

ชื่อเรื่องการค้นคว้าแบบอิสระ การบันทึกแบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อที่โรงพยาบาล
มหาราชนครเชียงใหม่

ชื่อผู้เขียน นางนงพันธ์ เทพดลไชย

สาขารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขารณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสอบการค้นคว้าแบบอิสระ

รองศาสตราจารย์ชลอศรี	แดงเปี่ยม	ประธานกรรมการ
อาจารย์สุพรรณ	สถิโรภาส	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิการ์	พงษ์สนิห	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ชมนาด	พจนามาตร์	กรรมการ

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการบันทึกแบบสำหรับส่งตัวผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในด้านความครบถ้วน ความชัดเจนของข้อมูล และศึกษาความสอดคล้องระหว่างการวินิจฉัยโรคขั้นต้นกับประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคที่ตรงกันระหว่างการวินิจฉัยโรคขั้นต้นและขั้นสุดท้าย รวมทั้งการบันทึกและให้ข้อมูลตอบกลับไปยังสถานบริการสาธารณสุขเดิมของแพทย์ที่ให้การรักษารวมทั้งความคิดเห็นของแพทย์ที่ให้การรักษาต่อเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามี 2 กลุ่มคือ กลุ่มตัวอย่างแรกได้แก่ แบบสำหรับส่งต่อผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปีพ.ศ. 2538 โดยเลือกแบบเจาะจงจำนวน 145 ชุด กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ได้แก่ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยสามัญซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่เดิมจำนวน 112 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินแบบบันทึกและแบบสอบถามความคิดเห็นของแพทย์ โดยผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการประเมินการบันทึกแบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหาในแบบบันทึกเป็นส่วนใหญ่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.9 ความชัดเจนของเนื้อหาการบันทึกอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 49.7 และพบว่าการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับประวัติการเจ็บป่วยร้อยละ 97.9 การวินิจฉัยโรคขั้นต้นตรงกับการวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายร้อยละ 93.1

ผลการประเมินการบันทึกและให้ข้อมูลตอบกลับสถานบริการสาธารณสุขเดิม พบว่ามีความครบถ้วนเป็นส่วนใหญ่อคิดเป็นร้อยละ 42.8 ความชัดเจนอยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 46.9

ผลการศึกษาความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับปัญหาในการบันทึกและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแบบบันทึกนั้นมีความเห็นว่า แพทย์ควรเป็นผู้บันทึกเอง ส่วนแบบสำหรับบันทึกพบว่ามีไม่เหมาะสมร้อยละ 24.1 ควรมีการขยายช่องว่างสำหรับแต่ละข้อให้กว้างขึ้นพร้อมทั้งกระดาษสำเนาในตัวแพทย์ร้อยละ 64.3 มีความเห็นว่าควรส่งเอกสารสำคัญไปพร้อมกับผู้ป่วยด้วยเช่น ฟิล์มเอ็กซเรย์ สไลด์สิ่งส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และผลการชันสูตรทางห้องทดลอง ส่วนวิธีการส่งแพทย์เสนอแนะว่าควรส่งทางโทรสาร ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือให้ญาตินำส่ง ปัญหาในการบันทึกข้อมูลตอบกลับพบว่ามีร้อยละ 50.9 คือแพทย์ไม่มีเวลา แพทย์ไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกเพราะไม่ได้รับนโยบายจากผู้บริหาร และการบันทึกไม่ละเอียดครบถ้วนเพียงพอ และเสนอแนะว่าควรมีเจ้าหน้าที่สำหรับการติดต่อประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ควรจัดประชุมร่วมกันระหว่างสถานบริการสาธารณสุขเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และนโยบายการบันทึก และควรมีการประชุมสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจระบบส่งต่อ

Independent Study Title Recording of Patient's Referral Form at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Author Mrs. Nongpun Thepdolchai

Master of Public Public Health

Examining Committee

Assoc. Prof. Chalorsi	Dangpiam	Chairman
Lecturer Suwapan	Sathiropard	Member
Asst. Prof. Kannikar	Pongsanit	Member
Assoc. Prof. Chomnard	Potjanamart	Member

Abstract

The objectives of this study were to study the completeness and clarity of information recording in referral forms of patients who received the services at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital and the correlation between first diagnosis and history of illness as well as first diagnosis and final diagnosis. This study put the emphasis on recording and information given back to primary health institutions, and to study the physician's viewpoints related to the problems in completing out the form and recommendations related to the referral forms. There were two study subjects consisted of 145 referral forms of the patients who sent to receive treatment at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital in 1995 selected by purposive technique and 112 residents and contracted physicians trained at general ward, selected by simple random sampling technique. Data were collected using recording assessment form and questionnaire designed by the researcher. Descriptive statistics was used for data analysis.

The results revealed that 55.9 percent of recording in referral forms was mostly completed. Clarity of information in the forms was moderately level at 49.7 percent. The diagnosis was correlated with the history of illness at 97.9 percent and 93.1 percent of the primary diagnosis was the same as the final diagnosis.

For the assessment of the returned referral forms 42.8 percent had mostly completion, 46.9 percent had less clarity of information.

The residents and contracted physicians provided suggestions that the physicians who perform the treatment should be the recorders. There were 24.1 percent of physicians perceived that the recording form was inappropriate and that it should be improved by enlarging the space for each item with self-copying. 64.3 percent of the physicians suggested that the relevant documents such as x-ray films, slides for pathology and laboratory findings, should be attached with the referral forms. Channels of information sending might be through either facsimile, internet, or by relatives. The problems related to recording the returned referral forms were time constraint, physician did not realize the importance of recording, no policy-informed and incomplete records at 50.9 percent. The physician also recommended that there should have personnel responsible for coordinated and computerized information recording, meeting arrangement among health institution for regulation-setting and policy-making for record, and there should also be public communication about referral system for better understanding among patients and relatives.