

บทที่ 5

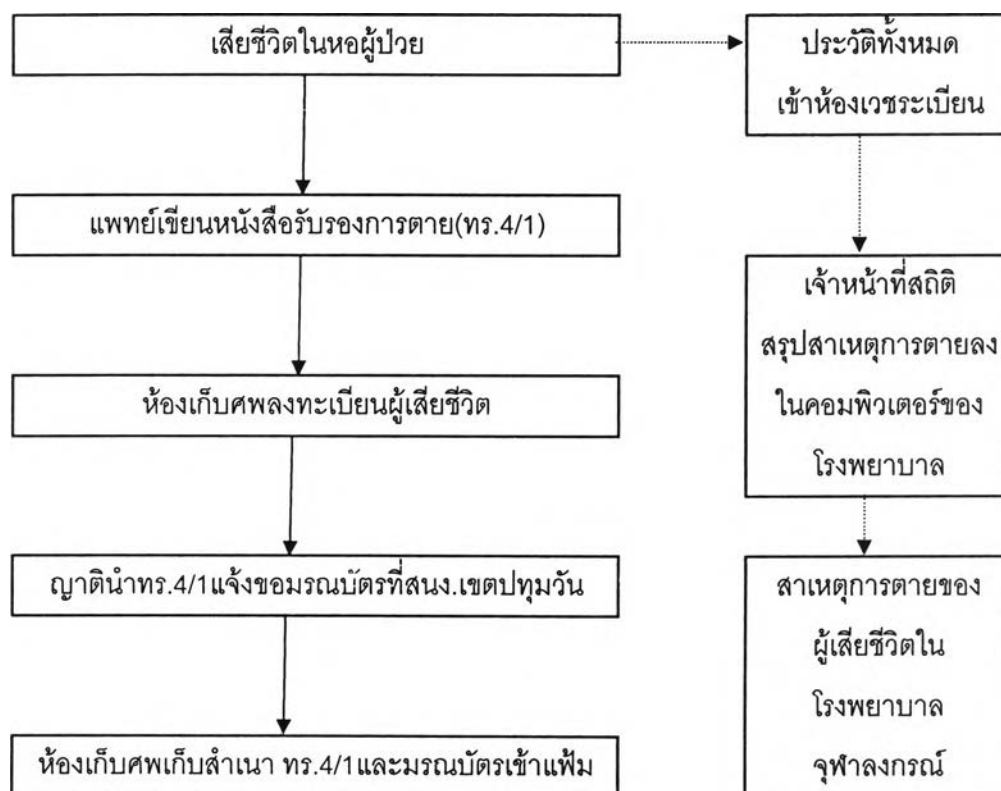
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าข้อมูลในเอกสารสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยกับข้อมูลในหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1) และมรณบัตร ของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2546 มีความครบถ้วนสอดคล้องกันหรือไม่ และศึกษาการลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1)ของผู้ที่เข้าพักรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2546 ว่าถูกต้องตามกฎหมายการลงสาเหตุการตายหรือไม่ ผู้ตายที่อยู่ในการศึกษาคือผู้ตายระหว่าง 1 ตุลาคม 2545 – 30 กันยายน 2546 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลโดยศึกษาจากหนังสือรับรองการตาย(ทร.4/1) มรณบัตร และการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS For Window สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระบบการรายงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะพบว่าเมื่อมีผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย แพทย์จะเขียนหนังสือรับรองการตาย (ทร. 4/1) ส่งมายังห้องเก็บศพ จากนั้นญาติจะนำสำเนาหนังสือรับรองการตายไปแจ้งยังเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรเพื่อขอรับใบมรณบัตร และญาติจะนำสำเนาใบมรณบัตรมาขอรับศพที่โรงพยาบาลเพื่อนำไปประกอบพิธี สำหรับหนังสือรับรองการตายและมรณบัตรจะเก็บไว้ที่ห้องเก็บศพ สำหรับประวัติของผู้ป่วยและการสรุปสาเหตุการตายในเอกสารสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (รง.501) เจ้าหน้าที่สถิติจะเป็นผู้ให้รหัส ICD 10 เองโดยดูตามการวินิจฉัยโรคของแพทย์ซึ่งแพทย์จะไม่ลงสาเหตุการตายในหนังสือสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยแต่จะลงสาเหตุการตายไว้ในหนังสือรับรองการตายซึ่งในขั้นตอนของหนังสือรับรองการตายจะไม่ผ่านเจ้าหน้าที่สถิติเลย ดังนั้นการให้รหัส ICD 10 ในหนังสือสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยจะเป็นวิจาร์ญาณของเจ้าหน้าที่สถิติ ดังแผนภูมิ 5.1

แผนภูมิที่ 5.1 ระบบการรายงานผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2546



1.ตรวจสอบความครบถ้วนของรายงานในทะเบียนผู้เสียชีวิต 1,589 ราย พบเอกสารสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ร้อยละ97.55 ไม่มีในการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ร้อยละ2.5 มีหนังสือรับรองการตาย ร้อยละ99.55 ไม่มีหนังสือรับรองการตาย ร้อยละ0.5(เนื่องจากการจัดเก็บมีการสูญหายหาไม่พบ) มีมรณบัตร ร้อยละ99.87 ไม่มีมรณบัตร ร้อยละ0.13

2.หนังสือรับรองการตายในช่วงที่ศึกษา มี 2 แบบ คือแบบเก่าใช้ในเดือนตุลาคม 2545 ถึง มกราคม2546 มีจำนวน 527 ราย และแบบใหม่ใช้ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2546 มี 1,060 ราย ซึ่งเมื่อตรวจสอบการลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายของแพทย์ในภาพรวมคือดูทั้งในหนังสือรับรองการตายแบบเก่าและหนังสือรับรองการตายแบบใหม่ พบว่า การลงสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายของแพทย์ลงถูกต้อง (หมายถึง ในหนังสือรับรองการตายแบบ

เก่าจะลงข้อ ค. เป็นสาเหตุการตาย, หนังสือรับรองการตายแบบใหม่ในช่องที่ให้แพทย์ระบุสาเหตุการตายในมรณบัตร ของหนังสือรับรองการตาย แพทย์เลือกเลือกโรคในบรรทัดสุดท้ายมาเป็นสาเหตุการตายที่จะนำมาลงในช่องให้ลง "สาเหตุการตายในมรณบัตร") 1,028 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.75 ลงไม่ถูกต้อง 559 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.22

3.การตรวจสอบสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เปรียบเทียบกับการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยพบว่าเจ้าหน้าที่ที่ลงสาเหตุการตายในคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า มีการให้รหัส ICD-10 ตรงกันระหว่างหนังสือรับรองการตายกับการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย ร้อยละ 60.45 ไม่ตรงกัน ร้อยละ 39.55 ซึ่งในการให้รหัส ICD-10 ของเจ้าหน้าที่จะดูจากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย เพราะหนังสือรับรองการตายจะไม่ได้ผ่านไปยังเวชระเบียนแต่จะเข้าไปยังห้องเก็บศพเลย เจ้าหน้าที่จึงไม่ได้เห็นการลงสาเหตุการตายของแพทย์ในหนังสือรับรองการตาย

4.การเลือกสาเหตุการตายของเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรโดยดูจากหนังสือรับรองการตายแบบเก่า ซึ่งจะไม่มีช่องให้แพทย์ระบุสาเหตุการตายในมรณบัตร เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรต้องตัดสินใจเลือกสาเหตุการตายเอง พบว่า ในหนังสือรับรองการตายแบบเก่าจำนวน 528 ราย เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรเลือกสาเหตุการตายจากบรรทัดสุดท้ายของหนังสือรับรองการตายซึ่งถือว่าถูกต้อง ร้อยละ 69.70 และไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่เลือกสาเหตุการตายจากบรรทัดสุดท้ายของหนังสือรับรองการตาย ร้อยละ 30.30

5.การเลือกสาเหตุการตายของเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรโดยดูจากหนังสือรับรองการตายแบบใหม่ ซึ่งจะมีช่องให้แพทย์ระบุสาเหตุการตายในมรณบัตร พบว่า เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรจะเลือกสาเหตุการตายตรงกับช่องให้ระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรของหนังสือรับรองการตายแบบใหม่ ซึ่งถือว่าถูกต้อง จำนวน 716 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.52 และไม่ตรงกับช่องให้ระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรของหนังสือรับรองการตายแบบใหม่ ซึ่งถือว่าไม่ถูกต้อง จำนวน 329 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.48

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความไม่ครบถ้วนของรายงานการตายของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เนื่องมาจาก ระบบการเก็บรายงานนั้นแยกกันเก็บ คือ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์ผู้ป่วยจะอยู่ที่เวรระเบียบันแต่ หนังสือรับรองการตายและมรณบัตรจะเก็บไว้ที่ห้องเก็บศพที่เดียวเลย จึงอาจทำให้เอกสารสูญหายได้ (จากการศึกษาพบว่า รายงานในทะเบียนผู้เสียชีวิต 1,589 ราย ไม่มีเอกสารในการสรุปการ จำหน่ายผู้ป่วย ร้อยละ 2.5 ไม่มีหนังสือรับรองการตาย ร้อยละ 0.5 ไม่มีมรณบัตร ร้อยละ 0.13) ซึ่ง ถ้ามีการเก็บเอกสารต่างๆไว้ที่แหล่งเดียวกันข้อมูลที่มีจะครบถ้วนสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

2. การเลือกสาเหตุการตายของแพทย์ เพื่อลงในช่อง ให้ระบุโรคที่เป็นสาเหตุการ ตายในมรณบัตร แพทย์จะลงโรคที่เป็นสาเหตุการตายในข้อต่างๆ ซึ่งเมื่อตรวจสอบจะพบว่า ใน ช่องที่ให้แพทย์ระบุสาเหตุการตายในมรณบัตร ของหนังสือรับรองการตาย แพทย์เลือกสาเหตุการ ตายที่จะนำมาลงในช่องให้ลงสาเหตุการตายในมรณบัตร ยังไม่ถูกต้องเนื่องจากแพทย์ไม่เลือกโรค ในบรรทัดสุดท้ายมาเป็นสาเหตุการตายในมรณบัตร

3. การตรวจสอบสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) เปรียบเทียบ กับการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยพบว่าเจ้าหน้าที่ที่ลงสาเหตุการตายในคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ พบว่า มีการให้รหัส ICD-10 ไม่ตรงกันร้อยละ 39.55 เนื่องมาจากว่าในการให้รหัส ICD-10 ของเจ้าหน้าที่จะดูจากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย (ซึ่งในแฟ้มการรักษาผู้ป่วยนั้น แพทย์จะไม่ได้สรุปสาเหตุการตายไว้ในการรับรองสาเหตุการตายหลัง รง.501) และหนังสือรับรอง การตายไม่ได้ผ่านไปยังเวรระเบียบันแต่จะเข้าไปยังห้องเก็บศพเลย เจ้าหน้าที่จึงไม่เห็นการลง สาเหตุการตายของแพทย์ในหนังสือรับรองการตาย

4. การเลือกสาเหตุการตายของเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรโดยดูจากหนังสือรับรอง การตายแบบเก่า ซึ่งจะไม่มีการให้แพทย์ระบุสาเหตุการตายในมรณบัตร เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร จะทราบว่าต้องเลือกข้อ ค. เป็นสาเหตุการตาย แต่ถ้าไม่มีการลงสาเหตุการตายในข้อ ค.เจ้าหน้าที่ ทะเบียนราษฎรก็จะเลือกสาเหตุการตายเอง ซึ่งจะพบว่าเจ้าหน้าที่จะเลือกสาเหตุการตายลงมรณ บัตรยังไม่ถูกต้อง ในปัจจุบันมีการปรับปรุงหนังสือรับรองการตายโดยเพิ่มช่องให้แพทย์ระบุโรคที่ เป็นสาเหตุการตายที่จะให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรลงในมรณบัตร แต่ยังมีที่เจ้าหน้าที่ไม่ลงตาม ช่องให้ลงสาเหตุการตายในมรณบัตร

ปัญหาและอุปสรรค

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ เพราะการศึกษาแบบย้อนหลังนี้การค้นคว้าข้อมูลอาจทำได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากอาจมีการสูญหายของข้อมูล รวมทั้งการพิจารณาสาเหตุการตาย เนื่องจากผู้วิจัยไม่ใช่แพทย์จึงไม่สามารถที่จะพิจารณาสาเหตุการตายที่แท้จริงได้ จึงศึกษาได้เพียงการลงสาเหตุการตายถูกต้องตามกฎการลงสาเหตุการตายหรือไม่เท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1.รูปแบบการศึกษาที่ดีที่สุดน่าจะเป็นแบบการศึกษาไปข้างหน้า หรือการเฝ้าระวังโรคเมื่อมีการตาย รีบเก็บข้อมูลทันที เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุด

2.ในการลงสาเหตุการตายของแพทย์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎการลงสาเหตุการตาย คือ ไม่นำเอาสาเหตุการตายในบรรทัดล่างสุดของหนังสือรับรองการตายในมรณบัตร จะทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง ควรมีการศึกษาถึงแรงจูงใจที่แพทย์ลงสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง และ มีการจัดการอบรมแพทย์หรือนำเข้าไปในหลักสูตรการศึกษา เพื่อให้แพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกสาเหตุการตายอย่างถูกต้อง

3.การบันทึกสาเหตุการตายในการสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากว่าหนังสือรับรองการตายที่แพทย์ลงสาเหตุการตายนั้น จะไม่เข้ามายังแผนกเวชระเบียน แต่จะไปที่ห้องเก็บศพเลย และเจ้าหน้าที่ห้องเก็บศพจะเก็บสำเนาหนังสือรับรองการตายไว้ แผนกเวชระเบียนและสถิติ จะไม่เห็นหนังสือรับรองการตาย เจ้าหน้าที่จะตัดสินใจเลือกสาเหตุการตายเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ดังนั้น การให้รหัส ICD 10 อาจไม่ถูกต้อง เพราะสาเหตุการตายของผู้ป่วยนั้น นำมาจากการสรุปการป่วยของแพทย์ในแฟ้มผู้ป่วย ไม่ได้นำมาจากสาเหตุการตายที่เขียนโดยแพทย์ในหนังสือรับรองการตาย ดังนั้นควรมีการเก็บสำเนาของหนังสือรับรองการตายไว้ในแฟ้มผู้ป่วยด้วย เพื่อให้เจ้าหน้าที่สถิติ สามารถบันทึกสาเหตุการตายได้ถูกต้อง และ มีการอบรมเจ้าหน้าที่ในการเลือกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายอย่างถูกต้องต่อไป

4.การเลือกลงสาเหตุการตายในมรณบัตรโดยเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร์ ควรมีการจัดทำคู่มือการเลือกสาเหตุการตาย ให้แก่เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร์เพื่อให้มีความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาในเรื่องเดียวกันนี้แต่ศึกษาถึงสาเหตุการตายโดยแพทย์เพื่อให้ได้สาเหตุการตายที่แท้จริง
2. ศึกษาความครบถ้วนสมบูรณ์ของการลงบันทึกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความชัดเจน พัฒนาระบบของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
3. ศึกษาว่าทำไมแพทย์จึงลงสาเหตุการตายไม่ถูกต้องตามกฎหมายการลงสาเหตุการตาย เพื่อนำผลที่ได้ไปแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป