ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานที่สัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร

Personal and Working Factors Related to Physicians' Medical Records in Community Hospitals, Phichit Province

จิระพันธ์ สุขขี[1]* อารยา ประเสริฐชัย[2] นิตยา เพ็ญศิรินภา[2]

[1]โรงพยาบาลบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร 66120
[2]สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
** E-mail: jisukkee@hotmail.com*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานที่สัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดพิจิตร จำนวน 40 คน และเวชระเบียนสุ่มตามชั้นภูมิของโรงพยาบาล จำนวน 244 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) แบบการตรวจสอบการให้รหัสโรค 3) โปรแกรมสำหรับการให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ 4) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงานของแพทย์ ผลการศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี เป็นโสดและเป็นแพทย์ทั่วไป จบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยในต่างจังหวัดและได้รับการสอนเรื่องการบันทึกเวชระเบียนในสถาบัน 2) ปัจจัยด้านการทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนทุติยภูมิระดับกลาง ทำงานอยู่ในช่วง 0-3 ปี และทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ปัจจุบัน ในช่วง 0-3 ปี ภาระงานโดยเฉลี่ย คือ 100,440.00 คะแนน 3) ปัจจัยส่วนบุคคลของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ ระดับการศึกษา สถาบันที่จบการศึกษาโดยมีความสัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ปัจจัยด้านการทำงานของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ ระดับของโรงพยาบาลโดยมีความสัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่พบปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับค่าสัมบูรณ์ของส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็น และอัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้อง

คำสำคัญ : แพทย์ ผลการบันทึกเวชระเบียน ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน

บทนำ

เวชระเบียนเป็นบันทึกการรักษาของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้รับการจัดทำครั้งแรกในประเทศอียิปต์ยุคโบราณ [1] และได้รับการพัฒนาต่อเนื่องมาตามลำดับ ฮัฟแมน (Huffman) [2] กล่าวถึงประโยชน์ของเวชระเบียนว่า เพื่อนำไปใช้ในด้านการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างแพทย์และบุคลากรอื่น การตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ประโยชน์ทางด้านการเงิน การศึกษา การวิจัย และควรมีข้อมูลเพียงพอในการสนับสนุนการวินิจฉัย เหตุผลในการรักษา ผลลัพธ์ของการรักษา ในหลายประเทศแม้แต่ประเทศที่เจริญแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกาและอังกฤษ [3] , [4] , [5] หรือประเทศกำลังพัฒนา เช่น อิหร่าน [6] ก็ยังพบว่ามีปัญหาในด้านความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน สำหรับในประเทศไทยนั้นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ [7] ได้กำหนดไว้ว่าเวชระเบียนควรมีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัย การประเมินความเหมาะสมในการรักษา เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเป็นหลัก ฐานทางกฎหมาย นอกจากนี้ระบบการจ่ายเงินให้กับโรง พยาบาลในปัจจุบันยังให้ความสำคัญกับเวชระเบียนโดย จ่ายเงินค่าดูแลรักษาผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight : RW) เป็นเกณฑ์ [8] และทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีการตรวจสอบเวชระเบียนย้อนหลัง เมื่อพบว่ามีการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ สมบูรณ์ จะมีการตัดเงินที่จะจ่ายสมทบตามภาระงานให้กับสถานพยาบาล

โรงพยาบาลบางมูลนากเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับกลางขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ในจังหวัดพิจิตรซึ่งมุ่งมั่น

ดำเนินงานตามมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพทุกหมวดโดยเฉพาะหมวดที่เกี่ยวกับเวชระเบียนมีการตั้งคณะทำงานเวชระเบียนขึ้นโดยได้รับความร่วมมือจากทุกสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกำหนดเกณฑ์ในการบันทึก และตรวจสอบเวชระเบียนของแต่ละวิชาชีพ จากการตรวจสอบเวชระเบียนโดยคณะทำงานเป็นระยะ พบว่า อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนลดลงในบางช่วงเวลา นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [9] ได้มีการสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดพิจิตร พบว่า การสรุปเวชระเบียนของโรงพยาบาลบางมูลนากมีความผิดพลาดจากการบันทึก ร้อยละ 43.13 จากการสรุปโรค ร้อยละ 82.35 และจากการให้รหัสโรค ร้อยละ 94.11 และพบว่าในแต่ละโรงพยาบาลมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่างกันมาก

จากบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อัตรากำลังแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน มักจะได้จากการหมุนเวียน แพทย์ใหม่ (Intern) รวมกับแพทย์ที่อยู่ประจำ (Staff) โดยแพทย์ใหม่จะมีการเลือกโรงพยาบาลที่จะทำงาน แต่โรง พยาบาลจะไม่สามารถกำหนดคุณลักษณะของแพทย์ที่ต้อง การได้ ทำให้แต่ละโรงพยาบาลจะมีแพทย์ที่มีคุณลักษณะต่างๆกันไป ขณะเดียวกันปัจจัยด้านการทำงานในแต่ละโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกันไปซึ่งทั้งคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยในด้านการทำงานนี้อาจมีผลต่อการบันทึกเวชระเบียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียน เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ขึ้นเพื่อให้เป็นประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วย และโรงพยาบาลได้ค่าตอบแทนตามที่ควรจะเป็น

ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดพิจิตร ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2554 ถึง กันยายน พ.ศ. 2554 จำนวน 40 คน และเวชระเบียนสุ่มตามชั้นภูมิของโรงพยาบาล จำนวน 244 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับแพทย์จำนวน 3 หัวข้อ คือ ประวัติ การตรวจร่างกาย การบันทึกความก้าวหน้า ซึ่งในแต่ละข้อประกอบด้วยคะแนนเต็ม 9 คะแนน รวมเป็นคะแนน 27 คะแนน 2) แบบการตรวจสอบการให้รหัสโรค (coding audit) 3) โปรแกรมสำหรับการให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ 4) แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของแพทย์ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถาบันที่จบการศึกษา การสอนเรื่องการบันทึกเวชระเบียนในสถาบันและหลังจบการศึกษา และคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการทำงานของแพทย์ ประกอบด้วย ระยะเวลาการทำงาน ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยในการผ่าตัดใหญ่ การผ่าตัดเล็ก งานด้านอื่นๆ เงินเดือน ค่าตอบแทน

วิธีการวิจัยได้แก่ การสอบถามข้อมูลจากแพทย์ นำเวชระเบียนของแพทย์นั้น มาตรวจสอบหาความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมอบหมายให้เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ทำการคิดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงและที่ควรจะเป็น ถ้ามีการบันทึกที่สมบูรณ์ และตรวจสอบการสรุปโรคและหัตถการ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และการตรวจสอบเวชระเบียนมาวิเคราะห์ ทั้งสถิติเชิงพรรณนา และ สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาค่าไคสแควร์ (Chi – square) หรือ ฟิชเชอร์เอกแซคท์ เทสต์ (Fisher's Exact test) รวมทั้งหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient) ตามลักษณะของข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตั้งระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05

นิยามศัพท์

1. ผลการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่

- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนซึ่งกำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2553 [10] โดยการให้คะแนนตามเกณฑ์แล้วนำมาเฉลี่ยแต่ละฉบับ
- ส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็นถ้ามีการบันทึกที่สมบูรณ์ ได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมตรวจสอบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ โดยนำค่าที่ควรจะเป็นถ้ามีการบันทึกที่สมบูรณ์จากการปรับปรุงโดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติ ลบด้วยค่าที่ได้จริง
- อัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้อง(Summary assessment) คือการตรวจสอบความถูกต้องของแบบฟอร์มสำหรับสรุปการรักษาก่อนจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary) ว่าถูกต้องตรงกับความจริงหรือไม่ แยกเป็นถูกต้อง (SA 0) และผิดพลาด (SA 1-9) จากนั้นคำนวณออกมาเป็นร้อยละ เปรียบเทียบกับเวชระเบียนทั้งหมด

2. ภาระงานของแพทย์ (Work load)

เป็นการคำนวณเพื่อเปรียบเทียบงานด้านต่างๆของแพทย์ออกมาเป็นหน่วยเดียวกัน นำมาจากแนวคิดของสมเกียรติ [11] เพื่อจ่ายค่าตอบแทนให้กับแพทย์ โดยใช้ค่าอ้างอิงตามระเบียบการจ่ายค่าตอบแทนของกระทรวงสาธารณสุข [12] ในที่นี้คิดเฉพาะภาระงานในการให้ บริการผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย จำนวนผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวนผู้ป่วยใน (IPD) จำนวนการผ่าตัดใหญ่ (Major surgery) และจำนวนการผ่าตัดเล็ก (Minor surgery) โดย สูตรที่ใช้ในการคำนวณ คือ

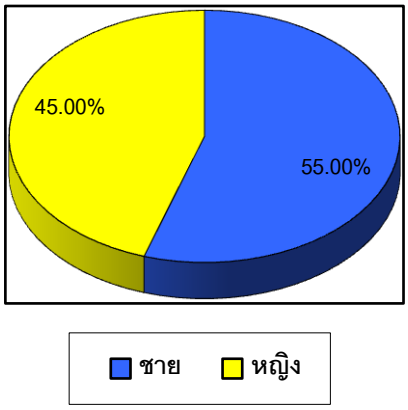
Work load = OPD+IPD+Major surgery+Minor surgery

โดย OPD คิดให้รายละ 50 บาท IPD คิดให้รายละ 700 บาท ผ่าตัดใหญ่ให้รายละ 800 บาท และผ่าตัดเล็กให้รายละ 400 บาท หน่วยที่ได้คิดเป็นคะแนน

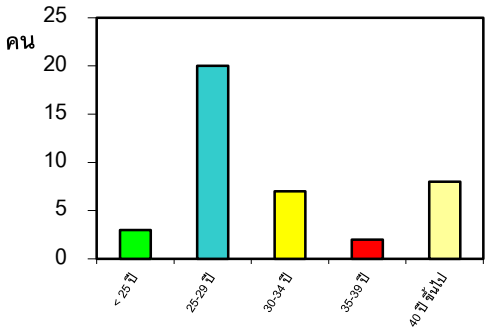
ผลการศึกษาวิจัยและการอภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของแพทย์

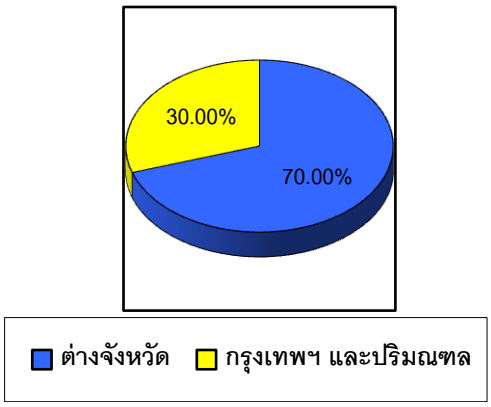
กลุ่มตัวอย่างแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเป็นเพศชายร้อยละ 55.00 เป็นเพศหญิงร้อยละ 45.00 ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 เป็นโสด ร้อยละ 72.50 เป็นแพทย์ทั่วไปร้อยละ 67.50 เป็นแพทย์เฉพาะทาง ร้อยละ 32.50 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติศาสตร์ / กุมารเวชศาสตร์ ร้อยละ 15.00 ส่วนมากจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยในต่างจังหวัด ร้อยละ 70.00 มากกว่าครึ่งหนึ่งเคยได้รับการสอน เรื่องการบันทึกเวชระเบียนในสถาบัน (ร้อยละ 55.00) และได้รับการสอนการบันทึกเวชระเบียนหลังจบการศึกษา (ร้อยละ 52.50)



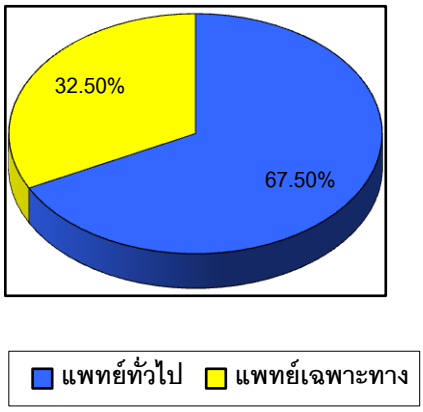
รูปที่ 1 เพศของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร



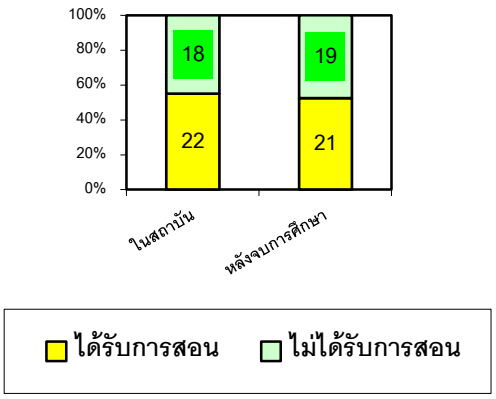
รูปที่ 2 กลุ่มอายุของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิจิตร



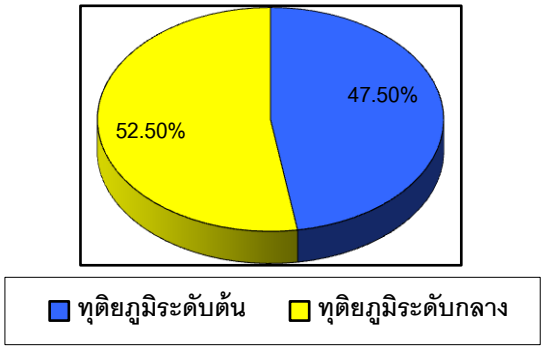
รูปที่ 3 สถาบันที่จบการศึกษาของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร



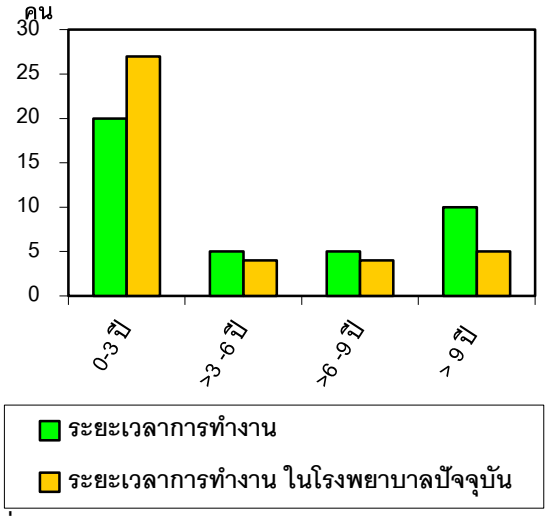
รูปที่ 4 ระดับการศึกษาของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร



รูปที่ 5 การได้รับการสอนเรื่องการบันทึกเวชระเบียนในสถาบัน และหลังจบการศึกษา ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร



รูปที่ 6 ระดับของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิจิตรที่แพทย์ทำงานอยู่ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร



รูปที่ 7 ระยะเวลาการทำงานและ ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน จำแนกตามกลุ่มอายุของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร

2. ปัจจัยด้านการทำงานของแพทย์

ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนทุติยภูมิระดับกลาง ร้อยละ 52.50 ทำงานอยู่ในช่วง 0-3 ปี ร้อยละ 50.00 โดยส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ปัจจุบันในช่วง 0-3 ปี ร้อยละ 67.50 จำนวนผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ย 1,050 คนต่อเดือน จำนวนผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 64 คนต่อเดือน จำนวนการผ่าตัดใหญ่ โดยเฉลี่ย 3 คนต่อเดือน จำนวนการผ่าตัดเล็กโดยเฉลี่ย 5 คนต่อเดือน ภาระงาน โดยเฉลี่ย 100,440.00 คะแนน

3. ผลการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิจิตร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5 [13] ร้อยละ 59.43 รองลงมาคือ ระดับ 4 ร้อยละ 20.48 เมื่อพิจารณา รายละเอียดพบว่า ส่วนประวัติมีอัตราความสมบูรณ์ร้อยละ 66.58 ส่วนการตรวจร่างกายมีอัตราความสมบูรณ์ร้อยละ 87.30 ส่วนการบันทึกความก้าวหน้ามีอัตราความสมบูรณ์ร้อยละ 67.21 ส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็นถ้ามีการบันทึกที่สมบูรณ์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่าง ร้อยละ 67.63 รองลงมาคือค่าที่ควรจะเป็นมากกว่าค่าที่ได้จริง ร้อยละ 18.44 ส่วนที่น้อยกว่าค่าที่ได้จริงพบร้อยละ 13.93 สำหรับอัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้อง พบว่าส่วนใหญ่จะมีการสรุปโรคและหัตถการผิดพลาดโดยมีอัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้องเพียงร้อยละ 31.56 ผิดพลาดร้อยละ 68.44 ซึ่งความผิดพลาดที่พบบ่อย คือ การสรุปโรคร่วมไม่ถูกต้อง ร้อยละ 38.93

4. ปัจจัยส่วนบุคคลของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียน

ได้แก่ ระดับการศึกษา สถาบันที่จบการศึกษา โดยมีความสัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Correlation coefficient = 0.40 และ 0.33 ตามลำดับ)

5. ปัจจัยด้านการทำงานของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียน

ได้แก่ ระดับของโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์ กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Correlation coefficient = 0.48)

ไม่พบปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับ ค่าสัมบูรณ์ของส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริง กับที่ควรจะเป็น และอัตราการสรุปโรคและหัตถการ

สรุปผลการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร ส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งสอดคล้องกับภาพรวมกำลังคนแพทย์ของประเทศซึ่งพบเพศชายเป็นส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นโสด ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี ร้อยละ 50.00 ซึ่งแสดงว่าแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นแพทย์จบใหม่เป็นแพทย์ทั่วไปมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง เพราะการจัดสรรแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เกิดจากนโยบายกระจายแพทย์ที่จบใหม่ลงสู่โรงพยาบาลชุมชน โดยระบบการใช้ทุน เมื่อครบกำหนดการใช้ทุนส่วนใหญ่จะลาศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งเมื่อจบการศึกษาแล้วมักจะเลือกโยกย้ายไปทำงานในเมืองใหญ่ เช่น โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ สำหรับแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติศาสตร์ / กุมารเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นสาขาหลักของแพทย์ ส่วนใหญ่จบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยในต่างจังหวัดโดยเฉพาะในภูมิภาคนี้ ผู้ที่เรียนมักจะมีภูมิลำเนาอยู่บริเวณใกล้เคียง เมื่อจบการศึกษาแล้วจึงเลือกที่จะใช้ทุนในบริเวณใกล้ภูมิลำเนาเดิม ส่วนมากเคยได้รับการสอนการบันทึกเวชระเบียนในสถาบันแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ที่จบใหม่จะมีการบรรจุการสอนการบันทึกเวชระเบียนในสถาบันการศึกษาของแพทย์ เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลในปัจจุบันเล็งเห็นความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนให้ละเอียด ถูกต้องครบถ้วนโดยเฉพาะในด้านกฎหมาย และ การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการทำงานพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนทุติภูมิระดับกลางซึ่งมี 2 แห่ง จาก 8 แห่ง ซึ่งอาจเป็นเพราะนโยบายที่จะพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพให้สามารถเป็นที่รับ ส่งต่อจากโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับต้น จึงมีการจัดสรรอัตรากำลังให้กับโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่มากกว่า ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในช่วง 0-3 ปี และทำงานในโรง พยาบาลที่อยู่ปัจจุบันในช่วง 0-3 ปี เช่นกัน เพราะแพทย์ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลชุมชนเป็นแพทย์ที่จบการศึกษาใหม่ และมาทำงานใช้ทุน เมื่อใช้ทุนครบ 3 ปี มักจะไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง และไปอยู่ที่อื่น ภาระงานโดยเฉลี่ย คือ 100,440.00 คะแนน ถือว่าแพทย์ในโรง พยาบาลชุมชนมีภาระงานที่หนักมากเมื่อเทียบกับ รายได้ซึ่งเฉลี่ย คือ 69,853.50 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

สุวิทย์ [14] พบว่าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีภาระการทำงานมากกว่า

ในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ โดยดัชนีเปรียบเทียบภาระงานของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต่อโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป คือ 2:1

ผลการวิเคราะห์การบันทึกเวชระเบียน พบว่า อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิจิตรส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5 ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นระดับสูงสุด อาจเป็นเพราะแพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียน เนื่องจากได้รับการสอนในสถาบันและหลังจบการศึกษาทำให้ผลการบันทึกเวชระเบียนอยู่ในเกณฑ์ที่ดี สอดคล้อง กับ การศึกษาของ สาหร่าย [15] พบว่าความครบถ้วนของเวชระเบียนผู้ป่วยในทั่วไปเฉลี่ยร้อยละ 73.02 ซึ่งเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าส่วนที่ได้คะแนนต่ำคือการบันทึกความก้าวหน้า สอดคล้องกับสิ่งที่ วิไลรัตน์ [16] ศึกษาไว้ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา พบว่า ข้อมูลการซักประวัติและตรวจร่างกายส่วนของแพทย์ครบถ้วน ร้อยละ 28.84 ใบบันทึกความก้าวหน้าครบถ้วน ร้อยละ 4.80

ส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.63) จะมีค่าเป็นศูนย์ คือ ไม่มีความแตกต่างจากความเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับ จิตต์ [17] ศึกษาเวชระเบียนของโรงพยาบาลดอนตูม เปรียบเทียบก่อน-หลัง การทบทวน จำนวน 643 ฉบับ จำนวนแฟ้มผู้ ป่วย ในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เปลี่ยนแปลงหลังตรวจสอบคุณภาพ ร้อยละ 11.0 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในแต่ละโรง พยาบาลจะมีผู้รับผิดชอบดูแลเวชระเบียน และมีการสุ่มตรวจก่อนจะส่งข้อมูลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล เมื่อพบว่า เวชระเบียนฉบับใดมีความคลาดเคลื่อนจะส่งให้แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ทบทวน และแก้ไขเพิ่มเติม แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ร้อยละ 13.93 มีค่ามากกว่าความเป็นจริง คือ มีการสรุปโรคและหัตถการเกินความเป็นจริงทำให้ได้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เพิ่มขึ้นซึ่งอาจจะเสี่ยงต่อการถูกตรวจสอบและเรียกเก็บเงินคืนภายหลังรวมทั้งมีการปรับด้วย ร้อยละ 18.44 มีค่าน้ำ หนักสัมพัทธ์น้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งถ้าได้รับการฝึก อบรมการบันทึกที่เหมาะสมจะทำให้โรงพยาบาลสามารถได้ค่ารักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง

สำหรับอัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้อง ส่วนใหญ่จะมีอัตราการสรุปโรคและหัตถการผิดพลาด โดยมีอัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้องเพียงร้อยละ 31.56 ซึ่งมีค่าน้อยมาก ไม่สอดคล้องกับ จิตต์ [17]พบว่ามีความถูกต้องของการสรุปการวินิจฉัยร้อยละ 80.25 ซึ่งความผิดพลาดที่พบบ่อย คือ การสรุปโรคร่วมไม่ถูกต้อง ร้อยละ 38.93 อาจเป็น

เพราะภาระงานของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีมากทำให้ไม่สามารถสรุปโรคร่วมได้ครบถ้วน จึงควรมีระบบผู้ช่วยมาช่วยกลั่นกรองอีกครั้ง เช่น เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และส่งข้อมูลให้แพทย์ช่วยสรุปเพิ่มเติม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตรกับ ผลการบันทึกเวชระเบียน พบว่า สถาบันที่จบการศึกษา มีความ สัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมพร [18] ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน พบว่า สถาบันที่จบการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล จากการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันที่จบการศึกษากับผลการบันทึกเวชระเบียน อาจเป็นเพราะว่า แพทย์ที่จบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยในต่างจังหวัดโดยเฉพาะที่จบจากมหาวิทยาลัยในภูมิภาคนี้จะต้องมาฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดทำให้คุ้นเคยกับวิธีการบันทึกเวชระเบียนตามแบบที่โรงพยาบาลจังหวัดกำหนดให้ ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่คอยติดตามความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอยู่เป็นระยะ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทำให้แพทย์ต้องปรับปรุงการบันทึกจนได้มาตรฐาน ต่างจากมหาวิทยาลัยในกรุงเทพและปริมณฑล มีแพทย์ประจำบ้าน (แพทย์ทั่วไปที่กำลังศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง) คอยดูแลเรื่องความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโดยนักศึกษาแพทย์จะมีบทบาทเพียงเป็นผู้เรียนรู้

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ [19] และกนกนาถ [20] ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างวุฒิการศึกษากับการทำงานเมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่าแพทย์ทั่วไป (แพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทาง) มีแนว โน้มที่จะบันทึกเวชระเบียนดีกว่าแพทย์เฉพาะทาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าแพทย์ทั่วไปได้รับการอบรมให้บันทึกในแนวกว้างทั่วๆไป เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคกว้างๆ ขณะที่แพทย์เฉพาะทางได้รับการสอนให้มีความละเอียดในการซักประวัติตรวจร่างกายเฉพาะด้าน ซึ่งเกณฑ์ในการตรวจประ เมินคุณภาพเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นแนวกว้างๆไม่ได้เจาะจงรายละเอียดในเชิงลึก

ระดับของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร [18] พบว่า ระดับของโรงพยาบาลมีความสัม พันธ์กับผลการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการและการศึกษาอื่น เช่น ของปลายมาศ [21] และพัชรี [22] จากการศึกษานี้พบว่าอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของแพทย์ที่ทำ งานในโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับต้น มีแนวโน้มสมบูรณ์มากกกว่าผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับกลาง อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับกลาง จะมีแพทย์เฉพาะทางมากซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับ ผลการบันทึกเวชระเบียน จึงทำให้ระดับของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียนด้วย

ไม่พบปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับค่าสัมบูรณ์ของส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็นและอัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้อง อธิบายได้ว่าในแต่ละโรงพยาบาลจะมีผู้รับผิดชอบในการทำงานตรวจ สอบการบันทึกเวชระเบียนเพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่ารัก ษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อพบว่าเวชระเบียนฉบับใดมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์น้อยกว่าที่ควรจะเป็นจะมีการส่งข้อมูลให้แพทย์ปรับปรุงการวินิจฉัย ทำให้เวชระเบียนนั้นได้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามที่ควรจะเป็น และมีการสรุปโรคและหัตถการตรงตามความเป็นจริง เมื่อทำการศึกษา จึงพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ผลการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ ได้แก่ ระดับของโรง พยาบาล โดยถ้าเป็นแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทุติย ภูมิระดับกลางมีแนวโน้มจะทำให้ผลการบันทึกเวชระเบียนด้อยกว่าโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับต้น จึงควรมีการปฐมนิเทศ ติดตามตัวชี้วัด ตรวจสอบเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ แพทย์เฉพาะทางมีแนวโน้มที่จะบันทึกเวชระเบียนด้อยกว่า จึงควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ และเสริมสร้างเจตคติต่อการบันทึกเวชระเบียนในกลุ่มแพทย์โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง

2. ควรมีผู้รับผิดชอบในการดูแลเวชระเบียน เพื่อช่วยเหลือให้แพทย์บันทึกเวชระเบียนได้ดีขึ้น ตั้งแต่การออกแบบเวชระเบียนให้ครบตามหัวข้อ การแบ่งเบาภาระในจุดที่บุคลากรอื่นสามารถบันทึกได้ การตรวจสอบและส่งข้อมูลให้แพทย์ช่วยบันทึกเพิ่มเติมกรณีที่ขาด การจัดทำข้อมูลแสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการบันทึกที่ดีส่งผลต่อโรงพยาบาลอย่างไร

3. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียนเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนได้ดีขึ้น

4. ในการบันทึกเวชระเบียน ควรเน้นการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ถ้าไม่ตรงกับเกณฑ์ ควรมีผู้เตือนให้แพทย์บันทึกเพิ่มเติมก่อนส่งข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย รักษาการคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหา- วิทยาลัยนเรศวร นายแพทย์ ชูชัย ศรชำนิ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์ และนายแพทย์ ศรีวิทย์ นราธรสวัสดิกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลพิจิตรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณแพทย์และเจ้าหน้าที่ด้านเวช-สถิติประจำโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิจิตรทุกท่าน ที่ได้ กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่อื่นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

[1] สมพร เอกรัตน์. 2534. **เวชระเบียนศาสตร์**. โครงการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยมหิดล.

[2] Huffman, E. 1990. **Medical record management**. Illinois : Physician's record company.

[3] Corser, W., Sikorskii, A., and Holmes-Rovner, M. 2008. **Concordance between comorbidity data from patient self-report interviews and medical record documentation.** Retrieved March 31, 2011, from http://www.biomedcentral.com/content/pdf/ 1472-6963-8-85.pdf .

[4] Tewary, K., N'Zoaka, S. and Jayatunga, R. 2007. KMR : a clinical audit. **Arch Dis Child**., 92(7), 652.

[5] Ferrante, F., Ohman-Strickland, P. and Crabtree, B. 2010. Self-report versus Medical Records for Assessing Cancer-Preventive Services Delivery. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.**, 17(11), 2987–2994.

[6] Pourasghar, F., Malekafzali' H. and Fors, U. 2008. What they fill in today, may not be useful tomorrow: Lessons learned from studying Medical Records at the Women hospital in Tabriz, Iran. **BMC Public Health** , 27(8), 139-142.

[7] สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ. 2549. **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองศิริราชสมบัติครบ 60 ปี.** (อัดสำเนา).

[8] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2551. **คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551.** กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท..

[9] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขานครสวรรค์. 2552. **ผลการสุ่มตรวจคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลบางมูลนาก ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552**. (อัดสำเนา).

[10] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2553. **แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ยูเนียนอุลตร้าไวโอเร็ต จำกัด.

[11] สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. 2551. **นโยบาย RW ระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการ: ทางออกของสาธารณสุขไทย**. สมุทรปราการ : หจก.สินทวีกิจพริ้นติ้ง จำกัด.

[12] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2552. **หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2552**. (อัดสำเนา).

[13] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552. **คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ**. (อัดสำเนา).

[14] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2547. **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547** สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข: ม.ป.ท..

[15] สาหร่าย เรืองเดช. 2536. **ความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลประจำจังหวัด ภาคกลางกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยา-ศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

[16] วิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี. 2546. การตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ศูนย์วิทยาศาสตร์ สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,** 11(1), 1-5

[17] จิตต์ พิมรี. 2551. การเปรียบเทียบก่อน-หลัง การทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลดอนตูม. **วารสารแพทย์เขต 6-7**, 27(2), 949-957.

[18] สมพร อิทธิเดชพงศ์. 2536. **ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

[19] กนกวรรณ มุกดาสนิท. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ การรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองของบุคลากรสาธารณสุขเทศบาล.**วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

[20] กนกนาถ ศิลปาจารย์. 2536. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ในหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

[21] ปลายมาศ ขุนภักดี. 2533. **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

[22] พัชรี ภาคเจริญ. 2540. **ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ของพยาบาลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล: กรณีศึกษา โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.