ตามลำดับ โดยในข้อที่ 6 ควรได้รับให้มีการพัฒนามากที่สุด เนื่องจากมีการบันทึกข้อมูลความสมบูรณ์ต่ำสุด คือ 45 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 22.28 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน History (บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์) โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล	202	159	78.71
ข้อที่ 2	บันทึก present illness: ในส่วน 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องมีอย่างน้อย 3 ข้อ - กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ“ซักประวัติไม่ได้”	202	139	68.81
ข้อที่ 3	บันทึก present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล) - กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนต้องระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด” - กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”	202	98	48.51

ตารางที่ 6 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน History (บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์) โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 4	บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย - กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี - กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”	202	169	83.66
ข้อที่ 5	บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ - กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” - กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ“ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่น ๆ” หรือข้อความอื่น ที่แสดงถึงมีการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น	202	83	41.09
ข้อที่ 6	บันทึกประวัติอื่น ๆ ดังนี้ 1) Family history หรือ personal history หรือ social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้ 2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน 3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development	202	45	22.28
ข้อที่ 7	บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ	202	144	71.29

ตารางที่ 6 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน History (บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์) โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 8	มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อแพทย์ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination) - กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่	202	109	53.96
ข้อที่ 9	ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ	202	68	33.66

4.2 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของการบันทึกแรกรับโดยแพทย์ (History)

พบปัญหาในเกณฑ์ข้อที่ 6 ในเรื่องของบันทึกประวัติอื่น ๆ ดังนี้ (1) Family history หรือ personal history หรือ social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้ (2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน (3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development เนื้อหาส่วนนี้สามารถบันทึกได้จากการซักประวัติ โดยพยาบาลผู้ทำการซักประวัติการรักษาและบันทึกเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การบันทึกข้อมูลให้เรียบร้อยตั้งแต่แรกจะทำให้ได้รับข้อมูลในส่วนนี้เพิ่มเติมมากขึ้น แล้วให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้ลงนาม รับทราบในการรักษา

5. บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination)

5.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วน บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination)

ในส่วนเนื้อหาของการบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination) ไม่พบเนื้อหาในส่วนเกณฑ์การประเมินใดที่มีความครบถ้วนในการบันทึกข้อมูล ได้ครบถ้วนร้อยละ 100 จากการตรวจคุณภาพข้อมูลเกณฑ์ที่มีคุณภาพมากที่สุด 3 ลำดับได้แก่ เกณฑ์ข้อที่ 7 1 และ 3 มี

ค่าคะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกเท่ากับ 187 184 และ 182 คิดเป็น 92.57 91.09 และ 90.10 ตามลำดับ ในส่วนที่ต้องพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ได้แก่ เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้ โดยมีคะแนนความสมบูรณ์ต่ำสุด คือ ตรวจพบมีการบันทึกเวชระเบียนสมบูรณ์ครบถ้วน 47 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 23.27 ข้อที่ 9 มีการบันทึกลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบ ในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อนามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ history) กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่ ตรวจพบมีการบันทึกเวชระเบียนสมบูรณ์ครบถ้วน 109 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 53.96 ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ตรวจพบมีการบันทึกเวชระเบียนสมบูรณ์ครบถ้วน 114 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 56.44 ข้อที่ 2 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

(1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย (2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม ตรวจพบมีการบันทึกเวชระเบียนสมบูรณ์ครบถ้วน 139 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 68.81 และข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (problem list) ตรวจพบมีการบันทึกเวชระเบียนสมบูรณ์ครบถ้วน 157 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 77.22 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Physical Examination โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	มีการบันทึก vital signs: temperature, pulse rate, respiration rate และ blood pressure (กรณี blood pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปีโดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)	202	184	91.09
ข้อที่ 2	มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้ (1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย (2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น - กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม	202	139	68.81
ข้อที่ 3	มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint ซึ่งมิใช่เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “WNL”	202	182	90.10
ข้อที่ 4	มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง - ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติ หรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟฟิกได้ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3	202	114	56.44
ข้อที่ 5	มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ ซึ่งมิใช่เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “ทุกระบบ WNL”	202	177	87.62
ข้อที่ 6	มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (problem list)	202	157	77.22

ตารางที่ 7 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Physical Examination โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 7	มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย	202	187	92.57
ข้อที่ 8	มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้ - กรณีบันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้	202	47	23.27
ข้อที่ 9	มีการบันทึกลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบ ในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ history) - กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่	202	109	53.96

5.2 แนวทางการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของการบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical Examination)

เนื้อหาในส่วนของการบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ในส่วนที่จะต้องมีการพัฒนาให้มีความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ เกณฑ์ข้อที่ 8 9 4 2และ 6 ซึ่งตรวจพบความสมบูรณ์ถูกต้อง 47 109 56.44 68.81 และ 77.22 คิดเป็นร้อยละ 23.27 53.96 56.44 68.81 และ 77.22 ตามลำดับ โดยเฉพาะในเกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้ ซึ่งมีความสมบูรณ์ต่ำสุด คิดเป็นร้อยละ 23.27 เพื่อให้คุณภาพความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น ให้พยาบาลที่รับผู้ป่วยเข้านอนที่ตึกเป็นผู้ทำการบันทึกในส่วนนี้ให้เป็นไปตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน

6. บันทึกความก้าวหน้า และ/หรือ การดำเนินโรคโดยแพทย์ (Progress Note)

6.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนบันทึกความก้าวหน้า และ/หรือ การดำเนินโรคโดยแพทย์ (Progress Note)

ในเนื้อหาส่วนบันทึกความก้าวหน้าของแพทย์ (Progress Note) จากการประเมินเวชระเบียนในกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมา พบว่า ข้อที่ 4 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยา หรือมีการทำinvasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล ข้อที่ 6 มีการบันทึกการแปลผล investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษาเมื่อผล investigation ผิดปกติ ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก ข้อที่ 9 การลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี order for one day และ continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด มีการบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 100

ในส่วนของเกณฑ์ข้อที่ 1 มีการลงวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก progress note เป็นส่วนที่มีคะแนนความสมบูรณ์น้อยที่สุดและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา จากการสุ่มตรวจเวชระเบียน 202 ในส่วนนี้มีเวชระเบียนที่บันทึกได้ครบถ้วนจำนวน 39 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 19.31

ในส่วน ข้อที่ 2 มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก ข้อที่ 5 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยาหรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล ข้อที่ 7 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก จากการตรวจเวชระเบียนมีเวชระเบียนที่บันทึกได้ถูกต้องเหมาะสมจำนวนเท่ากันจำนวน 199 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.51 ข้อที่ 3 มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (subjective, objective, assessment, plan)ใน 3 วันแรก จากการตรวจบันทึกเวชระเบียนพบว่า เวชระเบียนที่มีการบันทึกได้ถูกต้องเหมาะสมจำนวน 197 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.52 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Progress Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	มีการลงวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก progress note	202	39	19.31
ข้อที่ 2	มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก	202	199	98.51
ข้อที่ 3	มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (subjective, objective, assessment, plan)ใน 3 วันแรก	202	197	97.52

ตารางที่ 8 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Progress Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 4	มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยา หรือมีการทำinvasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล	202	202	100.00
ข้อที่ 5	บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยาหรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล	202	199	98.51
ข้อที่ 6	มีการบันทึกการแปลผล investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษาเมื่อผล investigation ผิดปกติ	202	202	100.00
ข้อที่ 7	มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก	202	199	98.51
ข้อที่ 8	มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก	202	202	100.00
ข้อที่ 9	การลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี order for one day และ continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด - กรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพที่รับคำสั่ง (รคส.) หรือมีการสั่งการรักษาทางช่องทางอื่นๆ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษา	202	202	100.00

6.2 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของบันทึกความก้าวหน้าและ/หรือ การดำเนินโรคโดยแพทย์ (Progress Note)

จากการตรวจการบันทึกเนื้อหาในส่วนการบันทึกความก้าวหน้าโดยแพทย์ (Progress Note) พบว่า ในส่วนที่ต้องมีการพัฒนาคือเกณฑ์ข้อที่ 1 มีการลงวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก

progress note ซึ่งตรวจพบการบันทึกที่สมบูรณ์ถูกต้องเพียง 39 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 19.31 ในส่วนนี้จะมีการลงวันเดือนปีในของแต่ละวันที่มีการเปลี่ยนแปลงจะขาดในส่วนของเวลา มอบหมายให้พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยช่วยในการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องและได้ตามเกณฑ์

7. บันทึกการให้การพยาบาล (Nurse's Note)

7.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนการบันทึกการให้การพยาบาล (Nurse's Note)

เนื้อหาในส่วนนี้การบันทึกการให้การพยาบาล (Nurse's Note) ต้องมีการบันทึกในทุกเวชระเบียน จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อมูลเวชระเบียนในเกณฑ์ข้อที่ 1 2 3 4 5 6 และ 7 มีเวชระเบียนที่มีการบันทึกได้ถูกต้องครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 100 ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปีเวลา และการลงลายมือชื่อ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มตรวจเวชระเบียนที่บันทึกได้ถูกต้องเหมาะสม 199 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.51 ในส่วนที่ต้องมีการพัฒนาคือในเกณฑ์ข้อที่ 8 การจำหน่ายผู้ป่วย(8.1) มีการสรุปอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพ รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และ(8.2)มีการระบุ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)(8.3) ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อต้องส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เป็นเกณฑ์ที่มีคะแนนต่ำสุดมีการบันทึกได้ถูกต้องเหมาะสมเพียง 35 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 17.33 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Nurse's Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่ 1.1 อาการสำคัญ: อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดที่ต้องมาพบแพทย์ โดยระบุอาการหลัก เพียง 1- 2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการส่วนประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง คือการซักถามถึงอาการหรือ เหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้นนั้น และ	202	202	100.00

ตารางที่ 9 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Nurse's Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
	1.2 อาการผู้ป่วยแรกรับ ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย และระบุเวลาแรกรับผู้ป่วย ไว้ในความดูแล			
ข้อที่ 2	การระบุปัญหาทางการพยาบาล 2.1 มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ/หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	202	202	100.00
ข้อที่ 3	กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) 3.1 ระบุกิจกรรมการพยาบาล ที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย และ 3.2 มีการประเมินซ้ำ: ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมิน การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล โดยในบันทึกการพยาบาล ควรระบุอาการหรือ อาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม ทันเวลา และ/หรือ 3.3 ระบุกิจกรรมที่ตอบสนอง ต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)	202	202	100.00
ข้อที่ 4	การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล 4.1 มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือการรักษาของแพทย์	202	202	100.00

ตารางที่ 9 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Nurse's Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 5	4.2 มีบันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด โดยบันทึก วันเดือนปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น การให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาล 5.1 มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือด้านร่างกาย และหรือ ด้านอารมณ์ จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว	202	202	100.00
ข้อที่ 6	การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Discharge plan) 6.1 มีการบันทึกระบุอาการ หรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และ 6.2 มีการบันทึก 6.2.1 การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเอง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และหรืออาจมีการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง 6.2.2 มีการระบุข้อมูล ที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และหรือ ฝึกทักษะของผู้ป่วย/ครอบครัว	202	202	100.00

ตารางที่ 9 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Nurse's Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 7	การประสานการดูแลต่อเนื่อง 7.1 มีการระบุปัญหา ความต้องการ ข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาล และในเครือข่าย/ชุมชน 7.2 มีบันทึกการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือละให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม (ถ้ามี)	202	202	100.00
ข้อที่ 8	การจำหน่ายผู้ป่วย 8.1 มีการสรุปอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพ รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และ 8.2 มีการระบุ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี) 8.3 ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อต้องส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)	202	35	17.33
ข้อที่ 9	การบันทึกวันเดือนปีเวลา และการลงลายมือชื่อ 9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา 9.1.1 แรกรับ: ระบุวันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล 9.1.2 ระหว่างการดูแล: 9.1.2.1 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันการณ์ และการตอบสนอง	202	199	98.51

ตารางที่ 9 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Nurse's Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=202) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 9	9.1.2.2 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ในคำสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา 9.1.2.3 มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (medication administration record) ที่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา 9.1.3 ก่อนจำหน่าย: ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน 9.2 การบันทึกและลงลายมือชื่อ 9.2.1 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ 9.2.2 มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา (medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก **หมายเหตุ** หัก 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ในกรณีมีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวันและทุกเวร			

7.2 แนวทางการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของการบันทึกการให้การพยาบาล (Nurse's Note)

การบันทึกในส่วนการให้การพยาบาล พยาบาล (Nurse's Note) เป็นการบันทึกในส่วนที่พยาบาลวิชาชีพในแต่ละเวร ซึ่งในส่วนที่มีการบันทึกที่ยังมีข้อบกพร่องที่ยังต้องพัฒนาคือ เกณฑ์ข้อที่ 8 การจำหน่ายผู้ป่วย (8.1) มีการสรุปอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพ รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และ (8.2) มีการระบุ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี) (8.3) ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อต้องส่งต่อสถานบริการ หรือ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เป็นเกณฑ์ที่มีคะแนนต่ำสุดมีการบันทึกได้ถูกต้องเหมาะสมเพียง 35 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 17.33 พยาบาลประจำตึกต้องให้ความสำคัญและบันทึกให้ถูกต้องเป็นไปตามเกณฑ์ในแต่ละเวร ข้อมูลส่วนนี้นับว่าสำคัญมีการเชื่อมโยงการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ หรือแม้กระทั่งการวางแผนการจำหน่ายเพื่อติดตามการรักษา หรือดูแลที่บ้าน ในเนื้อหาส่วนนี้ยังรวมไปถึงการเตรียมญาติผู้ป่วย ในการดูแลภาวการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นการเชื่อมโยงกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลตนเองที่บ้าน การนัดหมายการตรวจติดตามรักษา

เรื่องที่ต้องบันทึกเพิ่มเติมเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง ได้แก่

1. บันทึกการส่งปรึกษา (Consultation Record)
2. บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Record)
3. บันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ (Operative Note)
4. บันทึกการให้การฟื้นฟู/การทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record)
5. บันทึกการคลอด (Labour Record)

1. บันทึกการส่งปรึกษา (Consultation Record)

1.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วน บันทึกการส่งปรึกษา (Consultation Record)

เนื้อหาในส่วนนี้ การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วน บันทึกการส่งปรึกษา (Consultation Record) จะพบในบางเวชระเบียนเท่านั้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเวชระเบียนที่ส่งปรึกษาจำนวน 11 ฉบับ โดยพบว่า ข้อที่ 3 มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา

ข้อที่ 6 มีบันทึกความเห็น หรือแผนการรักษา หรือการให้คำแนะนำ ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ความครบถ้วนในการบันทึกข้อมูลเท่ากับร้อยละ 100

ในส่วน ข้อที่ 4 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และ ข้อที่ 9 แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษาลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด จากการตรวจประเมินกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความถูกต้องครบถ้วน 10 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.91

ในส่วนที่ต้องมีการพัฒนาคือเกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา ข้อที่ 2 มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติมและคำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษาและข้อที่ 7 มี

บันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วยมีคะแนนความสมบูรณ์เท่ากันอยู่ที่ 6 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 54.55 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Consultation Record โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=11)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	มีบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา	11	6	54.55
ข้อที่ 2	มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน	11	6	54.55
ข้อที่ 3	มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา	11	11	100.00
ข้อที่ 4	มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม - กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา จะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 1-4 - กรณีเป็นเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกขอปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม	11	10	90.91
ข้อที่ 5	มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติมและคำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา	11	6	54.55
ข้อที่ 6	มีบันทึกความเห็น หรือแผนการรักษา หรือการให้คำแนะนำ	11	11	100.00
ข้อที่ 7	มีบันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย	11	6	54.55

ตารางที่ 10 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Consultation Record โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=11) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 8	มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม - กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 5-8 - กรณีเป็นเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการให้คำปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม	11	11	100.00
ข้อที่ 9	แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษาลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด	11	10	90.91

1.2 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของการบันทึกการส่งปรึกษา (Consultation Record)

เนื้อหาในส่วนที่ต้องมีการพัฒนาคือเกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา ข้อที่ 2 มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติมและคำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษาและข้อที่ 7 มีบันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วยมีคะแนนความสมบูรณ์เท่ากันอยู่ที่ 6 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 54.55 พัฒนาโดยการให้แพทย์ผู้ขอคำปรึกษาและแพทย์ผู้ให้การปรึกษาลงข้อมูลให้ถูกต้องตามเกณฑ์และกำชับให้พยาบาลประจำตึกดูการบันทึกในแต่ละเกณฑ์ให้ครบถ้วนถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินหากไม่มีการบันทึกก็ให้นำมาให้แพทย์บันทึกให้เรียบร้อยเวลาที่แพทย์ไปตรวจคนไข้ที่หอผู้ป่วย

2. บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Record)

2.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Record)

เนื้อหาในส่วนนี้ การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วน บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Record) จะพบในบางเวชระเบียนเท่านั้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเวชระเบียนที่ส่งเพื่อบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกจำนวน 24 ฉบับ โดยพบว่า เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์ หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 4 มีบันทึกก่อนการผ่าตัด (pre anesthetic evaluation) โดยทีมวิสัญญี มีการระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้น(1) กรณีที่ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด (2) กรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้ ได้ความครบถ้วนในการบันทึกข้อมูล เท่ากับร้อยละ 100

ในส่วนเกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและวิธีให้ยาระงับความรู้สึก ข้อที่ 6 มีบันทึก intake, output, blood loss, total intake และ total output ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุ ชื่อ นามสกุล วิสัญญีแพทย์ /พยาบาล ที่รับผิดชอบ กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า วิสัญญีแพทย์ /พยาบาล เป็นผู้ใดเป็นผู้บันทึก ได้คะแนนความสมบูรณ์เท่ากันที่ 22 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.67 และเกณฑ์ที่ 7 บันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (recovery room) ตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยทีมวิสัญญี ยกเว้น กรณีที่ผู้ป่วย on endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วย ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA ข้อที่ 8 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี และต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา” ได้คะแนนความสมบูรณ์เท่ากันที่ 20 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.33

ในส่วนที่ต้องมีการพัฒนาส่วนบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Record) คือเกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ มีคะแนนการบันทึกต่ำสุดคือมีการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้อง 12 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 50 และข้อที่ 5 มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที มีความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน 18 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 75 ตามที่แสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 11 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Anesthetic Record โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=24)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	มีการบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและวิธีให้ยาระงับความรู้สึก	24	22	91.67
ข้อที่ 2	มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์	24	12	50.00
ข้อที่ 3	มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์ หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์	24	24	100.00
ข้อที่ 4	มีบันทึกก่อนการผ่าตัด (pre anesthetic evaluation) โดยทีมวิสัญญี มีการระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้น (1) กรณีที่ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด (2) กรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้	24	24	100.00
ข้อที่ 5	มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที	24	18	75.00
ข้อที่ 6	มีบันทึก intake, output, blood loss, total intake และ total output	24	22	91.67
ข้อที่ 7	บันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (recovery room) ตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยทีมวิสัญญี ยกเว้น - กรณีที่ผู้ป่วย on endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วย ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA	24	20	83.33
ข้อที่ 8	มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี และต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา”	24	20	83.33

ตารางที่ 11 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Anesthetic Record โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=24) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 9	มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุ ชื่อ นามสกุล วิสัญญีแพทย์ /พยาบาล ที่รับผิดชอบ - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า วิสัญญีแพทย์ / พยาบาล เป็นผู้ใดเป็นผู้บันทึก	24	22	91.67

2.2 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของการบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Record)

ในส่วนที่ต้องมีการพัฒนาส่วนบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic Record) คือเกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ มีคะแนนการบันทึกต่ำสุดคือมีการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้อง 12 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 50 และข้อที่ 5 มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที มีความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน 18 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 75 การพัฒนาในส่วนนี้เป็นส่วนที่แพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบในการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นผู้รับผิดชอบในการบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกให้เป็นไปตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3. บันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ (Operation Note)

3.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนบันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ (Operation Note)

เนื้อหาในส่วนนี้ การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนบันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ (Operation Note) จะพบในบางเวชระเบียนเท่านั้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเวชระเบียนที่ส่งทำหัตการจำนวน 24 ฉบับ โดยพบว่า เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น ข้อที่ 3 มีบันทึกชื่อการทำหัตถการถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น ข้อที่ 4 มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบสอดคล้องกับ post-operative diagnosis ข้อที่ 5 มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการประกอบด้วย position incision สิ่งที่ตัดออก เป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ข้อที่ 7 มี

บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม กรณีเป็น operative note แบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีการบันทึกเวชระเบียนครบถ้วนร้อยละ 100 เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด (สามารถใช้คำว่า minimal blood loss ได้) กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ “ไม่มี” ข้อที่ 8 มีบันทึก ชื่อ-นามสกุล คณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และ scrub nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกมีคะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกเท่ากันคือ 22 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.67

ส่วนในเกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุดได้แก่ ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (pre-operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (post-operative diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย post-operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ “same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือเครื่องหมาย “----------” หรืออื่นๆ มีความสมบูรณ์ของการบันทึกคือ 20 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.33 ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Operation Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=24)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น	24	24	100.00
ข้อที่ 2	มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (pre-operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (post-operative diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย post-operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ “same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือเครื่องหมาย “----------” หรืออื่นๆ	24	20	83.33

ตารางที่ 12 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Operation Note โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=24) (ต่อ)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 3	มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น	24	24	100.00
ข้อที่ 4	มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ post-operative diagnosis	24	24	100.00
ข้อที่ 5	มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการประกอบด้วย position incision สิ่งที่ตัดออก เป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ	24	24	100.00
ข้อที่ 6	มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด (สามารถใช้คำว่า minimal blood loss ได้) - กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ “ไม่มี”	24	22	91.67
ข้อที่ 7	มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ	24	24	100.00
ข้อที่ 8	มีบันทึก ชื่อ-นามสกุล คณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์วิสัญญี และ scrub nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก	24	22	91.67
ข้อที่ 9	มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อนามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม - กรณีเป็น operative note แบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม	24	24	100.00

3.2 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของการบันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ (Operation Note)

จากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของการบันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ พบว่า เกณฑ์ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุดได้แก่ ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำ

หัตถการ (pre-operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (post-operative diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย post-operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ “same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือเครื่องหมาย “----------” หรืออื่นๆ มีความสมบูรณ์ของการบันทึกคือ 20 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.33 การดำเนินการพัฒนาให้แพทย์เจ้าของไข้ลงข้อมูลให้เรียบร้อยก่อนการดำเนินการผ่าตัดในประเด็นนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

4. บันทึกการให้การฟื้นฟู/การทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record)

4.1 การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนการบันทึกการให้การฟื้นฟู/การทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record)

เนื้อหาในส่วนนี้ บันทึกการให้การฟื้นฟู/การทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record)จะพบในบางเวชระเบียนเท่านั้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเวชระเบียนที่ส่งการฟื้นฟู/การทำกายภาพบำบัด จำนวน 9 ฉบับ โดยพบว่า เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้อง หรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ข้อที่ 8 มีบันทึกรายละเอียดการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient and family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง มีการบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 100

ในส่วนของเกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัดและระยะเวลาที่ใช้ ข้อที่ 9 การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือนักกายภาพบำบัดให้ระบุ ชื่อ สกุล และตำแหน่งโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด ผู้บันทึกการทำกายภาพบำบัดเป็นผู้ใด มีคะแนนความสมบูรณ์ในการบันทึกเท่ากันอยู่ที่ 6 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 66.67 ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ร้อยละของการประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Rehabilitation Record โดยจำแนกตามเกณฑ์ (n=9)

	เกณฑ์พิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ข้อที่ 1	มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ	9	9	100.00
ข้อที่ 2	มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ	9	9	100.00
ข้อที่ 3	มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้อง หรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ	9	9	100.00
ข้อที่ 4	มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ ข้อห้าม และข้อควรระวัง	9	9	100.00
ข้อที่ 5	มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัดและระยะเวลาที่ใช้	9	6	66.67
ข้อที่ 6	มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้	9	9	100.00
ข้อที่ 7	มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	9	9	100.00
ข้อที่ 8	มีบันทึกรายละเอียดการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient and family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง	9	9	100.00
ข้อที่ 9	การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือนักกายภาพบำบัดให้ระบุ ชื่อ สกุล และตำแหน่ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด ผู้บันทึกการทำกายภาพบำบัดเป็นผู้ใด	9	6	66.67

4.2 แนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของการบันทึกการให้การฟื้นฟู/การทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record)

ในส่วนการบันทึกการให้การฟื้นฟู/การทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation Record) ส่วนที่ต้องพัฒนาและมีคะแนนที่ต่ำคือ เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัดและระยะเวลาที่ใช้ ข้อที่ 9 การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือนักกายภาพบำบัดให้ระบุ ชื่อ สกุล และตำแหน่งโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด ผู้บันทึกการทำกายภาพบำบัดเป็นผู้ใด มีคะแนนความสมบูรณ์ในการบันทึกเท่ากันอยู่ที่ 6 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 66.67 การบันทึกเวชระเบียนในส่วนนี้ จะต้องมีการประสานงานระหว่างผู้ให้การทำกายภาพบำบัด และพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ทราบเป้าหมายในการทำกายภาพของผู้ป่วยร่วมกัน รวมไปถึง กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการทำกายภาพบำบัดด้วยตนเอง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย นักกายภาพบำบัดต้องเป็นผู้บันทึกในส่วนนี้ตามเกณฑ์การบันทึกข้อมูลการบันทึก

5. บันทึกการคลอด (Labour Record)

ในส่วนของการบันทึกการคลอดผู้วิจัยไม่ได้นำมาวิเคราะห์เนื่องจากเป็นส่วนที่ผ่านเกณฑ์การประเมินเพียง PCT (Patient Care Team) เดียว จึงไม่มีการประเมินคุณภาพในการบันทึกในส่วนนี้

4.1.2 ผลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

ตารางที่ 14 ผลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

ประเด็นสนทนา/สัมภาษณ์	ข้อสรุป
1. ท่านคิดว่าปัญหาในการดำเนินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรเป็นอย่างไร	1. ขาดความรู้ในเกณฑ์การประเมิน 2. การบันทึกข้อมูลขาดความสมบูรณ์ขาดการตระหนักในการบันทึก 3. ภาระงานประจำ 4. การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องและเป็นระบบ

ตารางที่ 14 ผลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) (ต่อ)

ประเด็นสนทนา/สัมภาษณ์	ข้อสรุป
2. ท่านมีกระบวนการใดบ้างที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร	1. ทบทวนประเด็นปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 2. การทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการ 3. อบอรมให้ความรู้เกณฑ์การประเมินโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วม 4. มีการนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ 5. สะท้อนผลการประเมินให้ทุกหน่วยงานทราบ
3. อุปสรรคของการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนามีอะไรบ้าง	1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบ่อย 2. บุคลากรที่ทำหน้าที่บันทึกยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การบันทึก 3. ภาระงานประจำ 4. ขาดการเผยแพร่องค์ความรู้ไปสู่บุคลากรที่ทำการบันทึก

4.2 ขั้นที่การปฏิบัติ (Action)

จากขั้นวางแผน พบว่า ข้อมูลเชิงปริมาณจากการศึกษาทั้งหมด 12 เกณฑ์ เกณฑ์ที่มีคะแนนมากที่สุดคือ เกณฑ์ที่ 9 Operative Note เกณฑ์นี้ทำการศึกษาเมื่อมีการให้บริการทำการศึกษา 24 ฉบับ จาก 202 ฉบับ มีคะแนนรวมอยู่ที่ 208 คะแนน จากคะแนนเต็ม 216 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 96.30 ในส่วนของคะแนนที่ไม่ถึงเกณฑ์และต้องพัฒนาประกอบด้วย Informed Consent, History, Physical Exam และ Consultation Record ซึ่งในส่วน Informed Consent, History และ Physical Exam ต้องประเมินทุกรายการคือ 202 ฉบับ ในส่วน Consultation Record ต้องประเมินเมื่อมีการให้บริการ จำนวน 11 ฉบับ พบว่ามีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนเท่ากับร้อยละ 50.33 55.78 71.29 และ77.78 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ แบบบันทึกการประชุมการ และแนวคิดการจัดการคุณภาพ (Deming's Circle หรือ PDCA-Plan-Do-Check-Act) เข้ามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาผู้วิจัยได้จัดประชุมและสะท้อนผลกับคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธรเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวช

ระเบียนผู้ป่วยในที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์โดยในขั้นวางแผนผู้วิจัยได้กิจกรรมและแผนปฏิบัติการที่ต้องนำมาพัฒนา 2 กิจกรรมดังนี้

1. การทบทวนให้ความรู้เรื่องเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์มาตรฐานของคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guide Line) 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรเป็นการจัดประชุมเพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรให้มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัยเป็นปัจจุบัน ดังภาพกิจกรรมในภาคผนวก

4.3 ขั้นที่การสังเกต (Observing)

จากขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ(Action) ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ด้วยการสุ่มตามหอผู้ป่วยเพื่อสอบถามผู้บันทึกข้อมูลโดยการสุ่มถามความรู้ความเข้าใจในเกณฑ์การบันทึกข้อมูล พบว่า กรรมการในแต่ละหอผู้ป่วยได้มีการพัฒนางานที่ต่อเนื่องโดยให้ความรู้กับผู้บันทึกข้อมูลเวชระเบียนตามหอผู้ป่วย และมีการให้ผู้บันทึกเข้ารับการอบรมแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนออนไลน์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีการอบรมออนไลน์แบบฟรี เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการบันทึกเวชระเบียนให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เกิดการเรียนรู้ระหว่างผู้บันทึกเวชระเบียนและคณะกรรมการผู้ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในการสอบถามเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนที่ยังไม่เข้าใจ และผู้วิจัยได้ประเมินผลหลังได้ปฏิบัติตามแผนขั้นตอนที่ 2 โดยใช้แฟ้มเวชระเบียนของเดือน กรกฎาคม 2565 แฟ้มเวชระเบียนจำหน่าย 3,194 ฉบับ จำนวนเวชระเบียนในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาใช้เกณฑ์ร้อยละ 5 (Australian Coding Benchmark Audit) เป็นไปตามคำแนะนำของประเทศออสเตรเลีย ว่าควรมีข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5 แต่หากคำนวณจำนวนเวชระเบียนออกมาแล้วต่ำกว่า 40 แฟ้ม ต้องใช้จำนวน 40 แฟ้มเป็นจำนวนขั้นต่ำได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 ฉบับ

ตารางที่ 15 ร้อยละการประเมินการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรก่อนและหลังการพัฒนา

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

จากตารางที่ 15 การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3)การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) พบว่าต้องพัฒนาเกณฑ์การประเมินในเกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent เกณฑ์ข้อที่ 4 History เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam และเกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record ซึ่งมีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 50.33 55.78 71.29 และ77.78 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธรตั้งไว้คือ ทุกเกณฑ์ต้องผ่านร้อยละ 80 จากการพัฒนาผู้วิจัยได้กิจกรรมในการพัฒนาใน 4 เกณฑ์นี้จากทบทวนและวางแผนร่วมกันกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธร 2 กิจกรรมคือ 1)การทบทวนองค์ความรู้เกณฑ์การประเมินตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50.33 55.78 71.29 77.78 ตามลำดับเพิ่มขึ้นร้อยละ 79.72 71.38 76.49 และ 58.02 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าเกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record มีร้อยละที่ลดลง ซึ่งคือโอกาสในการพัฒนาต่อไป และยังมีเกณฑ์ที่ต้องนำมาทบทวนและพัฒนาเพิ่มเติมคือ เกณฑ์ข้อที่ 1 Summary DX,OP เกณฑ์ข้อที่ 6 Progress Note และ

เกณฑ์ที่ 12 Nurse' Note ซึ่งมีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 70.00 62.41 และ 78.40 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 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

จากตารางที่ 16 พบว่า เกณฑ์ข้อที่ 1 Summary DX,OP ลดลงจาก 82.23 เป็นร้อยละ 70.00 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.006) เกณฑ์ข้อที่ 2 Summary Other เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.54 เป็นร้อยละ 98.81 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.000) เกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.33 เป็นร้อยละ 79.72 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.000) เกณฑ์ข้อที่ 4 History เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.78 เป็นร้อยละ 71.38 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.002) เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.29 เป็นร้อยละ 76.49 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.260) เกณฑ์ข้อที่ 6 Progress Note ลดลงจากร้อยละ 90.26 เป็นร้อยละ 62.41 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.000) เกณฑ์

ข้อที่ 7 Consultation Record ลดลงจากร้อยละ 77.78 เป็นร้อยละ 58.02 ลดลงอย่างมีไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.237) เกณฑ์ข้อที่ 8 Aneasthetic Record เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.19 เป็นร้อยละ 96.88 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.052) เกณฑ์ข้อที่ 9 Operation Note ลดลงจากร้อยละ 96.30 เป็นร้อยละ 92.19 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.496) เกณฑ์ข้อที่ 11 Rehabilitation Record ลดลงจากร้อยละ 92.59 เป็นร้อยละ 90.60 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.869) เกณฑ์ข้อที่ 12 Nurse' Note ลดลงจากร้อยละ 90.65 เป็นร้อยละ 78.40 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001)

4.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

จากขั้นตอนที่ 1 2 และ 3 ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำผลการประเมินที่ได้ประชุมคณะกรรมการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลไปยังผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารเพื่อกำหนดนโยบายในการดำเนินงาน ซึ่งผู้บริหารได้ให้ความสำคัญและได้ให้นโยบายให้การตรวจประเมินผลการบันทึกคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุกเดือนเพื่อนำผลการประเมินที่ได้สะท้อนไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนของแต่ละ PCT (Patient Care Team) เพื่อให้ดำเนินการแก้ไขในส่วนที่ยังมีการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ จนกว่าจะผ่านเกณฑ์การประเมินในแต่ละเกณฑ์ โดย คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนตั้งเป้าหมายร่วมกันไว้ที่ ร้อยละ 80 ของทุกเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียน

จากผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรได้แนวทางในการพัฒนา ดังนี้

1) ให้มีการสุ่มตรวจแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนทุกเดือน

2) แนวทางการตรวจคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้ง 12 รายการตรวจต้องผ่านเกณฑ์≥ร้อยละ 80

3) นำผลการประเมินที่ได้คืนสู่ผู้ทำการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในรวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้ถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา และทันสมัย

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร โดยมีขั้นตอนการวิจัยตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เลือกพื้นที่ดำเนินการและกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน จำนวน 33 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในตามคู่มือตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติ Z-test Statistic ข้อ มูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต แบบบันทึกการประชุม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual Collaborative Research) โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร และมีวัตถุประสงค์เฉพาะ 1) เพื่อศึกษาบริบทปัญหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร 2) เพื่อศึกษากระบวนการ การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร 3) เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2565 -กันยายน 2565 ดำเนินการวิจัยด้วย 4 ขั้นตอน ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 1) ขั้นวางแผน(Planning) 2) ขั้นปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นสังเกต (Observation) 4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยใช้แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้กลุ่มประชากรเป้าหมายจำนวน 33 คน โดยกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นคณะกรรมการตรวจคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ตามคำสั่งโรงพยาบาลยโสธร ที่ 055/2565 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565 ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

(Medical Record Audit Guideline) 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แบบบันทึกการประชุม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย ดังนี้

5.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 (Medical Record Audit Guideline) การประเมินก่อนการพัฒนาผู้วิจัยใช้ข้อมูลของเดือน เมษายน 2565 มีผู้ป่วยจำหน่ายจำนวน 3,942 ฉบับ เมื่อทำการสุ่มตัวอย่างจำนวนเวชระเบียนประชากรที่ใช้ศึกษาคือ จำนวนเวชระเบียนในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาใช้เกณฑ์ร้อยละ 5 (Australian Coding Benchmark Audit) เป็นไปตามคำแนะนำของประเทศออสเตรเลีย ว่าควรมีข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5 แต่หากคำนวณจำนวนเวชระเบียนออกมาแล้วต่ำกว่า 40 แฟ้ม ต้องใช้จำนวน 40 แฟ้มเป็นจำนวนขั้นต่ำ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ เมื่อคำนวณเวชระเบียนขั้นต่ำแล้วได้จำนวนตัวอย่าง 197 ฉบับ ผู้วิจัยได้เพิ่มเวชระเบียนอีก 5 ฉบับเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งสิ้น 202 ฉบับ หลังการพัฒนาผู้วิจัยใช้ข้อมูลของเดือนกรกฎาคม 2565 มีผู้ป่วยจำหน่ายจำนวน 3,194 ฉบับ เมื่อทำการสุ่มตัวอย่างจำนวนเวชระเบียนประชากรที่ใช้ศึกษาคือ จำนวนเวชระเบียนในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาใช้เกณฑ์ร้อยละ 5 (Australian Coding Benchmark Audit) เป็นไปตามคำแนะนำของประเทศออสเตรเลีย ว่าควรมีข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5 แต่หากคำนวณจำนวนเวชระเบียนออกมาแล้วต่ำกว่า 40 แฟ้ม ต้องใช้จำนวน 40 แฟ้มเป็นจำนวนขั้นต่ำ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ เมื่อคำนวณเวชระเบียนขั้นต่ำแล้วได้จำนวนตัวอย่าง 160 ฉบับ ผู้วิจัยได้เพิ่มเวชระเบียนอีก 5 ฉบับเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งสิ้น 165 ฉบับ เกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีทั้งหมด 12 เรื่องที่ต้องประเมิน แบ่งเป็นเรื่องที่ต้องประเมินทุกรายการ 7 เรื่อง ได้แก่ 1) Discharge summary : Dx,OP 2) Discharge summary :Other 3) Informed consent 4) History 5) Physical exam 6) Progress note 7) Nurses' note และเรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง ได้แก่ 1) Consultation record 2) Anesthetic record 3) Operative note 4) Labour record 5) Rehabilitation record

5.1.1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการพัฒนา

จากการศึกษาพบว่า 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

5.1.1.2 ข้อมูลเชิงปริมาณหลังการพัฒนา

จากการศึกษาพบว่า 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

5.1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 1) การวางแผน(Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ในส่วนของการวางแผนผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ แบบบันทึกการประชุม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ช่วยในการวางแผนเพื่อให้ได้แผนในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน พบว่า ผู้วิจัยได้กิจกรรมในการพัฒนางานมา 2 กิจกรรมได้แก่ 1) การให้ความรู้ในเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามคู่มือแบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ซึ่งได้ประเด็นปัญหาที่ต้องดำเนินการพัฒนาใน 4 เกณฑ์คือ เกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent เกณฑ์ข้อที่ 4 History เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam และเกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record ซึ่งมีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ร้อยละ 50.33 55.78 71.29 และ

77.78 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธรตั้งไว้คือ ทุกเกณฑ์ต้องผ่านร้อยละ 80 ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกสังเกตการณ์ เข้ามาช่วยในการพัฒนา

จากแบบบันทึกสังเกตการณ์ พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสนใจในเนื้อหาแต่ละเกณฑ์โดยจะเห็นได้จากมีการตั้งประเด็นข้อคำถามกับทางวิทยากรในประเด็นที่มีข้อสงสัย มีการถามตอบเป็นระยะตลอดช่วงเวลาประประชุมเชิงปฏิบัติการ และวิทยากรได้อธิบายตอบข้อสงสัยของผู้เข้าร่วมประชุมได้ตรงประเด็น

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

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน Informed Consent ซึ่งเป็นส่วนที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 50.33 จากข้อมูลเชิงปริมาณเกณฑ์ที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อและนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอมโดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน คุณภาพการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนคิดเป็นร้อยละ 78.71 คะแนนต่ำสุดคือ เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา คุณภาพการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนคิดเป็นร้อยละ 12.38 โดยภาพรวมแล้วทุกเกณฑ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่า ขาดรายละเอียดเล็กน้อยเช่นในเกณฑ์ข้อที่ 9 มีการระบุวันเดือนปี แต่ไม่ได้ระบุเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา จากการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ทราบประเด็นปัญหาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบและทำการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนต่อไป

การประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน History

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน history คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 55.78 ในส่วนของการประเมินเชิงปริมาณที่ได้คะแนนมากสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติ หรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟฟิกได้ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3 คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 83.66 ในส่วนการบันทึกคุณภาพเวชระเบียนที่คะแนนต่ำสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (problem list) คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 22.28 และได้ข้อสรุปจากกิจกรรมกลุ่มดังนี้

1. ใบ History ที่พิมพ์จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่ข้อมูลมีความครบถ้วน

2. จากการตรวจข้อมูลรายเกณฑ์ในข้อที่ 6 และ 8 ขาดการบันทึกมากที่สุด

3. ข้อมูลในส่วน Chief complain มีการบันทึกข้อมูลแต่ไม่ระบุเวลา

4. ประวัติวัคซีนไม่มีการลงบันทึก (ทารกหลังผ่าคลอด)

5. ประวัติ Past illness ในทารกแรกเกิดควรลงข้อมูลอย่างไร

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

7. ควรจัดทำตราปั๊มเลข ว. ของแพทย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน การประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Physical Exam

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน Physical Exam คุณภาพการบันทึกของเวชระเบียนร้อยละ 71.29 ส่วนของการประเมินเชิงปริมาณที่ได้คะแนนมากสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 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 ส่วนสูงถ้าลงไม่ได้ควรระบุเหตุผลด้วย

4. การตรวจร่างกายยังมีลง WNL ,ไม่วาดภาพในระบบที่ตรวจแล้ว abnormal

5. หัวข้อแบบฟอร์ม ควรเพิ่มหัวข้อ ☑ Problem List ในฟอร์มเดิมด้วย

6. Plan+ Treament มีบางชาร์ตที่ยังระบุ Admit แต่ไม่ระบุเหตุผลในการ Admit

7. ควรจัดทำตราปั๊มเลข ว. ของแพทย์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน การประเมินคุณภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในส่วน Consultation Record

จากกิจกรรมกลุ่มในส่วนการประเมินในส่วน Consultation Record คุณภาพการบันทึกของเวชระเบียนร้อยละ 77.78 ส่วนของการประเมินเชิงปริมาณที่ได้คะแนนมากสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 100 ส่วนที่ได้คะแนนต่ำสุดคือเกณฑ์ข้อที่ 1 2 5 และ 6 ซึ่งมีคะแนนเท่ากัน คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนร้อยละ 54.55 และได้ข้อสรุปจากกิจกรรมกลุ่มดังนี้

1.ผู้บันทึกเวชระเบียนควรทบทวนเกณฑ์การประเมินในแต่ละข้อ

2.ผู้บันทึกยังขาดการตระหนักในการบันทึกข้อมูลอาจเนื่องมาจากการให้ความสำคัญกับการให้บริการด้านการพยาบาลมากเกินไป

3.ควรจัดให้มีการทบทวนความรู้แก่คณะกรรมการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการบันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน

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

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ได้มีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันเป็นทีมและพัฒนาแบบบูรณาการโดยผ่านคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธร ทุกขั้นตอนของการดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธรที่ผ่านมา และศึกษาแนวทางการแก้ไข การวางแผนปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน และการติดตาม

ประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรเริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงปฏิบัติการ นำมาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน การสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกับผู้ร่วมวิจัยและคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีมและพัฒนาอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยมีทีมผู้วิจัยและคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนเป็นพี่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการแก้ไข ปรับปรุง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในให้มีความสมบูรณ์และได้คุณภาพที่เพิ่มขึ้นและผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 12 เรื่องที่ต้องทำการประเมิน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวงจรปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้หยุดหรือจบลงเมื่อหมุนครบรอบ 1 วงจร แต่ละวงจรได้หมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ ตามบริบทและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของวงจร

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร 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-value=0.000) 2) History เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.78 เป็นร้อยละ 71.38 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.002) 3) Physical Exam เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.29 เป็นร้อยละ 76.49 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.260) 4)) Consultation record ลดลงจากร้อยละ 77.78 เป็นร้อยละ 58.02 ลดลงอย่างมีไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.237)

จากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร พบว่าเวชระเบียนผู้ป่วยมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 เรื่องที่ทำการศึกษาจาก 4 เรื่องที่นำมาพัฒนา คือ 1) Informed consentเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.33 เป็นร้อยละ 79.72 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.000) 2) History เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.78 เป็นร้อยละ 71.38 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.002) และมีเรื่องที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องในวงจรรอบต่อไป 5 เรื่อง คือ 1) Summary DX,OP ลดลงจาก 82.23 เป็นร้อยละ 70.00 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.006) 2) Physical Exam เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.29 เป็นร้อยละ

76.49 เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (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 ลดลงอย่างมีไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.237) 5) Nurse' Note ลดลงจากร้อยละ 90.65 เป็นร้อยละ 78.40 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001)

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสื่อสารแนวทางการพัฒนา ความเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของสหวิชาชีพยังต้องมีการปรับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการให้มากขึ้นคือ โจทย์ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ในวงรอบต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน หลังการพัฒนาพบว่าเวชระเบียนผู้ป่วย มีความสมบูรณ์ขึ้น และส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการ ร่วมมือจากทุกวิชาชีพ ที่มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไข และให้ความสำคัญกับการบันทึกเวชระเบียนมากขึ้น มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องกับเวชระเบียน ได้แก่ ประวีณ พิมพ์หอม (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ของทีมสหวิชาชีพด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ดวงใจ ชัชวรัตน์ (2560) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ อุไรพร โคตะมี (2560) ศึกษาการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี สวรส แก้วศรีทัศน์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสมบูรณ์เวชระเบียน พบว่า เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินการก่อนและหลัง พบว่าส่วนใหญ่หลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีความรู้และเข้าใจในการบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์

5.3 ข้อเสนอแนะ

การบันทึกเวชระเบียนถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยของทุกโรงพยาบาลและยังแสดงถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาล และที่สำคัญยังเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนในครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

1) คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล กำหนดนโยบายในการบันทึกเวชระเบียนให้เป็นข้อกำหนดในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล สืบเนื่องจากการบันทึกเวชระเบียนที่มีข้อมูลถูกต้องครบถ้วนเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่ง ในการบ่งชี้ ติดตามย้อนรอยคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งยังเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และยังเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายในการป้องกันข้อร้องเรียน นอกจากนี้แล้วยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการรับการเบิกจ่ายเงินจากองค์กรภายนอกอย่างเป็นธรรม

2) กำหนดโครงสร้างคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียน เพื่อทำหน้าที่ในการประสานงานนำนโยบายของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมาปฏิบัติ โดยเน้นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมอย่างบูรณาการ เพื่อให้เกิดกระบวนการทบทวนคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง

3) คณะกรรมการเวชระเบียน ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงชี้แจงแนวทางการบันทึกเวชระเบียนให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนให้มีคุณภาพ รวมถึงกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน หรือให้นำเสนอผลงานที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนที่ประสบความสำเร็จของแต่ละหผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

4) มีการจัดกิจกรรมโดยให้บุคคลภายนอกเข้ามาประเมินเวชระเบียนเพื่อกระตุ้นและสร้างบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่นคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนจากระดับเขตระดับจังหวัด เป็นต้น

5) ควรผลักดันให้แต่ละหอผู้ป่วยเข้ามาเป็นคณะกรรมการในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน เพราะจะทำให้การทำงานร่วมกันมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

1) บุคลากรผู้มีส่วนในการบันทึกเวชระเบียนควรศึกษาและให้ความสำคัญกับเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียน ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงกับวิชาชีพหากเกิดข้อร้องเรียนทางกฎหมาย

2) คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนควรมีการประชุมอย่างต่อเนื่องและนำเสนอผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนต่อคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล เพื่อจะได้กำหนดนโยบายเพื่อให้การพัฒนาได้ผลและมีความต่อเนื่อง

3) มีกิจกรรมที่ส่งเสริมต่อการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน เช่นการประกวดกิจกรรมที่ส่งเสริมต่อการบันทึกคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนได้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจและกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

5.3.3 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ทำการศึกษาต่อ

1) หากมีการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาโดยสุ่มตัวอย่างแยกเป็นแผนกและแยกรายแพทย์ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนที่ขาดความสมบูรณ์นั้นเกิดมาจากปัจจัยใดบ้าง เพื่อจะได้แก้ไขข้อบกพร่องหรือปัญหาได้ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น

2) ควรให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนได้เข้ามามีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยด้วย ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมุ่งเป้าไปที่คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนเท่านั้นซึ่งอาจมีข้อจำกัดบางอย่างในการทำงานวิจัยในครั้งนี้ กล่าวคือ เนื่องจากโรงพยาบาลยโสธรเป็นโรงพยาบาลขนาดทั่วไปขนาด 370 เตียง และเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และการทำงานวิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลา ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายคือคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธรเป็นหลัก อาจทำให้การสื่อสารในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในสู่ผู้บันทึกมีความเข้าใจในเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ตรงกันได้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กฤติยา สิทธิกานต์. (2547). *การพัฒนาครูด้านการวิจัยในชั้นเรียนโรงเรียนบ้านดงสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.* กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

กิติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ. (2557). *TQM การบริหารเพื่อคุณภาพโดยรวม.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.

จตุพร กลมปั่น และคณะ. (2562). *การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรายงานความสมบูรณ์ของการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.* กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยโสธร. (2564). *รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยโสธร.* ยโสธร: งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน.

จินตนา สุจจานันท์. (2549). *การศึกษาและการพัฒนาชุมชน.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิราภรณ์ ศรีคำ. (2547). *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียน.*

เฉลียว บุรีภักดี และคณะ. (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง.*

ชูชัย สมิทธิไกร. (2553). *พฤติกรรมบริโภค.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงใจ ชัชวรัตน์. 2557. *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในภาคกลาง.* สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2557.

เดโช สวนานนท์. (2512). *ปทานุกรมจิตวิทยา.* กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

ถวิลวดี บุรีกุล. (2543). *แนวคิดของการมีส่วนร่วมในระบอบประชาธิปไตย.* จดหมายข่าว

ถวิลวดี บุรีกุล. (2550). *ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม.* นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์. (2550). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของโรงเรียนล้อมแรดวิทยา อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธงชัย สันติวงษ์. (2539). *องค์การและการบริหารการศึกษาการจัดการแผนใหม่ (Organization and Management).* พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม: หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง.

นิคม ผัดแสน. (2540). *การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการโรงเรียนประถมศึกษาต่อการพัฒนาการศึกษาของกลุ่มโรงเรียนอุดรศึกษา สังกัดสำนักงานประถมศึกษาอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา หาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา เงินประเสริฐศรี. (2555). *การบริหารคุณภาพ.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2550). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท.* กรุงเทพฯ:

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). *ระเบียบวิธีการวิจัยและสังคมศาสตร์.* กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

บูรชัย ศิริมหาสาคร. (2550). *การจัดการความรู้สู่ความเป็นเลิศ Knowledge Management To Excellence Organization.* กรุงเทพฯ: แสงดาว.

ประพันธ์ สร้อยเพ็ชร. (2547). *การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ศูนย์โรงเรียนตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สิริลักษณ์การพิมพ์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520). *ทัศนคติ:ในการวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม อนามัย.* กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

ปราณี คำแก้ว. (2563). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในโรงพยาบาลสาธิตการแพทย์แผนไทย จังหวัดเชียงราย.* ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาการแพทย์แผนไทยดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.

ปราณี ทองคำ. (2539). *เครื่องมือวัดทางการศึกษา.* ปัตตานี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปรียาวดี ผลเอนก. (2556). *การจัดการคุณภาพ.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิภพ วชังเงิน. (2547). *พฤติกรรมองค์การ.* กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.

พิรัชย์ภณ แสงทอง. (2551). *ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่มีต่อธุรกิจระบบขนส่งและกระจายสินค้าของ บริษัท ซูซูโย (ประเทศไทย) จำกัด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พีระ พรนวม. (2544). *ศรัทธาต่อหลักการการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของผู้บริหารโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน.* วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรรณทิพย์ เพชรมาก. (2551). *การบริหารสังคม ศาสตร์แห่งศตวรรษเพื่อสังคมไทยและสังคมโลก. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.*มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.

เมตต์ เมตต์การุณ์จิต. (2553). *การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กรปกครองวชิรวิทย์ ระดับประถมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น,* 17 (มิถุนายน - กันยายน) : 11 - 15.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊ค .

ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จ พระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 255*4. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2556). *การพัฒนาองค์การ.* กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

วราภรณ์ อาวัชนากร. (2558). *รูปแบบของการจัดการคุณภาพการให้บริการต่อความพึงพอใจของลูกค้า ธนาคารพาณิชย์.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ.

วันชัย วัฒนศัพท์. (2553). *คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน: คู่มือการจัดการสร้างความปรองดองในระบบบริการสาธารณสุข.* ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิทวดี สุวรรณศรวล. (2559). การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 4(3), 128–136.

ศักดิ์ สุนทรเสณี. (2531). *เจตคติ.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งวัฒนา.

สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. (2556). *การจัดการความรู้.* [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.kmi.or.th/> [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2564].

สมชาย วรกิจเกษมสกุล. (2554). *สถิติประยุกต์เพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.* กรุงเทพฯ: อักษรศิลป์การพิมพ์.

สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2542). *พฤติกรรมองค์กร: ทฤษฎีและการประยุกต์.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2555). *การจัดการความรู้.* [ออนไลน์] ได้จาก : http://www.opdc.go.th/content.php?menu_id=4&content_id=622. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2564].

สุนีย์ เหมะประสิทธิ์. (2539). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 2 (กันยายน): 134 - 144.

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). *แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม.* [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.novabizz.com/NovaAce/Attitude.htm. [สืบคนเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2564].

สุวิทย์ บุญช่วย, ผ่องศรี วาณิชย์ศุภวงศ์ และอำภา บุญช่วย. (2541). *เจตคติของครู ผู้ปกครอง และนักเรียนต่อโครงการขยายโอกาสทางการศึกษาใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้.* รายงานการวิจัย. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี.

องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์.* กรุงเทพ ฯ : สามลดา.

อภิญญา กังสนารักษ์. (2544). *รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิผลระดับคณะของสถาบันอุดมศึกษา.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรณนพ จีนะวัฒน์. (2550). *ประเด็นสาระหลักที่ 4 การออกแบบการวิจัยเชิงนโยบาย*.

อารีรัตน์ หมั่นหาทรัพย์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการออกนอกระบบ และความจงรักภักดีต่อองค์กรของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลศิริราช.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.

อุทัย บุญประเสริฐ. (2542). *รายงานการวิจัย การศึกษาแนวทางการบริหารและการจดการศึกษาของ สถานศึกษาในรูปแบบการบริหารโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน.* กรุงเทพฯ: โครงการวิจัยภายใต้ การสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี.

อุไรพร โคตะมี. (2560). *การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี.* ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

Coghlan, D. & Brannick, T. (2001). *Doing Action Research in Your Own Organization***.** London: Sage.

Corey, S. M. (1953). Action Research and Improved School Practices. New York: Columbia Teachers Collage.

Good, Carter V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill Book.

Johnson, A. P. (2008). *A Short Guide to Action Research (3rd ed.).* Boston: Pearson Education.

Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer (3rd ed.).* Victoria: Deakin University.

Kendler, H. H. (1963). *Basic Psychology*. New York: Applliton-Century-Grofte.

Mcniff, J. (1988). *Action Research Principles and Practice.* Mackays of Chamtham PLC, Chatham, Kent.

Newstrom, J.W. and Davis, K. (1997). *Organizational Behavior: Human Behavior at Work*. 10th ed. New York: McGraw-Hill.

Rogers, E. M. (1973). *Community Strategy for Rapidly Planning.* New York: The Free Press.

Stringer, E. (1999). *Action Research (2nded.).* California: Sage.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 391-186/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร
ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development Improvement of Inpatient Medical Records in Yasothon Hospital.

ผู้วิจัย : นายสุนนท์ จันทร์แก้ว
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์
สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลยโสธร ตำบลตาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 23 พฤศจิกายน 2565 **วันหมดอายุ** : 22 พฤศจิกายน 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

186/67

ECMSU01-05.03 Update 2021

เอกสารชี้แจงสำหรับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นายสุนนท์ จันทร์แก้ว นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร(Development Improvement of Inpatient Medical Records in Yasothon Hospital) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ควรเป็นอย่างไร
2. เพื่อศึกษากระบวนการ การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้คือ

1. เพื่อให้ได้เวชระเบียนที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ตรงตามมาตรฐานที่กำหนด สามารถนำไปใช้ในการบริหารระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีจากข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน
3. เพื่อให้สถานบริการได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนต่างๆอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม
4. เพื่อสามารถนำข้อมูลที่มีคุณภาพมาใช้ในการบริหารงานและพัฒนางานด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมแก่องค์กรและประเทศ

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งท่านจะต้องเข้าร่วมการวิจัยและกิจกรรมที่ผู้ดำเนินการวิจัยดำเนินการตลอดการศึกษา**หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่** นายสุนนท์ จันทร์แก้ว งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลยโสธร โทร. 0899483322

และหากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง
สุนนท์ จันทร์แก้ว
(นายสุนนท์ จันทร์แก้ว)
ผู้วิจัย

ECMSU01-06.03

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง: การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และมีความเข้าใจดีแล้ว
2. ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ
4. ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้าแล้วจะกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
5. ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

แบบบันทึกการประชุม

รายงานการประชุม การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

ครั้งที่...../.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้เข้าร่วมการประชุม

.....

ผู้ไม่เข้าประชุม

.....

เริ่มประชุมเวลา.....น.

ระเบียบวาระการประชุม

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองการประชุมครั้งที่แล้ว

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องพิจารณา

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

เลิกประชุมเวลา .....น.

ลงชื่อ.....เลขานุการ

(.....)

ผู้บันทึกการประชุม

ลงชื่อ.....ประธานการประชุม

(.....)

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม(Group Discussion)

เรื่อง การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

ดำเนินการสนทนากลุ่ม เมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ .....

พิธีกร.....ผู้จดบันทึก.....

ผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม.....

1.รายชื่อผู้เข้าร่วมการบันทึกสนทนา

.....

2.ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในคืออะไรบ้าง?

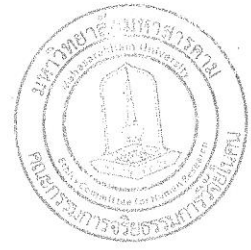
.....

3.ท่านคิดว่าแบบบันทึกในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในเป็นอย่างไร?

.....

4.ท่านมีวิธีการในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์ และทันเวลา อย่างไร?

.....



แบบบันทึกการสัมภาษณ์

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

สถานที่.....

เริ่มการสัมภาษณ์ เวลา ..... เสร็จการสัมภาษณ์ เวลา .....

****

ท่านคิดว่าปัญหาในการดำเนินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

ท่านมีกระบวนการใดบ้างที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

.....

.....

.....

.....

.....

ท่านคิดว่าอุปสรรคของการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธรมีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

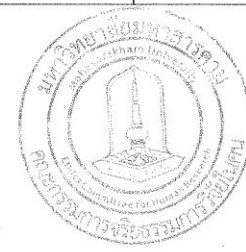
แบบบันทึกการสังเกตการณ์ (Observation)

เรื่อง การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร

วัน เดือน ปีที่ทำกิจกรรม.....สถานที่.....

ชื่อกิจกรรมหลัก.....

กิจกรรมย่อย	การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	การแสดงความคิดเห็น/เสนอแนะในขณะดำเนินกิจกรรม	ข้อดี/ข้อเสีย
1..... 2..... 3.....			





ภาคผนวก ข
คุณภาพของข้อมูลเวชระเบียบผู้ป่วยในตามเกณฑ์มาตรฐาน

คุณภาพของข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์มาตรฐาน(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาต, 2563)

การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ที่ครบถ้วน และสามารถสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาให้แก่ทีมสุขภาพใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพเวชระเบียน โดยเป็นระบบตรวจสอบและวิเคราะห์เวชระเบียนเชิงคุณภาพ มีลักษณะที่สำคัญคือสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยผ่านมุมมองของทีมผู้ให้บริการ เทียบกับมุมมองของผู้ตรวจสอบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ดี ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่หน่วยงานที่ให้บริการ เช่นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,สำนักงานประกันสังคม และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การตรวจสอบเวชระเบียนเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ดังเช่นในระบบพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คือ HA (Hospital accreditation) ได้กำหนดกิจกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน เป็นกิจกรรมหลักอันหนึ่งที่ทุกโรงพยาบาลต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นเพราะการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนจะเป็นเสมือนการส่องกระจกดูตัวเอง เพื่อหาจุดบกพร่อง นำไปดำเนินการแก้ไขให้ดีขึ้น และการนำผลการตรวจสอบไปใช้การพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน เป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันได้ว่าผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้นๆ จะได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนของสถานบริการสาธารณสุขอย่าง

การบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพและใช้สำหรับสื่อสารข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ หลักฐานทางกฎหมาย ในด้านของกองทุน ได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพกการให้บริการผู้ป่วยผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนได้รับบริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ

ตั้งแต่ปี 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำการพัฒนาระบบการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยจัดทำคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพารบันทึกเวชระเบียน หรือ Medical Record Audit Guideline (MRA) ฉบับแรกปี 2553 และฉบับปรับปรุง ปี 2557 สำหรับตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน และเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยได้รับความร่วมมือจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) และสภาการพยาบาล

ในปี 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองเพื่อปรับปรุงคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ร่วมกับผู้แทนจาก

หน่วยบริการ หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งผู้ตรวจสอบเวชระเบียนของทั้ง 3 กองทุน เพื่อให้คู่มือดังกล่าวมีความสมบูรณ์ถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

1. แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่2 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่3แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน Medical Record Audit Form (IPD)

2. การใช้แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. ศึกษาเกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนในส่วนที่ 1 และการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนที่ 2 อย่างละเอียด

2. แนวทางการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 12 เรื่อง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ แบ่งเป็น

2.1 เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่อง ได้แก่

2.1.1 Discharge summary: Diagnosis และ Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

2.1.2 Discharge summary: Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ

2.1.3 Informed consent: บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

2.1.4 History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

2.1.5 Physical exam: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

2.1.6 Progress note และ doctor's order: บันทึกความก้าวหน้า และหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

2.1.7 Nurses' note: บันทึกทางการพยาบาล

2.2 เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง ในแต่ละเรื่อง ได้แก่

2.2.1 Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

2.2.2 Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

2.2.3 Operative note: บันทึกการผ่าตัดหรือหัตถการ

2.2.4 Labour record: บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

2.2.5 Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

3. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 2) โดยใช้ medical record audit form (IPD) (ส่วนที่ 3)

4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) แต่ละ content

5. รวมคะแนนในส่วนของคะแนนเต็ม (full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) ทุก content

6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 3)

3 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3.1 Discharge Summary: Diagnosis, Operation

เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary

2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้

- กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

5. กรณีผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุป แล้วแพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) ดังนี้

1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (ตัวอย่างคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10: "D64.8 Other specified anaemias" "J20.9 Acute bronchitis, unspecified" เป็นต้น) และ

2) สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน principal diagnosis สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และมีเพียงโรคเดียว

เกณฑ์ข้อที่2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) ดังนี้

1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD และ

2) สรุปการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และสรุปสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (external cause) (ถ้ามี) สอดคล้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

3) การสรุปโรคให้ใช้ภาษาไทยได้เฉพาะในส่วนของ external cause เท่านั้น

- กรณีที่ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่3 สรุปการทำหัตถการและหรือการผ่าตัด (procedure/operation) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

- กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (operating room procedure) ทุกครั้ง

- กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่5 ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป การวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) การวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) สาเหตุจากภายนอก (external cause) การทำหัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

- ในกรณีที่จำเป็นต้องสรุปด้วยตัวย่อสามารถใช้ตัวย่อที่อ้างอิงตาม WHO ICD 10 และ ICD 9 CM

เกณฑ์ข้อที่6 สรุปข้อมูลในส่วน clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้

(1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา

(2) การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค (investigated) ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

(3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น

(4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)

(5) Home medication

เกณฑ์ข้อที่7 สรุปสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน

- กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่8 สรุป discharge status และ discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑ์ข้อที่9 มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary

3.2 Discharge summary: others

เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary

2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้

- กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลง ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

5. กรณีผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุป แล้วแพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูลต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย ถูกต้องครบถ้วน

- กรณีไม่ทราบวัน เดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้
- กรณีที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้ มีระบุ“ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ”

เกณฑ์ข้อที่2 มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ มีระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- กรณีชาวต่างชาติ มีระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มีระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สึกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน มีระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์ข้อที่3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย

- กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สึกตัว”
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ต้องระบุ“เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถซักประวัติได้ ต้องระบุ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่4 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่5 มีข้อมูลวัน เดือน ปี และเวลาที่ admit วัน เดือน ปี และเวลาที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่6 มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (LOS: length of stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่7 มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ

3.3 Informed consent

บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ (informed consent) ของผู้ป่วยและญาติ

2. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No) ในกรณีดังนี้

2.1 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ป่วยรายใด

2.2 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย

2.3 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล

3. กรณีที่มี informed consent หลายกิจกรรมหรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุด ในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่วิจารณญาณของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำหัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ informed consent ที่รับทราบว่าต้องมีการทำหัตถการนี้ สำคัญกว่าใบ informed consent ที่รับทราบการยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่2 มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

เกณฑ์ข้อที่3 มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น

เกณฑ์ข้อที่4 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน

- กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”

เกณฑ์ข้อที่5 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

เกณฑ์ข้อที่6 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติ
รับทราบ

เกณฑ์ข้อที่7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่8 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

- กรณีที่เขียนว่า "ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว" ไม่ถือว่ามีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่9 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

3.4 History

บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้

2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)

3. ในกรณีที่มีการบันทึกการซักประวัติหลายใบ และหรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่2 บันทึก present illness: ในส่วน 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องมีอย่างน้อย 3 ข้อ

- กรณีผู้ป่วย "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ไม่สามารถซักประวัติได้" ต้องมีบันทึกว่า "ไม่รู้สึกตัว" หรือ"ซักประวัติไม่ได้"

เกณฑ์ข้อที่3 บันทึก present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล)

- กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนต้องระบุว่า "ไม่ได้รักษาจากที่ใด"

- กรณีผู้ป่วย "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ไม่สามารถซักประวัติได้" ต้องมีบันทึกว่า "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ซักประวัติไม่ได้"

เกณฑ์ข้อที่4 บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

- กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี

- กรณีผู้ป่วย "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ไม่สามารถซักประวัติได้" ต้องมีบันทึกว่า "ไม่รู้สึกตัว" หรือ "ซักประวัติไม่ได้"

เกณฑ์ข้อที่5 บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่น ๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้

- กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ "ไม่ทราบ"

- กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ"ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่น ๆ" หรือข้อความอื่น ที่แสดงถึงมีการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น

เกณฑ์ข้อที่6 บันทึกประวัติอื่น ๆ ดังนี้

1) Family history หรือ personal history หรือ social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้

2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11– 60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน

3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development

เกณฑ์ข้อที่7 บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่8 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อแพทย์ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination)

- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่

เกณฑ์ข้อที่9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

3.5 Physical examination

บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์ จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้

2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)

3. ในกรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และหรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 มีการบันทึก vital signs: temperature, pulse rate, respiration rate และ blood pressure(กรณี blood pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปีโดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)

เกณฑ์ข้อที่2 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

(1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย

(2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น

- กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม

เกณฑ์ข้อที่3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint ซึ่งมิใช่เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “WNL”

เกณฑ์ข้อที่4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง

- ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติ หรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟฟิกได้ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3

เกณฑ์ข้อที่5 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ ซึ่งมิใช่เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “ทุกระบบ WNL”

เกณฑ์ข้อที่6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (problem list)

เกณฑ์ข้อที่7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์ข้อที่8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้

- กรณีบันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้

เกณฑ์ข้อที่9 มีการบันทึกลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบ ในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่

3.6 Progress notes และ Doctor's order sheet

บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึก progress note ที่บันทึกโดยแพทย์ หรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1- 8

- ข้อมูลการบันทึก progress note ในวันแรก อนุโลมให้ใช้การซักประวัติ และการตรวจร่างกายแรกรับได้

2. เอกสาร doctor's order ของแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9

3. กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 มีการลงวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก progress note

เกณฑ์ข้อที่2 มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่3 มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (subjective, objective, assessment, plan)ใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่4 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยา หรือมีการทำinvasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์ข้อที่5 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยาหรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์ข้อที่6 มีการบันทึกการแปลผล investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษาเมื่อผล investigation ผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่7 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่9 การลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี order for one day และ continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพที่รับคำสั่ง (รคส.) หรือมีการสั่งการรักษาทางช่องทางอื่นๆ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษา

3.7 Consultation record

บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางการแพทย์ ในกรณีที่มีการ ขอปรึกษา (consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนก รวมทั้งทันตแพทย์ ทั้งนี้ไม่นับรวมในการปรึกษาเภสัชกร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เฉพาะด้านอื่นๆ
2. กรณีโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีการแบ่งแผนก ไม่ต้องประเมินใบนี้
3. กรณีที่มีใบ consultation record หลายใบให้ใช้ใบที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 มีบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่2 มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่3 มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่4 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา จะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 1-4
- กรณีเป็นเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกขอปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เกณฑ์ข้อที่5 มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติมและคำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่6 มีบันทึกความเห็น หรือแผนการรักษา หรือการให้คำแนะนำ

เกณฑ์ข้อที่7 มีบันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใดจากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 5-8

- กรณีเป็นเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการให้คำปรึกษา รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เกณฑ์ข้อที่9 แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษาลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด

3.8 Anesthetic record

บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

การพิจารณาว่าการผ่าตัดใดต้องมี anesthetic record ให้พิจารณาจากชนิดของการดมยา ได้แก่ general anesthesia, spinal block หรือ epidural block, regional block ยกเว้น กรณี local block ไม่ต้องประเมิน

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. บันทึกการตรวจเยี่ยมก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก
2. บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก
3. บันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (recovery unit)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 มีการบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและวิธีให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่2 มีบันทึกโรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์ข้อที่3 มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์ หากข้อมูลขัดแย้งกัน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์ข้อที่4 มีบันทึกก่อนการผ่าตัด (pre anesthetic evaluation) โดยทีมวิสัญญี มีการระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้น

(1) กรณีที่ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด

(2) กรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้

เกณฑ์ข้อที่5 มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที

เกณฑ์ข้อที่6 มีบันทึก intake, output, blood loss, total intake และ total output

เกณฑ์ข้อที่7 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (recovery room) ตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยทีมวิสัญญี ยกเว้น

- กรณีที่ผู้ป่วย on endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วย ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่8 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี และต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา”

เกณฑ์ข้อที่9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุ ชื่อ นามสกุล วิสัญญีแพทย์ /พยาบาล ที่รับผิดชอบ

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า วิสัญญีแพทย์ / พยาบาล เป็นผู้ใดเป็นผู้บันทึก

3.9 Operative notes

บันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น
2. ในกรณีที่มี operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
3. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินได้
4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ
5. บันทึก operative note ที่จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมิระบุ No ในกรณีดังนี้
   - กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด เป็นผู้ทำหัตถการ
   - กรณีที่ไม่มีการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ และวิธีการทำหัตถการในตำแหน่งการบันทึก operative description
   - กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วนที่ไม่มีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ
6. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้
   6.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด
   6.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น non OR procedure ที่ effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึง ห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ รายละเอียด ดังตาราง

ตารางที่ 1 การประเมินการให้รหัส ICD-9-CM

		ICD 9-CM	
		Major OR Procedure	Non OR Procedure (Effect Thai DRGs)
สถานที่ทำ	ห้องผ่าตัด	ประเมิน	ประเมิน
	นอกห้องผ่าตัด	ประเมิน	ไม่ต้องประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น

เกณฑ์ข้อที่2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (pre-operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (post-operative diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย post-operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ “same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือเครื่องหมาย “----------” หรืออื่นๆ

เกณฑ์ข้อที่3 มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น

เกณฑ์ข้อที่4 มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ post-operative diagnosis

เกณฑ์ข้อที่5 มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการประกอบด้วย position incision สิ่งที่ตัดออก เป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ

เกณฑ์ข้อที่6 มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด (สามารถใช้คำว่า minimal blood loss ได้)

- กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ “ไม่มี”

เกณฑ์ข้อที่7 มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่8 มีบันทึก ชื่อ-นามสกุล คณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และ scrub nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีเป็น operative note แบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

3.10 Labour record

บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอดรวม กรณีการผ่าตัดคลอด (caesarean section) ประเมินเฉพาะในกรณีที่มีการคลอดในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ: obstetric history (gravida, parity, abortion, live, LMP, EDC, gestational age), ANC history, complication, risk monitoring และการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่2 การประเมินผู้คลอดระยะรอคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด: วันเดือนปี เวลา ชีพจร ความดันโลหิต progress labour (uterine contraction, cervical dilation and effacement membrane), fetal assessment (fetal heart sound, station),complication

เกณฑ์ข้อที่3 มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage

- กรณี elective caesarean section ไม่ต้องประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่4 มีบันทึกหัตถการ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อน และ การระงับความรู้สึก(ถ้ามี)การทำ episiotomy ตามสภาพและสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด

เกณฑ์ข้อที่5 มีบันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยาในระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด

เกณฑ์ข้อที่6 มีบันทึก วันเดือนปี และเวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก

เกณฑ์ข้อที่7 มีบันทึกการประเมินมารดาระยะหลังคลอด ในส่วน: placenta checked, complication ในระยะหลังคลอด, blood loss, vital signs และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอดหรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง

เกณฑ์ข้อที่8 มีบันทึกการประเมินทารก Apgar score (1 นาที 5 นาทีและ 10 นาที) ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (initial assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องระบุ “ไม่มี”

เกณฑ์ข้อที่9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพผู้ทำคลอดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อและนามสกุล

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า ชื่อแพทย์หรือพยาบาลผู้บันทึกการทำคลอดเป็นผู้ใด

3.11 Rehabilitation record

บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัด (speech therapy)

- กรณีที่มีหลายใบให้เลือกประเมินเอกสารที่มีความละเอียดน้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่2 มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้อง หรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์ข้อที่4 มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัด หรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง

เกณฑ์ข้อที่5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัดและระยะเวลาที่ใช้

เกณฑ์ข้อที่6 มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

เกณฑ์ข้อที่7 มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่8 มีบันทึกรายละเอียดการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient and family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง

เกณฑ์ข้อที่9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือนักกายภาพบำบัดให้ระบุ ชื่อ สกุล และตำแหน่งโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด ผู้บันทึกการทำกายภาพบำบัดเป็นผู้ใด

3.12 Nurses' note

บันทึกการพยาบาล

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (nurses' note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่

2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่น ๆ เช่น

- ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ
- บันทึกการให้ยา (medication administration record)
- ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอร์มปรอท (graphic sheet) เป็นต้น

2.2 ใบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่น ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบประเมิน/ประเมินซ้ำ เช่น search out severity score (SOS score) เป็นต้น

3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพได้ลงลายมือชื่อกำกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าชื่อพยาบาลผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่1 การประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

1.1 อาการสำคัญ: อาการที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดที่ต้องมาพบแพทย์ โดยระบุอาการหลัก เพียง 1- 2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการส่วนประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง คือการซักถามถึงอาการ หรือเหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้นนั้น และ

1.2 อาการผู้ป่วยแรกรับ ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย และระบุเวลาแรกรับผู้ป่วย ไว้ในความดูแล

เกณฑ์ข้อที่2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

2.1 มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ/หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

3.1 ระบุกิจกรรมการพยาบาล ที่ครอบคลุมอาการแสดง หรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย และ

3.2 มีการประเมินซ้ำ: ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมิน การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล โดยในบันทึกการพยาบาล ควรระบุอาการหรือ อาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม ทันเวลา และ/หรือ

3.3 ระบุกิจกรรมที่ตอบสนอง ต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่4 การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล

4.1 มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วย ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล หรือการรักษาของแพทย์

4.2 มีบันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด โดยบันทึก วัน เดือนปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น

เกณฑ์ข้อที่5 การให้ข้อมูลระหว่างการรักษาพยาบาล

5.1 มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือด้านร่างกาย และหรือ ด้านอารมณ์ จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว

เกณฑ์ข้อที่6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Discharge plan)

6.1 มีการบันทึกระบุอาการ หรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และ

6.2 มีการบันทึก

6.2.1 การให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเอง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และหรือ อาจมีการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

6.2.2 มีการระบุข้อมูล ที่สะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และหรือ ฝึกทักษะของผู้ป่วย/ครอบครัว

เกณฑ์ข้อที่7 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

7.1 มีการระบุปัญหา ความต้องการ ข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและในเครือข่าย/ชุมชน

7.2 มีบันทึกการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือละให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่8 การจำหน่ายผู้ป่วย

8.1 มีการสรุปอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพ รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของ
ผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และ

8.2 มีการระบุ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)

8.3 ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อต้องส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่9 การบันทึกวันเดือนปีเวลา และการลงลายมือชื่อ

9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

9.1.1 แรกรับ: ระบุวันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

9.1.2 ระหว่างการดูแล:

9.1.2.1 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันการณ์และการตอบสนอง

9.1.2.2 มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ในคำสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา

9.1.2.3 มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (medication administration record) ที่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา

9.1.3 ก่อนจำหน่าย: ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การบันทึกและลงลายมือชื่อ

9.2.1 บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้

9.2.2 มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา (medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก

หมายเหตุ หัก 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ในกรณีมีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวันและทุกเวร

4. การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การบันทึกคะแนน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. Missing หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นจำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่าไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง missing

2. NA หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ (Consultation record, anesthetic record, operative note, labour record, rehabilitation record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA

3. No หมายถึง มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทลงในช่อง No

4. การบันทึกคะแนน

4.1 กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน

4.2 กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน

4.3 กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึกในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ หรือ

กรณีไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ “NA”

5. กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่มีความครบถ้วนในรายละเอียด ชื่อ-สกุล อายุ HN AN ของผู้ป่วย จะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก

6. **Overall findings**

6.1 การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด หมายถึงการจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามข้อแนะนำของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งาติ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศโดยต้องเรียงลำดับวันที่และเวลา (chronological sequence) เหมือนกันทุกแผนกในโรงพยาบาลนั้น (ทั้งนี้ไม่เหมือนกับเรียงเวชระเบียนในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งจะเรียงอย่างไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลกำหนด) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่1 Admitting & identification section: (มีหรือไม่มีก็ได้)

1) Diagnosis summary index
2) Admission and discharge record

ส่วนที่2 Clinical medical section:

1) Discharge summary
2) Referring letter sheet
3) Informed consent
4) History record
5) Physical examination record
6) Progress note
7) Consultation report
8) Physician's orders
9) Anesthetic record
10) Operative report
11) Labour record
12) Pathology special report
13) Pathology, X-rays report sheet
    - 13.1 Laboratory report
    - 13.2 Hematology report
    - 13.3 X-rays report

13.4 Blood transfusion report

14) Electrocardiogram report

15) Electroencephalogram report

16) Other special clinical reports

ส่วนที่3 Paramedical section:

1) Physiotherapy sheet

2) Occupational therapy sheet

3) Speech therapy sheet

4) Social work report

5) Other paramedical reports

ส่วนที่4 Nursing Section:

1) Nurses' notes

2) Graphic record

3) Fluid balance summary

4) Diabetic chart

5) บันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ส่วนที่5 Discharge/death section:

1) Discharge's form

2) Autopsy report and consent for autopsy

ส่วนที่6 เอกสารอื่น เช่น หลักฐานค่าใช้จ่าย (ถ้ามี) เอกสารแสดงสิทธิ์ (ถ้ามี)

6.2 เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการไม่มี HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ใด

7. Documentation inadequate for meaningful review หมายถึง ข้อมูลไม่พอสำหรับการทบทวน

8. No significant medical record issue identified หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน

9. Certain issues in question specify หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ให้ระบุปัญหา

การรวมคะแนน

1. Full scoreได้จากการรวมคะแนนสูงสุด ในแต่ละหัวข้อเรื่อง (content) ของเวชระเบียนส่วนที่คาดว่าจะต้องมีการบันทึกยกเว้นหัวข้อเรื่องที่ผู้ประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึก โดยได้กากบาทในช่อง NAดังนั้น เวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (full score) ไม่เท่ากัน แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน

การรักษาพยาบาลและการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลด้านต่างๆ 12 ด้าน ดังนี้คือ ข้อมูลการสรุปรายงาน (Discharge Summary), ข้อมูลด้านประวัติความเจ็บป่วย (History), ข้อมูลการตรวจร่างกาย (Physical Exam), ข้อมูลการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Progress Note), ข้อมูลด้านคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Physician's Order), ข้อมูลด้านการบันทึก การปรึกษาโรค (Consultation Record), ข้อมูลด้านการรายงานการผ่าตัดหรือหัตถการ (Operative Note), ข้อมูลด้านบันทึกรายงานการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (Anesthetic Record), ข้อมูลด้าน รายงานการคลอด (Labour Record), ข้อมูลด้านรายงานการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Rehabilitation Record), ข้อมูลด้านการบันทึกการยินยอมรับการรักษาหรือผ่าตัด (Inform Consent), และข้อมูล บันทึกทางการพยาบาล (Nurse's Note)



ภาคผนวก ค

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสอบตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียบโรงพยาบาลยโสธร

คู่ฉบับ

คำสั่งโรงพยาบาลยโสธร
ที่๐๕๕/๒๕๖๕
เรื่อง การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน โรงพยาบาลยโสธร

.....

เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพบันทึกและการสรุปเวชระเบียนของโรงพยาบาลยโสธร มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เป็นไปอย่างคล่องตัวและเกิดประโยชน์สูงสุดกับองค์กร จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานดังต่อไปนี้

๑.คณะกรรมการ

๑.๑ คณะกรรมการอำนวยการ

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร	ประธาน
๒. รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	รองประธาน
๓. รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	รองประธาน
๔. รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล	รองประธาน
๕. รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	รองประธาน
๖. รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ	รองประธาน
๗. หัวหน้าตึกผู้ป่วยในทุกตึก	กรรมการ

๑.๒ คณะกรรมการ Coding Audit

๑. นางสาวชมพูนุช เนตรหาญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	ประธาน
๒. นางสาวเปี่ยมศรี คำทวี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รองประธาน
๓. นายภูมิศักดิ์ ธรรมวิริยารักษ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔. นายทัศพงษ์ บุญล้น	นายแพทย์ชำนาญการ อายุรศาสตร์	กรรมการ
๕. นางสาวกมลรัช เวียงบาล	นายแพทย์ชำนาญการ อายุรศาสตร์	กรรมการ
๖. นางสาววรินทรา เข็มเพชร	นายแพทย์ชำนาญการ อายุรศาสตร์	กรรมการ
๗. นางสาวอัจฉรา เครื่องพาที	นายแพทย์ชำนาญการ อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	กรรมการ
๘. นายวรพล ลี้ประกอบบุญ	นายแพทย์ชำนาญการ อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	กรรมการ
๙. นางสาวธันยนันท์ ศรีธัญรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการ อายุรศาสตร์โรคผิวหนัง	กรรมการ
๑๐. นางสาวโศรตรีย์ สัยงาม	นายแพทย์ชำนาญการ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	กรรมการ
๑๑. นายศิริ ครุสันธิ์	นายแพทย์ชำนาญการ ศัลยกรรม	กรรมการ
๑๒. นายนิยม ชีพเจริญรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศัลยกรรม	กรรมการ
๑๓. นางกาญจนา นนทรี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สูติ-นรีเวชกรรม	กรรมการ
๑๔. นายณัฐพล พงศ์พัฒนโชติ	นายแพทย์ชำนาญการ สูติ-นรีเวชกรรม	กรรมการ
๑๕. นางสาวพัชรีญา ศิริพานทอง	นายแพทย์ชำนาญการ สูติ-นรีเวชกรรม	กรรมการ

๑๖. นางสาวรัตน์ ครุสันธิ์ นายแพทย์ชำนาญการ จักษุวิทยา กรรมการ
๑๗. นางสาวธาวินี ตริสกุล นายแพทย์ปฏิบัติการ จักษุวิทยา กรรมการ
๑๘. นางลักษมี พันธ์สายเชื้อ นายแพทย์ชำนาญการ กุมารเวชกรรม กรรมการ
๑๙. นางปิยนุช กัญญาคำ นายแพทย์ชำนาญการ กุมารเวชกรรม กรรมการ
๒๐. นางสาวกิริยา จิตนภากาญจน์ นายแพทย์ชำนาญการ กุมารเวชกรรม กรรมการ
๒๑. นางสาวกชกร พรมสุวรรณ นายแพทย์ชำนาญการ กุมารเวชกรรม กรรมการ
๒๒. นางสาวอิสราพร อมตะพงศ์พันธุ์ นายแพทย์ชำนาญการ กุมารเวชกรรม กรรมการ
๒๓. นายสุวัฒน์ รสจันทร์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ออร์โธปิดิกส์ กรรมการ
๒๔. นายนฤชา ชัยโชติรานันท์ นายแพทย์ชำนาญการ ออร์โธปิดิกส์ กรรมการ
๒๕. นางสาวพัชราภรณ์ คล่องแคล่ว นายแพทย์ชำนาญการ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน กรรมการ
๒๖. นางคัคนางค์ เกิดสวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน กรรมการ
๒๗. นายอาทิตย์ เชยคำดี นพ.แพทย์ชำนาญการ จิตเวชศาสตร์ กรรมการ
๒๘. นายพลวัฒน์ อ่วมพันธ์เจริญ นายแพทย์ชำนาญการ เวชศาสตร์ฟื้นฟู กรรมการ
๒๙. นางสาวมนภัทร เวชกามา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๓๐. นางนิตยา ทองศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๓๑. นางสาวฐิติกานต์ ศิรินาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๓๒. นางยุวรี ทองศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๓๓. นางรำไพ ศรีเนตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๓๔. นางนารี สิงหเทพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๓๕. นางสาวนารี คำศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๓๖. นางสมคิด เผ่าผา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กรรมการ
๓๗. นางโสภาพรณ์ ศรีวิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๓๘. นางสุณิตา ทองบ่อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๓๙. นางฉันชนก รชตบอดินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๔๐. นางสุนิสา กองทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๔๑. นางสาวปริศนา ผิวอ่อน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๔๒. นางสาวนิตยา ทองศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๔๓. นางสาว นิตยา บุญทศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๔๔. นางเนตรชนก ฤทธิ์ทรงเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๔๕. นางมะลิวรรณ แสนสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๔๖. นางสาวมุทิตา คำสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
๔๗. นายอิทธิพล สาระชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรรมการ
๔๘. นางสาวมยุรา โพธิวรรณา เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน กรรมการและเลขานุการ
๔๙. นายสุนนท์ จันทร์แก้ว เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๕๐. นางสาวปะการัง ใสน้อย เจ้าพนักงานเวชสถิติ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางการในการพัฒนาการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ
๒. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการสรุปโรคและหัตถการ รวมถึงการให้รหัสโรคและหัตถการ ตามหลักฐานที่ปรากฏในเวชระเบียนตามเกณฑ์มาตรฐาน(Standard coding guidlines)
๓. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนางานการสรุปโรคและหัตถการ รวมถึงการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ เพื่อการเบิกจ่ายที่ครบถ้วนถูกต้อง
๔. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหาร ทีมนำ ทีมPCT หอผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง
๕. ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน Coding audit อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
๖. แก้ไข ปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนนโยบาย เพื่อพัฒนางานการสรุปโรคและหัตถการ รวมถึงการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

หมายเหตุ

- Coding audit การตรวจสอบการให้รหัสโรค

๑.๓ คณะกรรมการ billing audit และ quality audit

๑.	นายภูมิศักดิ์ ธรรมวิริยารักษ์	นพ.แพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธาน
๒.	นางลักษมี พันธ์สายเชื้อ	นพ.แพทย์ ชำนาญการ กุมารเวชกรรม	รองประธาน
๓.	นายอิทธิพล สาระชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๔.	นางสาวมนภัทร เวชกามา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕.	นางนิตยา ทองศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖.	นางสาวฐิติกานต์ ศิรินาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗.	นางยุวรี ทองศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘.	นางรำไพ ศรีเนตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙.	นางนารี สิงหเทพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐.	นางสาวนารี คำศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑.	นางสมคิด เผ่าผา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๒.	นางโสภาพรณ์ ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๓.	นางสุณิตา ทองบ่อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๔.	นางฉันชนก รชตบอดินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ

๑๕. นางสุนิสา กองทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๖. นางสาวปริศนา ผิวอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๗. นางสาวนิตยา ทองศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๘. นางสาวมุทิตา คำสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวนิตยา บุญทศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๐. นางมะลิวรรณ แสนาสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๑. นางเนตรชนก ฤทธิ์ทรงเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๒. นางสาวสุนันทา แสนพันธ์	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	กรรมการ
๒๓. นางดรุณี แก้วโกฏิ	พนักงานบริการเอกสารทั่วไป	กรรมการ
๒๔. นางพรวรินทร์ ชมภูบุตรธนสิน	นักวิชาการการเงินและบัญชี	กรรมการ
๒๕. นายสุนนท์ จันทร์แก้ว	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการ
๒๖. นางสาวปะการัง ใสน้อย	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๒๗. นางมณีพรรณ สายคำวงศ์	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการ
๒๘. นางนิติญา วิรุฬบุตร	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการ
๒๙. นางนันทิยา ทองมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๓๐. นายชำนาญ สารบูรณ์	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลเบิกจ่าย การเรียกเก็บ อย่างมีประสิทธิภาพ
๒. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พัฒนาข้อมูลเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้อง พัฒนาระบบการจ่ายชดเชย ตลอดจนพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล เพื่อรักษาประโยชน์สูงสุดแก่องค์กร
๓. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนางานการเบิกจ่ายและเรียกเก็บที่มีประสิทธิภาพ
๔. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหาร ทีมนำ ทีมPCT หอผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง
๕. ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน Billing Audit อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
๖. แก้ไข ปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนนโยบาย เพื่อพัฒนางาน Billing Audit ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

หมายเหตุ

- Billing audit การตรวจสอบต้นทุนการให้บริการ เพื่อนำไปใช้ประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการ รวมทั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม

๑.๔ คณะกรรมการ Medical Record Audit (MRA)

๑. นายสันติ ศิริรัตนพันธ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธาน
๒. นางสาวชมพูนุช เนตรหาญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	รองประธาน
๓. นายอิทธิพล สาระชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ

๔. นางสาวเปี่ยมศรี คำทวี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาวมนภัทร เวชกามา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางเนตรชนก ฤทธิ์ทรงเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางนิตยา ทองศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสาวฐิติกานต์ ศิรินาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางยุวรี ทองศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางรำไพ ศรีเนตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางนารี สิงหเทพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวนารี คำศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๓. นางสมคิด เผ่าผา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๔. นางโสภาพรณ์ ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๕. นางสุณิตา ทองบ่อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๖. นางฉันชนก รชตบอดินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๗. นางสุนิสา กองทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๘. นางสาวปริศนา ผิวอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๙. นางสาวนิตยา ทองศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๐. นางสาวมุทิตา คำสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๑. นางสาวนิตยา บุญทศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๒. นางมะลิวรรณ แสนสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๓. นางสาวสุนีรัตน์ กองสุวรรณ์	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๒๔. นางสาวรัชดา เวชกามา	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๒๕. นางสาวพรผกา แก้วคูณ	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๒๖. นางสาวปะการัง ใสน้อย	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	กรรมการ
๒๗. นางสาวสุนันทา แสนพันธ์	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	กรรมการ
๒๘. นางดรุณี แก้วโกฏิ	พนักงานบริการเอกสารทั่วไป	กรรมการ
๒๙. นางพรวรินทร์ ชมภูบุตรธนสิน	นักวิชาการการเงินและบัญชี	กรรมการ
๓๐. นางสาวมยุรา โพธิวรรณา	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการและเลขานุการ
๓๑. นางมณีพรรณ สายคำวงศ์	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการและเลขานุการ
๓๒. นายสุนนท์ จันทร์แก้ว	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ(IPD)
๓๓. นางนิติญา วิรุหบุตร	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ(OPD)

มีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก

พร้อมทั้งเวชระเบียนที่ สปสช.สุ่มตรวจ

๓. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนางานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน

๔. รานงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหาร ทีมนำ ทีมPCT หอผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง

๕. ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

๖. แก้ไข ปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนนโยบาย เพื่อพัฒนางานตรวจสอบคุณภาพให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

หมายเหตุ

- Medical record audit การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

อนึ่ง บรรดาคำสั่งอื่นใดซึ่งขัดแย้งกับคำสั่งนี้ ให้ใช้คำสั่งนี้แทน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

(นายสุดชาย เลยวานิชย์เจริญ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร

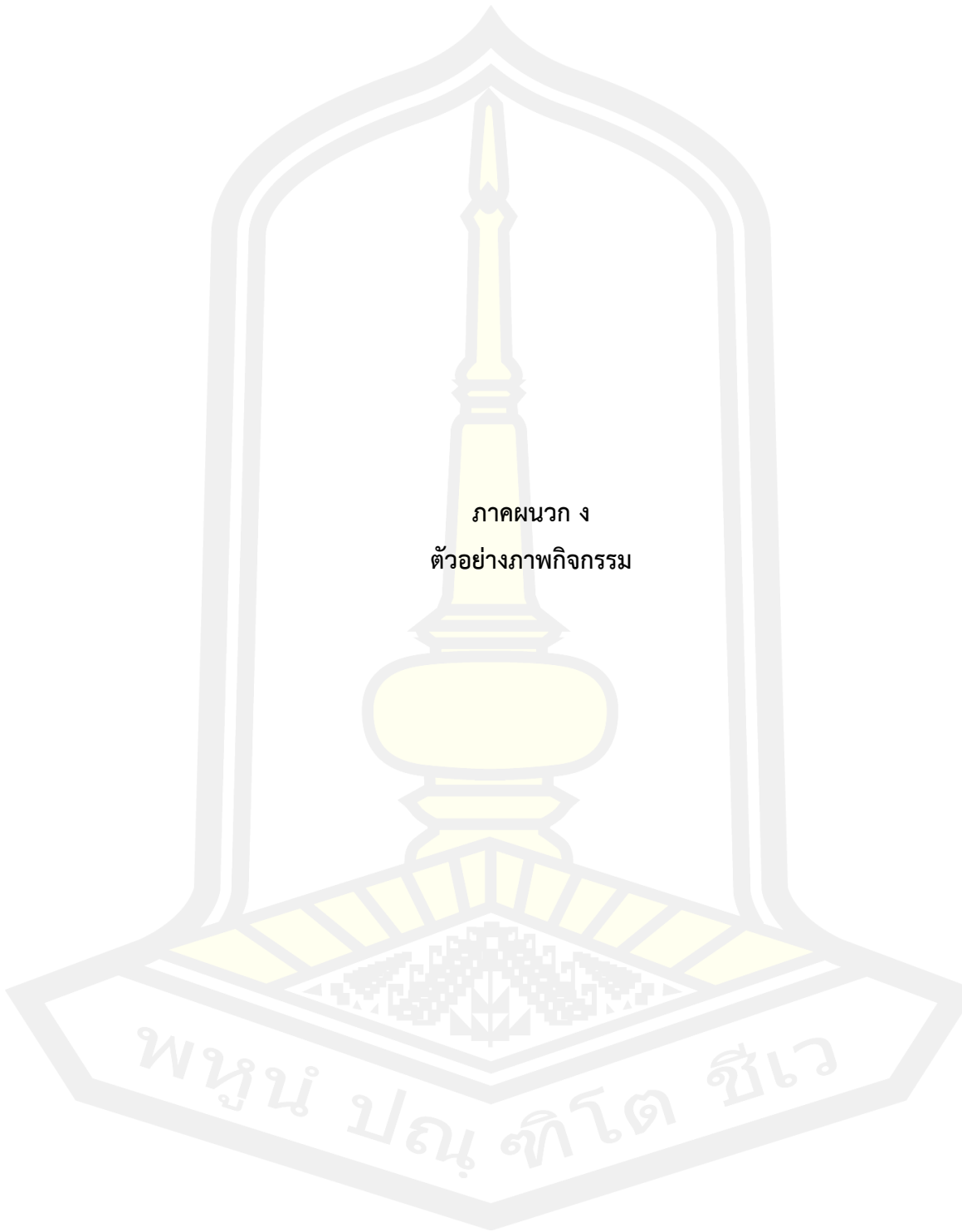
(นายสุเมธี สามีมา)
รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาระบบบริการ
และลบับสนุนบริการสุขภาพ

.....ตรวจ

.....ร่าง

.....พิมพ์

.....ทาน



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างภาพกิจกรรม



การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน



การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน



กิจกรรมกลุ่มการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน



วิทยากรในการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายสุนนท์ จันทร์แก้ว
วันเกิด	วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดยโสธร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 28 หมู่ 5 ตำบลดู่ทุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร รหัสไปรษณีย์ 35000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เจ้าพนักงานเวชสถิติ ชำนาญงาน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลยโสธร เลขที่ 26 หมู่ 7 ถนนแจ้งสนิท ตำบลตาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร รหัสไปรษณีย์ 35000.
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2540 มัธยมตอนปลาย โรงเรียนยโสธรพิทยาคม อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พ.ศ. 2543 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ สาขาเวชสถิติ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์สาธารณสุขกาญจนาภิเษก กรุงเทพฯ พ.ศ. 2547 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (ว.ท.บ.) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม