

ความครบถ้วนของการบันทึกระเบียบข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรม

Completeness of Data Record in The Obstetric Record Form

ณัฐธินี บุญรัมย์, ศศ.บ.*, กฤติมา จันทนะวรรณ, วท.บ., สุธรรม ปิ่นเจริญ, พ.บ.,
จิตเกษม สุวรรณรัฐ, พ.บ.

Nattinee Boonratsamee, B.A.*, Kritima Juntanawan, B.S., Sutham Pinjaroen, M.D.,
Chitkasaem Suwanrath, M.D.

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย
Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla
90110, Thailand.

*E-mail: bonuthin@medicine.psu.ac.th

Songkla Med J 2017;35(2):169-176

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความครบถ้วนของการบันทึกระเบียบข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรม

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาความครบถ้วนของการบันทึกระเบียบข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรมที่มาคลอดที่โรงพยาบาล
สงขลานครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-30 มิถุนายน พ.ศ. 2555 ในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรม ของหน่วยเวชสถิติ ภาควิชา
สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ข้อมูลแบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติทางสูติกรรม ผลการคลอด
ภาวะแทรกซ้อน และการทำสูติศาสตร์หัตถการและข้อบ่งชี้ ตรวจสอบความครบถ้วน แสดงเป็นร้อยละ แยกตามหมวดและผู้บันทึก

ผลการศึกษา: ระเบียบข้อมูลของผู้ป่วยที่มาคลอดทั้งหมด 1,698 ฉบับ มีความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลโดยภาพรวมร้อยละ
10.1 หมวดข้อมูลทั่วไป (หมวดที่ 1) ซึ่งบันทึกโดยพยาบาล มีความครบถ้วน ร้อยละ 36.7 ส่วนหมวดข้อมูลทางคลินิก (หมวด 2-5)
ซึ่งบันทึกโดยแพทย์ มีความครบถ้วนร้อยละ 26.1 แพทย์ผู้บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนมากที่สุดได้แก่ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ รองลงมาคือ
นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ และแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง

สรุป: ความครบถ้วนของการบันทึกระเบียบข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลสะท้อนกลับไปยังภาควิชา
สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของฐานข้อมูล เพื่อใช้ประโยชน์สำหรับงานวิจัยหรือการจัดการ
คุณภาพบริการในอนาคต

คำสำคัญ: การบันทึก, ข้อมูล, ครบถ้วน, ผู้ป่วยสูติกรรม

รับต้นฉบับวันที่ 22 ธันวาคม 2559 รับลงตีพิมพ์วันที่ 27 มีนาคม 2560

Abstract:

Objective: To survey the completeness of obstetric data records.

Material and Method: A survey study was conducted to determine the completeness of obstetric data records of women who delivered at Songklanagarind Hospital from January 1, to June 30, 2012 in the obstetric data record forms of the Statistical Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. The data consisted of 5 parts including general information, obstetric history, pregnancy outcome, complications and operative obstetrics with indications. Rates of completeness by recorders were calculated.

Results: A total of 1,698 obstetric data records were evaluated. The overall rate of completeness was 10.1%. The rates of completeness of the general information (part 1), recorded by nurses, and the clinical part (parts 2 to 5), recorded by physicians, were 36.7% and 26.1%. The intern had the highest rate of completeness, followed by the extern and the resident.

Conclusion: The rate of completeness of obstetric data records was low. The feedback report will be sent to the Department of Obstetrics and Gynecology to find out an appropriate strategy to improve quality of electronic database for future use in research and quality service management.

Keywords: completeness, data, obstetric patient, record

บทนำ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีวิสัยทัศน์ คือ “เป็นคณะแพทยศาสตร์ชั้นนำระดับนานาชาติ เพื่อสังคมไทย” มีภารกิจหลัก 4 ด้าน คือ ด้านการเรียนการสอน ด้านวิจัย ด้านบริการรักษาพยาบาล และด้านบริหารจัดการ¹

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตระหนักถึงความสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในทุกสาย โดยแยกเป็นผู้ป่วยสูติกรรมและนรีเวชกรรม เพื่อนำมาวิเคราะห์ติดตามประเมินผล ใช้เป็นฐานข้อมูลเรียนรู้ ค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการ เป็นฐานข้อมูลงานวิจัยทั้งภาพตัดขวางและภาพแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระยะยาว ตลอดจนสามารถนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนางานวิชาการและบริการของภาควิชา²

หน่วยเวชสถิติ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละรายเพื่อสร้างเป็นฐานข้อมูล (electronic data bank) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง เชื่อถือได้ สามารถสะสมอยู่ในฐานข้อมูลต่อเนื่องมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532

โดยกำหนดให้ทีมแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจเป็นนักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ แพทย์ฝึกอบรม เฉพาะทางคนใดคนหนึ่งเป็นผู้สรุบบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เจ้าหน้าที่เวชสถิติจะเป็นผู้รวบรวมแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องเบื้องต้นโดยประสานกับแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย หรือค้นเพิ่มเติมข้อมูลจากแหล่งอ้างอิง (reference source) คือ เวชระเบียนของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลที่แก้ไขเพิ่มเติมแล้วลงในฐานข้อมูล (data entry) และทำการวิเคราะห์สรุปรายเดือน นำเสนอในที่ประชุมวิชาการของภาควิชาเพื่อแก้ไขและเพิ่มเติมข้อมูลอีกครั้ง โดยแยกแบบบันทึกข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยสูติกรรม และผู้ป่วยนรีเวชกรรม หน่วยเวชสถิติได้พัฒนาคุณภาพของฐานข้อมูลผู้ป่วยมาโดยตลอด โดยเน้นคุณภาพของการบันทึกข้อมูล และสังเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในหมู่นักวิชาการ

คุณภาพของข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการใช้ประโยชน์ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว คุณภาพข้อมูลมีหลายมิติ ได้แก่ ความครบถ้วน (completeness) ความคงเส้นคงวา ความคงที่

หรือสม่ำเสมอ (consistency) ความเป็นเอกลักษณ์ (uniqueness) ความถูกต้อง (validity) และความแม่นยำ (accuracy)³ การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลในขั้นตอนการบันทึกจากแบบบันทึกข้อมูลกระดาษลงในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญยิ่ง⁴ นอกจากนี้ การวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นสารสนเทศเบื้องต้นรายเดือน นำเสนอเพื่อตรวจสอบข้อมูลและทดสอบการยอมรับของเหล่านักวิชาการ (user acceptance testing) ถือเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของคุณภาพฐานข้อมูล⁵

ระบบการจัดทำฐานข้อมูลเวชสถิติของภาควิชาได้ให้ความสำคัญกับความถูกต้องเป็นลำดับแรก จึงกำหนดให้แพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในแบบบันทึก แต่ลักษณะการทำงานของแพทย์เหล่านั้นมีภารกิจสำคัญหลายด้าน สำหรับนักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่บันทึกข้อมูลมากที่สุด มีการหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนการทำงานในแต่ละเดือน โดยปฏิบัติงานในภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาเป็นระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น ดังนั้นจึงมีโอกาสที่จะบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงทำการศึกษารายนี้เพื่อให้เห็นสภาพของปัญหา วิเคราะห์จุดอ่อนภายในระบบที่ได้ปฏิบัติการต่อเนื่องมา โดยกำหนดขอบเขตศึกษาเฉพาะข้อมูลของผู้ป่วยสูติกรรมที่มาคลอด เพราะเป็นกลุ่มมีแบบแผนการเจ็บป่วยกลุ่มใหญ่ที่สุดของภาควิชา และมีการกำหนดตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสากลสามารถใช้เปรียบเทียบบอกระดับคุณภาพ ทั้งระดับภายในประเทศและระดับสากล

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรมที่มาคลอด โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนและแบบฟอร์มที่หน่วยเวชสถิติ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาเป็นผู้วางระบบไว้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้มีคุณภาพ กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานสำหรับผู้เกี่ยวข้องให้มีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่องยั่งยืน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยการวิเคราะห์แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรมที่มาคลอดทั้งหมด รวบรวมจากหอผู้ป่วยต่าง ๆ จำนวน 10 หอผู้ป่วย ซึ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-30 มิถุนายน พ.ศ. 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในสูติกรรมที่มาคลอด มีเนื้อหาแบ่งเป็น 5 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีข้อมูล 11 เขตข้อมูล (field)

หมวดที่ 2 ประวัติทางสูติกรรม มีข้อมูล 20 เขตข้อมูล

หมวดที่ 3 ผู้ทำคลอดและผลการคลอด มีข้อมูล 9 เขตข้อมูล

หมวดที่ 4 ภาวะแทรกซ้อน มีข้อมูล 3 เขตข้อมูล

หมวดที่ 5 สูติศาสตร์หัตถการและข้อบ่งชี้ มีข้อมูล 6 เขตข้อมูล

โดยพยาบาลประจำแต่ละหอผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกข้อมูลหมวดที่หนึ่ง และแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกข้อมูลหมวดที่ 2-5

เจ้าหน้าที่เวชสถิติซึ่งเป็นผู้ตรวจสอบแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรมที่มาคลอดแต่ละราย ถึงความถูกต้องและครบถ้วน โดยนิยาม “ความครบถ้วน” ดังนี้คือ จะต้องมีการบันทึกครบทุกเขตข้อมูลรวมทั้งสิ้น 49 เขตข้อมูล หากมีรายการหรือข้อความใดที่มีค่าตอบว่างไว้ (missing data) จะถือว่าแบบบันทึกนั้นขาดความครบถ้วนของข้อมูล นำข้อมูลบันทึกลงในฐานข้อมูลวิจัย และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic)

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาที่ศึกษามีผู้ป่วยที่มาคลอด จำนวน 1,698 ราย จากผู้ป่วยสูติกรรมทั้งหมดจำนวน 2,089 ราย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยคลอด แท้ง หลังคลอด และผู้ป่วยไม่คลอดแต่มีภาวะแทรกซ้อน มีความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล ร้อยละ 10.1 (172/1,698)

เมื่อวิเคราะห์ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในหมวดข้อมูลทั่วไป (หมวดที่ 1) แยกตามหอผู้ป่วย พบว่า

กลุ่มหอผู้ป่วยที่บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนมากกว่า ได้แก่ หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยทางสูติรีเวชกรรมโดยตรง (ร้อยละ 11.4–24.5) ส่วนกลุ่มหอผู้ป่วยที่บันทึกข้อมูลครบถ้วนน้อย เป็นหอผู้ป่วยพิเศษที่ดูแลผู้ป่วยหลายสาขา (ร้อยละ 1.9–7.8)

รูปที่ 1 พบว่า ข้อมูลหมวดที่ 1 ที่บันทึกโดยพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานทั่วไปมีความครบถ้วนสูงกว่าข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์ (ข้อมูลหมวดที่ 2–5) ซึ่งเป็นข้อมูลทางคลินิก จำเป็นต้องใช้ความรู้ความเข้าใจภาวะของโรคและการรักษาผู้ป่วยรายนั้นๆ

ในส่วนของข้อมูลหมวดที่ 2–5 ที่บันทึกโดยแพทย์ พบว่า กลุ่มแพทย์ที่บันทึกได้ครบถ้วนมากตามลำดับ ได้แก่ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ และแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง

หมวดที่ 2 พบว่า ข้อมูลประวัติทางสูติกรรมส่วนใหญ่บันทึกได้ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 90.0 แต่ข้อมูลที่มีความครบถ้วนต่ำกว่าเขตข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ น้ำหนักตัวขณะมาคลอด และอายุของบุตรคนสุดท้าย (รูปที่ 2)

หมวดที่ 3 ผู้ทำคลอดและผลการคลอด พบว่าส่วนใหญ่บันทึกครบถ้วนสูง ยกเว้นเพศของทารกและผู้ช่วยทำคลอด

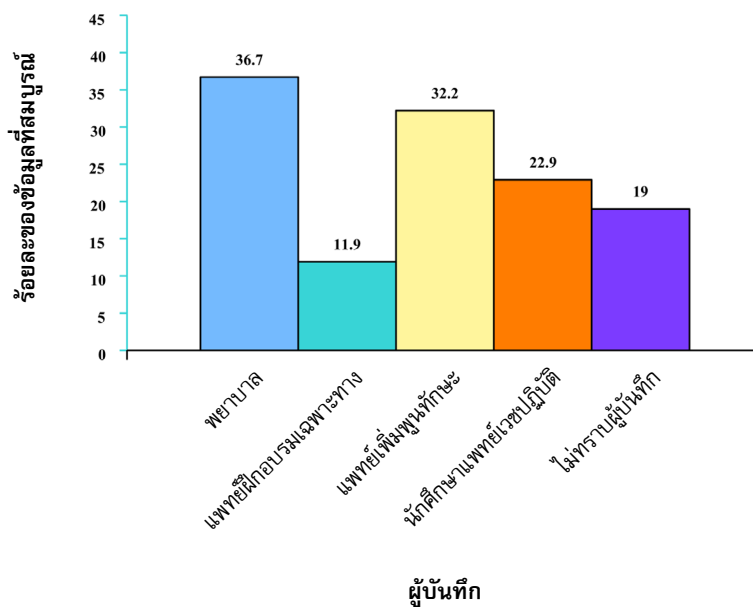
เมื่อแยกวิเคราะห์ตามผู้บันทึกพบว่าผู้บันทึกซึ่งไม่แสดงตนบันทึกข้อมูลมีความครบถ้วนต่ำๆ เขตข้อมูล (รูปที่ 3)

หมวดที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด มีความครบถ้วนสูง (รูปที่ 4)

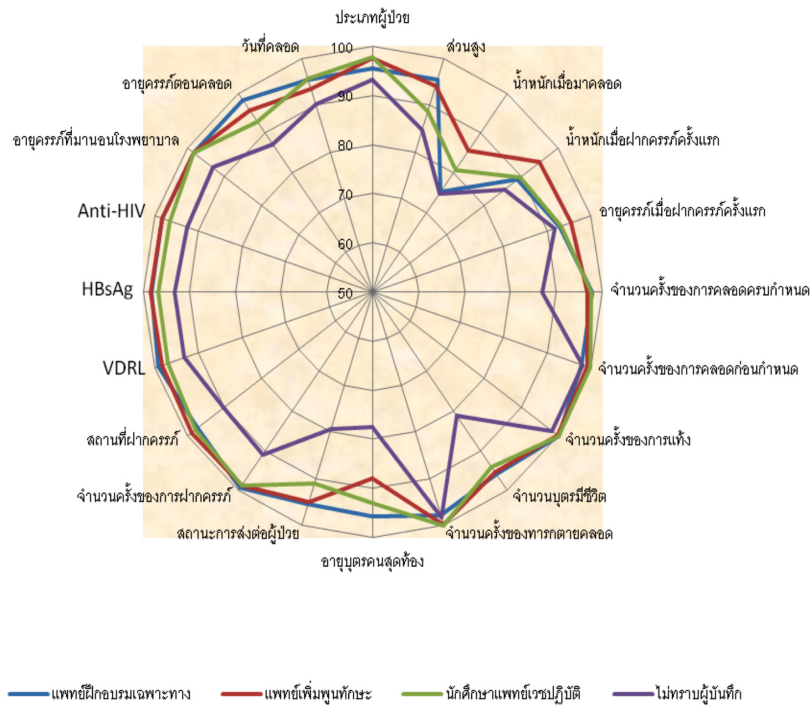
หมวดที่ 5 การทำหัตถการและข้อบ่งชี้ในภาพรวม มีความครบถ้วนสูง ยกเว้นข้อมูลที่ขาดมากที่สุด ได้แก่ การทำผ่าตัดคลอดและการผ่าตัดอื่นร่วม (รูปที่ 5)

วิจารณ์

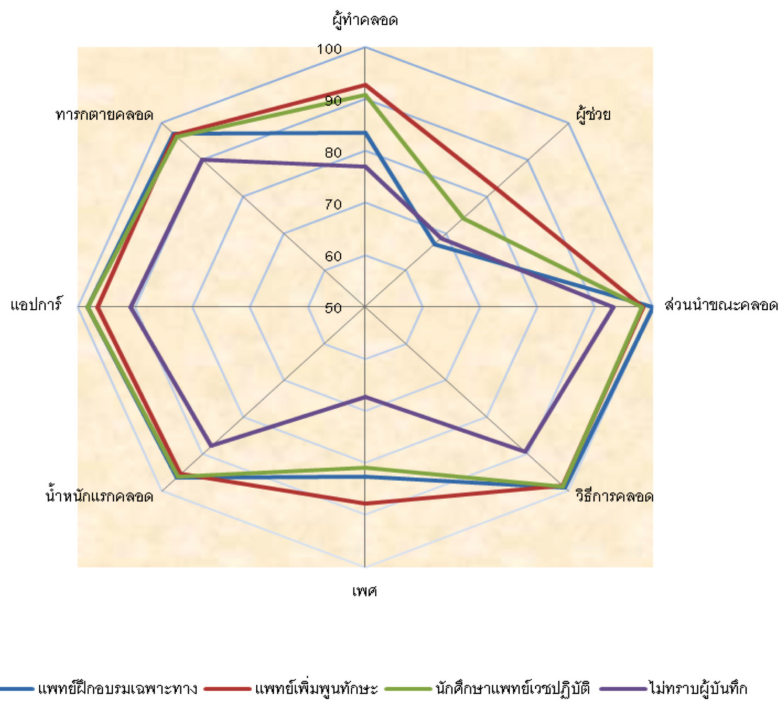
ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรมที่มาคลอดโดยภาพรวมทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เมื่อวิเคราะห์แยกตามหมวดของข้อมูล พบว่าหมวดที่เป็นความรับผิดชอบของพยาบาล คือ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ เลขประจำตัวผู้ป่วย อายุ อาชีพ จังหวัด ศาสนา สายที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย แพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทางที่รับผิดชอบ วันที่นอนโรงพยาบาล วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย มีความครบถ้วนอยู่ในระดับที่สูงกว่าในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึก เชื่อว่าเป็นผลจากการที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีการหมุนเวียนน้อยกว่าแพทย์ มีความเข้าใจและให้ความร่วมมือดีกว่า



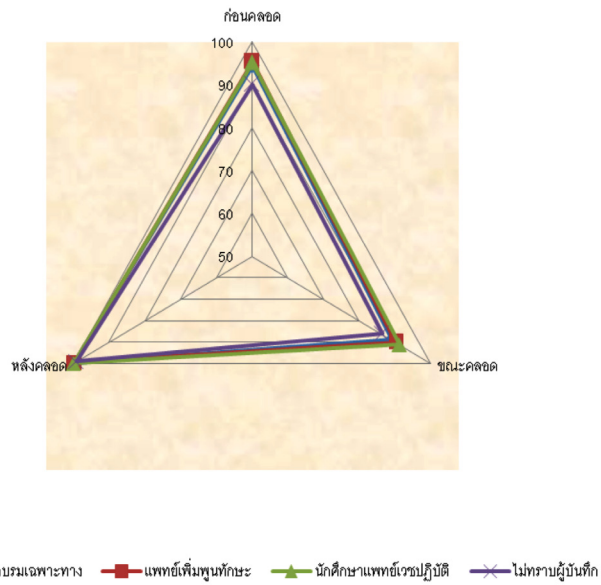
รูปที่ 1 ความครบถ้วนของระเบียบข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรมตามผู้รับผิดชอบบันทึก



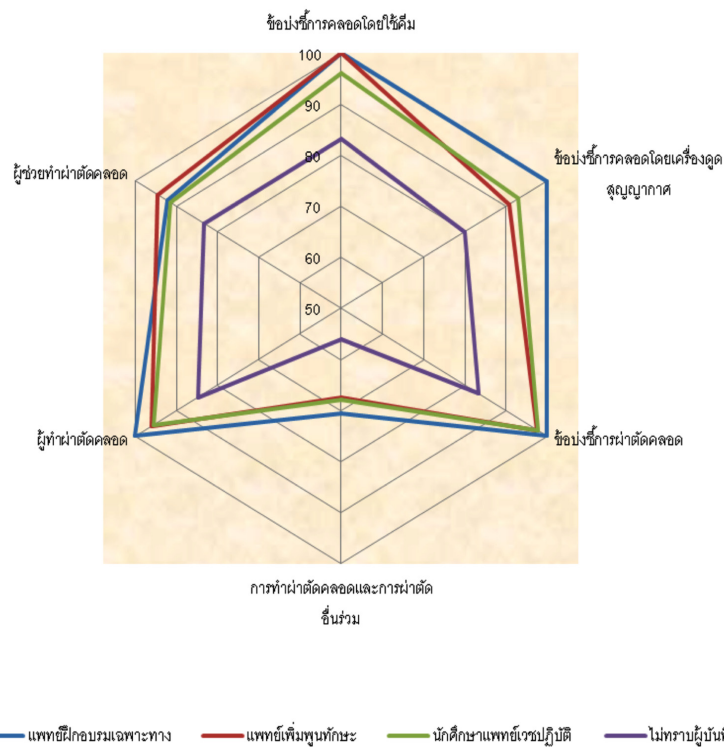
รูปที่ 2 ความครบถ้วนของระเบียบข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรม หมวดที่ 2 ประวัติทางสูติกรรม



รูปที่ 3 ความครบถ้วนของระเบียบข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรม หมวดที่ 3 ผู้ทำคลอดและผลการคลอด



รูปที่ 4 ความครบถ้วนของระเบียบข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรม หมวดที่ 4 ภาวะแทรกซ้อน



รูปที่ 5 ความครบถ้วนของระเบียบข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรม หมวดที่ 5 สูติศาสตร์หัตถการและข้อบ่งชี้

เมื่อพิจารณาการบันทึกข้อมูลโดยแพทย์ พบว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะบันทึกได้ครบถ้วนมากที่สุด รองลงมา คือ นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ ในขณะที่แพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง ซึ่งเป็นแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากที่สุด และยังเป็นผู้ใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลโดยตรงในการเรียนรู้อะไรและการทำวิจัย เพื่อการสอบวุฒิบัตร กลับเป็นผู้บันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์มากที่สุด นับเป็นการค้นพบที่ผิดความคาดหมาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทางให้ความสำคัญเฉพาะเขตข้อมูลที่สำคัญทางคลินิกเฉพาะสาขา หรือตัวบ่งชี้ทางคลินิกที่ภาควิชาให้ความสนใจติดตาม เช่น ข้อบ่งชี้การทำสูติศาสตร์หัตถการ แพทย์กลุ่มนี้บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนร้อยละ 100.0 ในทุกหัตถการ แต่ละวัน การบันทึกในข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ ซึ่งมีความสำคัญน้อยกว่า

เมื่อพิจารณาความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลโดยแพทย์แยกตามหมวดต่างๆ มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ประวัติทางสูติกรรม ข้อมูลที่ขาดความสมบูรณ์มากที่สุด คือ น้ำหนักตัวขณะมาคลอด จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุเนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยหนัก ซึ่งถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นหรือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้คลอด เมื่อมาถึงโรงพยาบาลจึงไม่สามารถยื่นซึ่งน้ำหนักตัวก่อนคลอดได้ ซึ่งผู้วิจัยเสนอแนะว่า ในกรณีผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องทราบน้ำหนักตัวผู้ป่วยที่มาคลอด เพื่อความแม่นยำในการวินิจฉัยและรักษา อาจแก้ปัญหาโดยจัดหาเตียงคลอดที่ซึ่งน้ำหนักได้มาประจำห้องคลอด

ผู้ทำคลอดและผลการคลอด ข้อมูลในส่วนนี้มีความครบถ้วนเป็นส่วนใหญ่ ส่วนที่ไม่สมบูรณ์มี 2 เขตข้อมูล คือ เพศทารก และผู้ช่วยทำคลอด กรณีเพศของทารก ผู้บันทึกต้องสืบค้นข้อมูลจากบันทึกการคลอด ผู้บันทึกข้อมูลอาจไม่เห็นความสำคัญ หรือรู้ดีว่ามีแหล่งอ้างอิงได้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลอยู่แล้ว ส่วนในกรณีการไม่บันทึกผู้ช่วยทำคลอด อาจเป็นเพราะโครงสร้างของแบบฟอร์มที่กำหนดให้ กรณีที่ “ไม่มี” ผู้ช่วยทำคลอด ผู้บันทึกต้องบันทึกว่า “ไม่มีผู้ช่วย” ในขณะที่ผู้บันทึกอาจเว้นข้ามไป ไม่บันทึกใดๆ ในเขตข้อมูลนี้

ภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากได้แยกภาวะแทรกซ้อนเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด ซึ่งแพทย์ผู้บันทึกข้อมูลต้องประมวลบันทึกข้อมูลเองลงใน

คำถามปลายเปิด ดังนั้นจึงมีโอกาสที่แพทย์จะบันทึกไม่ครบถ้วน ในกรณีที่มิภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดมานานแล้ว หรือภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง หรือผู้บันทึกขาดความใส่ใจ อย่างไรก็ตาม การตรวจจับความไม่สมบูรณ์ในงานวิจัยนี้ ทำโดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติ ซึ่งตรวจสอบความไม่สมบูรณ์ได้จากการตรวจสอบข้อมูลจากการเทียบเคียงเขตข้อมูลอื่นมา เช่น ข้อบ่งชี้การทำสูติศาสตร์หัตถการ น้ำหนักตัวทารก หรือการเพิ่มเติมจากการทบทวนในที่ประชุมวิชาการประจำเดือน เป็นต้น ดังนั้นตัวเลขที่รายงานความไม่สมบูรณ์น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงหรือไม่ส่งผลกระทบต่อดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาลครั้งนี้

สูติศาสตร์หัตถการและข้อบ่งชี้ เขตข้อมูลที่มีความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลมากที่สุด คือ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยเชื่อว่าเป็นผลจากการที่ภาควิชาให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ มีการทบทวนข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดของผู้ป่วยทุกราย ในการประชุมวิชาการประจำเดือน โดยยึดข้อบ่งชี้ตามมาตรฐานทางการแพทย์ และหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อเนื่องมาหลายปี มีการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา พบว่าความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในประเภทสูติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 78.35⁶ อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เป็นการตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียนโดยตรง แต่ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบบันทึกข้อมูลของภาควิชา

ข้อเสนอแนะ

คณะผู้วิจัยเชื่อว่าการจัดทำฐานข้อมูลที่มีความซับซ้อนให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นและต่อเนื่อง ควรมีการปรับปรุงเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

1. จากการที่พบว่าข้อมูลที่ขาดไปจำนวนหนึ่ง เกิดจากความไม่เข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญ หรือละเลยของแพทย์ผู้บันทึก ดังนั้นจึงต้องสร้างความร่วมมือกันระหว่างแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่เวชสถิติ จะต้องเน้นทำความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจเพิ่มเติมให้กลุ่มแพทย์ที่เป็นผู้บันทึก และได้ใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลนี้ คือ แพทย์ฝึกอบรม

เฉพาะทางให้มีส่วนร่วม เอาใจใส่ และทุ่มเทมากขึ้นกับการบันทึกฐานข้อมูลนี้ รวมทั้งสนับสนุนเจ้าหน้าที่หน่วยเวชสถิติให้มีความผูกพัน วิจารณ์ จัดทำฐานข้อมูลให้มีคุณภาพดี

2. เนื้อหาสาระของข้อมูลที่จัดเก็บตามระเบียบข้อมูลแบบฟอร์มควรมีการจัดโครงสร้างและการเรียงลำดับข้อมูลตามลำดับการเกิดก่อนหลัง และตรรกะตามเหตุและผล มีความเรียบง่าย ไม่ซ้ำซ้อน และสามารถข้ามข้อมูลที่ไม่ว่าจำเป็นไปได้โดยอัตโนมัติ ในขณะที่ต้องเตือนให้บันทึกเขตข้อมูลที่จำเป็นไม่สามารถข้ามได้ ซึ่งแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์จะสามารถกำหนดคุณสมบัติเหล่านี้ได้ดีกว่า

3. การถ่ายโอนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย (exporting data form reference source) ในยุคที่การบันทึกเวชระเบียนเป็นระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และระบบคุณภาพการรักษายาบาลให้ความสำคัญกับการบันทึกเวชระเบียนควรวางระบบให้สามารถดึงข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียนขณะที่รักษาผู้ป่วยออกมาเป็นข้อมูลตามระเบียบเวชสถิติตามโครงสร้างที่กำหนด และแพทย์ผู้รักษาเป็นผู้ตรวจสอบและเพิ่มเติมเฉพาะส่วนที่ขาดไปเท่านั้น

นอกจากนี้ การสรุปบันทึกข้อมูลควรมีขั้นตอนบังคับจากระบบให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ต่อเมื่อมีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นทุกเขตข้อมูลครบถ้วนแล้วเท่านั้น

4. ผู้วิจัยเชื่อว่าการสังเคราะห์สารสนเทศหรือความรู้จากฐานข้อมูลมาใช้ประโยชน์ทางการเรียนรู้ ด้านการวิจัยหรือบริหารจัดการ เป็นประจำสม่ำเสมอโดยผู้เกี่ยวข้องและรับผิดชอบ จะทำให้ฐานข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถูกต้อง เชื่อถือได้ ยั่งยืนและขยายผลการใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้นได้ต่อเนื่องตามขนาดของฐานข้อมูลที่ถูกสะสมมากขึ้นเรื่อยๆ

สรุป

ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในระเบียบข้อมูลผู้ป่วยสูติกรรมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ รายงานนี้จะเป็นข้อมูลสะท้อนกลับไปยังภาควิชาเพื่อหาแนวทางพัฒนาการบันทึกข้อมูลให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้ฐานข้อมูลมีคุณภาพ นำไปใช้ประโยชน์ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Prince of Songkla University. Faculty of Medicine. Self assessment report (SAR) 2012. Songkhla: The University; 2012.
2. Prince of Songkla University. Faculty of Medicine. Department of Obstetrics and Gynecology. Annual statistical report 2012. Vol. 24. Songkhla: Department of Obstetrics and Gynecology. Faculty of Medicine. The University; 2012.
3. DAMA United Kingdom. The six primary dimension for data quality assessment – defining data quality dimensions [homepage on Internet]. London: Dama United Kingdom; 2013 [cited 2016 Dec 2]. Available from: <https://www.whitepapers.em360tech.com>
4. Wikipedia.com. Data quality [homepage on internet]. San Diego: Wikipedia Foundation Inc; 2016 [cited 2016 Dec 2]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Data_quality
5. Risk S. Overview of data quality assurance in data warehousing [homepage on Internet]. Portage: Blue Granite Business Insight Delivered [cited 2016 Dec 2]. Available from: <https://www.blue-granite.com/blog/overview-of-data-quality-assurance-in-data-warehousing>
6. Jatusuwonasri W. The audit of comprehensiveness of medical record at health sciencecenter, Burapha University. J Nurs Sci Burapha Univ 2003; 1: 1 – 12.