

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ คุณภาพของเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
ตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผู้เขียน นางนุรัตน์ วรรณเวก

ปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยและสถิติการศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นิโลบล นิ่มกิ่งรัตน์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาคุณภาพของเวชระเบียนผู้ป่วยใน กรณีใช้เพื่อ ศึกษาวิจัย รักษาพยาบาล และรวบรวมข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล และ(2) เปรียบเทียบคุณภาพของเวชระเบียน โดยแยกตามกรณีที่ใช้ทั้ง 3 กรณี กลุ่มตัวอย่างคือ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ นักศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชั้นปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2548 พยาบาล และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ รวมทั้งหมดจำนวน 648 คน ซึ่งยืมใช้เวชระเบียนระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2548 ได้มาโดยการสุ่มแบบโควตาซึ่งกลุ่มตัวอย่างสมัครใจตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยเลือกให้ครบตามจำนวน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามการประเมินคุณภาพเวชระเบียน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น .7023 และแบบสัมภาษณ์การประเมินคุณภาพเวชระเบียน ซึ่งหาคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ซ้ำและได้คำตอบเต็ม 100% วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าเฉลี่ย, ค่าเฉลี่ย (\bar{X}), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), สัมประสิทธิ์ของความแปรปรวน (CV), การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis Of Varaince) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพเวชระเบียนตามกรณีที่ใช้ โดยวิธีของ Scheffe วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยหาค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าเวชระเบียนผู้ป่วยในมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยพบว่า

คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซึ่งวิเคราะห์ด้วยความสอดคล้องทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กรณีใช้ประกอบการศึกษาวิจัย ด้านข้อมูล มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ในระดับคืออยู่ 11 ด้าน คือ ข้อมูลบันทึกการสรุปรายงาน (Discharge summary), ประวัติการเจ็บป่วย (History), ประวัติการตรวจร่างกาย (Physical exam), คำสั่งการรักษาของแพทย์ (Physician's Order), รายงาน

การปรึกษาโรค (Consultation record), รายงานการผ่าตัด (Operative note), รายงานการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (Anesthetic record), รายงานการคลอด (Labour record), รายงานการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Rehabilitation record), บันทึกทางการพยาบาล (Nurse's Note) และบันทึกข้อมูลการยินยอมรับการรักษาและผ่าตัด (Inform consent) ข้อมูลที่มีคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์ 1 ด้านคือ ข้อมูลบันทึกรายงานการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Progress note) ข้อมูลที่มีคุณภาพ 3 อันดับแรกคือ รายงานการคลอด (Labour record), รายงานการผ่าตัด (Operative note) และรายงานการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (Anesthetic record) ด้านแบบฟอร์ม มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีทุกแบบฟอร์ม แบบฟอร์มที่มีคุณภาพ 3 อันดับแรกคือ แบบฟอร์มรายงานการคลอด (Labour record) รายงานการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (Anesthetic record) และ รายงานการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Rehabilitation record) แบบฟอร์มที่ควรปรับปรุงแก้ไข คือบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Progress note) สรุปรายงาน (Summary sheet) และบันทึกการรับผู้ป่วยใหม่ (Admission note) กรณีใช้ประกอบการรักษาพยาบาล ข้อมูลมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้ง 12 ด้าน ข้อมูลที่มีคุณภาพสูง คือบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's Note) โดยข้อมูลด้านบันทึกรายงานการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Progress note) เป็นข้อมูลที่มีคุณภาพต่ำที่สุด ด้านแบบฟอร์ม มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีทั้ง 11 แบบฟอร์ม ซึ่งแบบฟอร์มที่มีคุณภาพ 3 อันดับแรกคือ แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Physician's Order), รายงานการปรึกษาโรค (Consultation record) และ รายงานการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (Anesthetic record) แบบฟอร์มที่ควรปรับปรุงแก้ไขคือ แบบฟอร์มสรุปรายงาน (Summary sheet) บันทึกการรับผู้ป่วยใหม่ (Admission note) และ บันทึกรายงานการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Progress note) กรณีใช้ประกอบการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล ข้อมูลมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีทั้ง 12 ด้าน ข้อมูลที่มีคุณภาพสูง 3 อันดับแรกคือ รายงานการคลอด (Labour record), บันทึกทางการพยาบาล (Nurse's Note) และคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Physician's Order) โดยข้อมูลด้านบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Progress note) เป็นข้อมูลที่มีคุณภาพต่ำที่สุด ด้านแบบฟอร์ม มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีทั้ง 11 แบบฟอร์ม แบบฟอร์มที่มีคุณภาพ 3 อันดับแรกคือ รายงานการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (Anesthetic record), บันทึกทางการพยาบาล (Nurse's Note) และการยินยอมรับการรักษาหรือผ่าตัด (Inform consent) แบบฟอร์มที่ควรปรับปรุงแก้ไขคือ แบบฟอร์มสรุปรายงาน (Summary sheet) บันทึกการรับผู้ป่วยใหม่ (Admission note) และบันทึกรายงานการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Progress note)

การเปรียบเทียบคุณภาพด้านข้อมูลเวชระเบียน พบว่าทั้ง 3 กรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อทำการทดสอบรายคู่โดยใช้การทดสอบแบบ Scheffe พบว่ากรณีใช้เพื่อประกอบการศึกษาวิจัย (Research) กับกรณีใช้เพื่อประกอบการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล (Data) และกรณีใช้เพื่อประกอบการรักษาพยาบาล (Care) กับกรณีใช้เพื่อประกอบการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศของ โรงพยาบาล (Data) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เหลือแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบคุณภาพด้านแบบฟอร์มเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 เมื่อทำการทดสอบรายคู่โดยใช้การทดสอบแบบ Scheffe พบว่ากรณีใช้เพื่อประกอบการศึกษาวิจัย (Research) กับกรณีใช้เพื่อประกอบการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล (Data) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ที่เหลือแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Thesis Title	Quality of Medical Records of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital in Accordance with Hospital Accreditation Standards
Author	Mrs. Nurat Wannaveg
Degree	Master of Education (Research and Statistics in Education)
Thesis Advisor	Assoc. Prof. Nilobol Nimkingratana

ABSTRACT

The purposes of the research were (1) to study quality of in-patient medical records which were used for research, patient treatment, and hospital's information system, and (2) to compare the quality of medical records used for these three purposes. The sample of 648 included 308 level 1-3 medical residents at Chiang Mai Maharaj Hospital, 4th to 6th year Chiang Mai University medical students, Chiang Mai Maharaj nurses, and medical record officers. All these had used the medical records during July 1st – 31st, 2005. The sample was drawn on quota basis and the sampled respondents were agreeable to answer the questionnaire and the interview. The instrument used to collect the data were the questionnaire assessing the quality of medical records whose reliability was .7023 and the interview guidelines also to assess the quality of the medical records. The interview guidelines were reapplied and the answers were 100% consistent. The collected data were analyzed in terms of frequency distribution, means (\bar{X}), standard deviation (SD), coefficient of variance (CV), analysis of variance, and the comparison of the medical records' quality using Scheffe's technique. Qualitative data were analyzed in terms of percentage of the sample who agreed that the quality of the medical records had reached the set criteria. The findings are as follows:

Regarding the quality of the in-patient medical records used for the research purpose, from both quantitative and quality analyses, all records passed the good level of the criteria in 11 aspects, namely, discharge summary, illness history, physical exam, physician's order, consultation record, operative notes, anesthetic record, labour record, rehabilitation

record, nurse's notes, and informed consent. The medical record which was below the standard was the progress notes. The top three records in term of quality were labour record, operative notes, and anesthetic record. The 11 forms by which these records were filled have all passed the standard. The best three forms in term of quality were those used for labour record, anesthetic record, and rehabilitation record. The forms needed improvement were progress note, summary sheet, and admission note. Concerning the 12 records used for patient treatment, all passed the standard. Among these, nurse's note had the highest quality while the progress note the lowest. The 11 forms used for this pass the good level criterion. The 3 best forms were physician's order, consultation record, and anesthetic record. The form needed to be revised were summary sheet, admission note, and progress note. Regarding the 12 records used for the hospital's information system, all of 12 records passed the good level. The best three records were labour record, nurse's note, and physician's order. The worst one was the progress note. Concerning the forms used for this purpose, all 11 of them passed the good standard. The best three were anesthetic record, nurse's note, and the informed consent. The forms needed to be revised were summary sheet, admission note, and progress note.

In comparing the quality of the medical records, it was found that the 3 usages differed at .001 level of statistical significance. When Scheffe technique was used to compare each pair, it was found that the records used for research and those used for hospital's information system, and those used for patient treatment and those used for hospital's information system differed at .001 level of statistical significance. The rest pairs did not differ at any statistical significance. In comparing the quality of the forms used for the inpatient records, all the forms differed at .05 level of statistical significance. When Scheffe technique was used to compare each pair, it was found that the form used for research and that used for hospital's information system differed at .05 level of statistical significance. The rest of the pairs did not differ at any statistical significance level.