

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล  
**Factors Related to Quality of Family Folder Information  
of Primary Care Unit in Satun Province**

วิทยา พลาอาด  
**Wittaya Palaard**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Science in Health System Research and Development  
Prince of Songkla University**

2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล
ผู้เขียน	นายวิทยา พลาอาศ
สาขาวิชา	การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2551

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพข้อมูล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล และปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 108 คน และตัวอย่างเพิ่มสุขภาพครอบครัว จำนวน 540 เพิ่ม ซึ่งสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกคุณภาพข้อมูลและแบบสอบถามความรู้ และการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกคุณภาพข้อมูลเท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามความรู้ และการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวได้เท่ากับ 0.93 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัวด้วยวิธีคูเคอร์-ริชาร์ดสันได้เท่ากับ 0.85 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวด้วยวิธีครอนบาค แอลฟาได้เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 38.40$ , S.D. = 8.46) และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความทันสมัย ด้านความถูกต้อง และด้านความครบถ้วนอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ( $\bar{X} = 38.58$ , S.D. = 8.37,  $\bar{X} = 38.31$ , S.D. = 8.61 และ  $\bar{X} = 38.30$ , S.D. = 8.71 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคุณภาพข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ( $r = .17$  และ  $.09$ ,  $p < .05$ ) และที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับคุณภาพข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ ( $r = -.08$ ,  $p < 0.05$ ) สำหรับปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่พบมากที่สุด คือ บุคลากรไม่พอเพียง (ขาด 1-3 คน) (ร้อยละ 84.30) รองลงมาคือ บุคลากรขาดความรู้ (ร้อยละ 76.00) ไม่มีเวลาในการบันทึกข้อมูล (ร้อยละ 75.90) และงบประมาณไม่

เพียงพอ (ร้อยละ 67.60) อุปสรรคที่พบน้อยที่สุด คือ การจัดสรรงบประมาณไม่เป็นธรรม ร้อยละ (7.40)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังต้องการการปรับปรุงคุณภาพ โดยเพิ่มบุคลากรงบประมาณ พัฒนาทักษะ และแบ่งความรับผิดชอบในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพต่อไป

<b>Thesis Title</b>	Factors Related to Quality of Family Folder Information of Primary Care Unit in Satun Province.
<b>Author</b>	Mr. Wittaya Palaard
<b>Major Program</b>	Health System Research and Development
<b>Academic Year</b>	2008

### ABSTRACT

This research aimed to describe the level of quality of family folder information, factors related to the quality of family folder information and problems /obstacles on the information management in primary care units in Satun province. One hundred and eight primary care providers were recruited and 540 family folders were selected using systematic random sampling. The data were collected by using record form, knowledge and utilization of family folder information questionnaire and problems /obstacles survey form. The content validity indexes of the record form was 0.98, while the knowledge & utilization of family folder information questionnaire including the problems /obstacles survey was 0.93. The internal consistency evaluation using the Kuder - Richardson - 20 and Cronbach alpha coefficient for the knowledge questionnaire was 0.85 and the family folder information utilization questionnaire was 0.90. Descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient were employed for data analysis.

The results showed that the total score of family folder information quality was at a low level ( $\bar{X} = 38.40$ , S.D. = 8.46) and the scores of the up - to - date, correctness and completeness of the family folder information were at low level ( $\bar{X} = 38.58$ , S.D. = 8.37,  $\bar{X} = 38.31$ , S.D. = 8.61 and  $\bar{X} = 38.30$ , S.D. = 8.71, respectively). The utilization of the information and the information management training were positively related to the quality of family folder information ( $r = .17$  &  $.09$ ,  $p < .05$ ), while work load of the primary care providers was negatively related to the quality of family folder information ( $r = -.085$ ,  $p < .05$ ). The problem /obstacle on family folder information that most subjects reported lacking of staffs (84.30%), and other problems were management insufficient of the staffs knowledge (76.00%),

lacking of time (75.90%), lacking of budget (67.60%) and inappropriateness of budget allocation (7.40%).

The results indicated that the process of family folder information management of primary care units in Satun province need to improved by increasing staffs, budget, management skill and shared responsibility zone.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิด.....	4
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
เพิ่มสุขภาพครอบครัวและคุณภาพข้อมูล.....	8
ประโยชน์และองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัว.....	9
การมอบหมายผู้รับผิดชอบ.....	14
ขั้นตอนการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว.....	14
การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว.....	17
สถานการณ์การจัดทำและการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในจังหวัดสตูล.....	21
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว.....	23
ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว.....	31

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 34
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 34
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 35
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 38
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 38
	การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย..... 39
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 40
4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... 41
	ผลการวิจัย..... 42
	การอภิปรายผล..... 55
5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... 69
	สรุปผลการวิจัย..... 70
	ข้อเสนอแนะ..... 72
	บรรณานุกรม..... 74
	ภาคผนวก..... 83
	ก การวิเคราะห์เพิ่มสุขภาวะครอบครัวของจังหวัดสตูล..... 84
	ข การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย..... 97
	ค แบบสอบถาม..... 98
	ง แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล..... 111
	จ เฉลยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาวะครอบครัว..... 116
	ฉ การคำนวณขนาดตัวอย่างของเจ้าหน้าที่และเพิ่มสุขภาวะครอบครัว..... 117
	ช ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 118
	ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 125
	ประวัติผู้เขียน..... 126



## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะ ส่วนบุคคล (N = 108).....	42
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบ.....	44
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพ ครอบครัวจำแนกตามรายด้าน (แต่ละด้านคะแนนเต็ม 65).....	46
4	ร้อยละ การมีคุณภาพ /ไม่มีคุณภาพของข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และคุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์จำแนกตามรายส่วน.....	47
5	ร้อยละ การมีคุณภาพ /ไม่มีคุณภาพของข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และคุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์ที่มีการบันทึกจำแนกตามรายการ ในส่วนที่ 3, 4, 5 และ 7 (ส่วนที่ไม่มีคุณภาพ) (N=540).....	48
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง ความรู้ ปัจจัยการใช้แฟ้มสุขภาพ ครอบครัว ได้รับการอบรม และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบกับ คุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวจำแนกตามรายด้าน.....	52
7	จำนวนประชากร เจ้าหน้าที่ที่จัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวของของหน่วย บริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล จำแนกรายอำเภอ .....	117
8	จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว.....	118
9	จำนวนและร้อยละระดับความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับ แฟ้มสุขภาพครอบครัว (N = 108).....	119
10	ร้อยละและระดับการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามรายชื่อ.....	120
11	จำนวนและร้อยละระดับการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (N = 108).....	124

## รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว ของหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	4
2	แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ (N = 108).....	45
3	แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวจำแนกตามด้านบุคลากร (N = 108).....	53
4	แผนภูมิวงแสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวจำแนกตามด้านงบประมาณ วัสดุและอุปกรณ์ (N = 108).....	54
5	แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวจำแนกตามด้านการบริหารจัดการ (N = 108).....	54

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แฟ้มสุขภาพครอบครัว (family folder) เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับครอบครัวและชุมชน ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชน รู้จักและเข้าใจวิถีชีวิตและศักยภาพของชุมชน รวมทั้งใช้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลการรับบริการและข้อมูลภาวะสุขภาพของสมาชิกแต่ละคน สภาพปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงการค้นหาคำความต้องการบริการทางด้านสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง และด้อยโอกาส เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพทั้งเชิงรุก เชิงรับ ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างตรงกับความ เป็นจริง ตรงกับปัญหา และความต้องการ รวมทั้งช่วยเพิ่มคุณภาพในการให้บริการทำให้การให้บริการมีความเข้าใจ และมีการแก้ปัญหาสุขภาพที่มองทั้งครอบครัว องค์ประกอบของแฟ้มข้อมูลที่ดีควรมีอย่างน้อยที่สุด 3 ส่วน คือ 1) แผนที่ตั้งครัวเรือน 2) ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว และ 3) ผังเครือญาติ (American Nurses Association, 1994; โกมาตรและคณะ, 2545; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547; สำเริง และรุจิรา, 2545;) นอกจากนี้องค์ประกอบดังกล่าวแล้วยังต้องคำนึงถึงคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ซึ่งลักษณะข้อมูลที่ดีมีคุณภาพจะต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันสมัย (John, 1997; ศิริพร, 2539; อรพรรณ, 2543) แต่จากการศึกษาการประเมินผลคุณภาพข้อมูลในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2546 พบว่า ข้อมูลไม่ถูกต้อง ร้อยละ 40.27 ข้อมูลไม่ครบถ้วน ร้อยละ 38.2 และข้อมูลไม่ทันสมัย ร้อยละ 29.41 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2547)

จังหวัดสตูลมีและใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวสำหรับจัดบริการสุขภาพ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 เมื่อมีแนวคิดการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิเข้ามาในจังหวัดสตูล แนวคิดเรื่องเวชปฏิบัติครอบครัว สถานบริการส่วนใหญ่ได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว จึงได้มีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในชุมชนที่รับผิดชอบ และพยายามเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ในแฟ้มสุขภาพครอบครัว เพื่อใช้ในการให้บริการที่ตอบสนองการบริการแบบองค์รวม และจากการประเมินของคณะทำงานพัฒนาคุณภาพศูนย์สุขภาพชุมชน ปีงบประมาณ 2549 พบว่า มีความครอบคลุมในการมีและใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 93 ของครัวเรือนในเขตรับผิดชอบ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2549) แต่จากการวิเคราะห์แฟ้มสุขภาพครอบครัวของจังหวัดสตูล ซึ่งเป็นการศึกษา

นำร่องด้วยการเก็บข้อมูล 2 แหล่ง จากผู้บันทึกข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก และเก็บข้อมูลการบันทึกจากแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำนวน 20 แฟ้ม ตามแบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล พบว่า ในส่วนผู้บันทึกข้อมูลพบปัญหา เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ขาดความรู้และการไม่ได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว เจ้าหน้าที่ใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวน้อยเนื่องจากลงบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสถานีนามัย และในส่วนแฟ้มสุขภาพครอบครัว พบว่า ส่วนที่ไม่มีการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวมากที่สุดได้แก่ แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน บัตรสรุปสถานะสุขภาพ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของณัฐพร (2548) ที่พบว่า ส่วนที่ไม่มีการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวได้แก่ บัตรสรุปการเจ็บป่วย บัตรสรุปภาวะสุขภาพ และบัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของโกมาตรและคณะ (2545) พบว่า การจัดทำแผนที่ชุมชนยังไม่สมบูรณ์ การจัดทำผังเครือญาติเริ่มดำเนินการเพียงบางส่วน และการศึกษาของสมชาย (2546) ที่ศึกษาคุณภาพของข้อมูลแล้ว พบว่า ข้อมูลที่ถูกระบุว่ามีปัญหามาก เช่น ข้อมูลในรายงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รายงานอัตราตายของทารก และรายงานสถานะขาดสารอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนเป็นต้น และจากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพข้อมูล พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล เป็นองค์ประกอบสำคัญในทุกขั้นตอนของระบบสารสนเทศ และในกระบวนการสร้างสารสนเทศให้มีคุณภาพ คือ เป็นผู้รวบรวมข้อมูล ผู้ประมวลผล และผู้ใช้ข้อมูล ตลอดจนเป็นผู้กำหนดนโยบายและวางระบบการจัดการข้อมูล สำหรับระบบสารสนเทศ สาธารณสุขนั้น ปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย ความรู้ การได้รับการอบรม การใช้ข้อมูลสารสนเทศ และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ (Delone, 1992; Handerson, 1976; สัจจชาติ, 2546)

จากข้อมูลข้างต้น จึงเห็นได้ว่า การบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวยังไม่ครบถ้วน ถูกต้องและทันสมัย ซึ่งการขาดข้อมูลที่มีคุณภาพจะทำให้เกิดความเสียหายต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิ คือ ขาดคุณภาพในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน ไม่ตอบสนองการบริการแบบองค์รวมและบริการที่ต้องมีความต่อเนื่องและทำให้เกิดความเสียหายต่อการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ส่งผลให้การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิขาดประสิทธิภาพ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยในด้านต่างๆ ที่อาจมีความแตกต่างกันในเรื่องของความรู้ การได้รับการอบรม การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ (Delone, 1992; Handerson, 1976; สัจจชาติ, 2546) ซึ่งปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในด้านต่างๆ นี้ส่งผลต่อแฟ้มสุขภาพครอบครัว ทำให้ขาดคุณภาพ และการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิขาดประสิทธิภาพ ทำให้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้และยังไม่ทราบแน่ชัดว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล และต้องการแก้ปัญหาในพื้นที่ จึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และนอกจากนี้เพื่ออธิบายสภาพการจัดทำข้อมูลและลักษณะของข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบแนวทางในการจัดทำข้อมูล

ในเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่มีคุณภาพ และใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร หน่วยงานในการกำหนดนโยบาย การนิเทศติดตาม และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการ จัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูลให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และ ประสิทธิผลยิ่งขึ้น

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

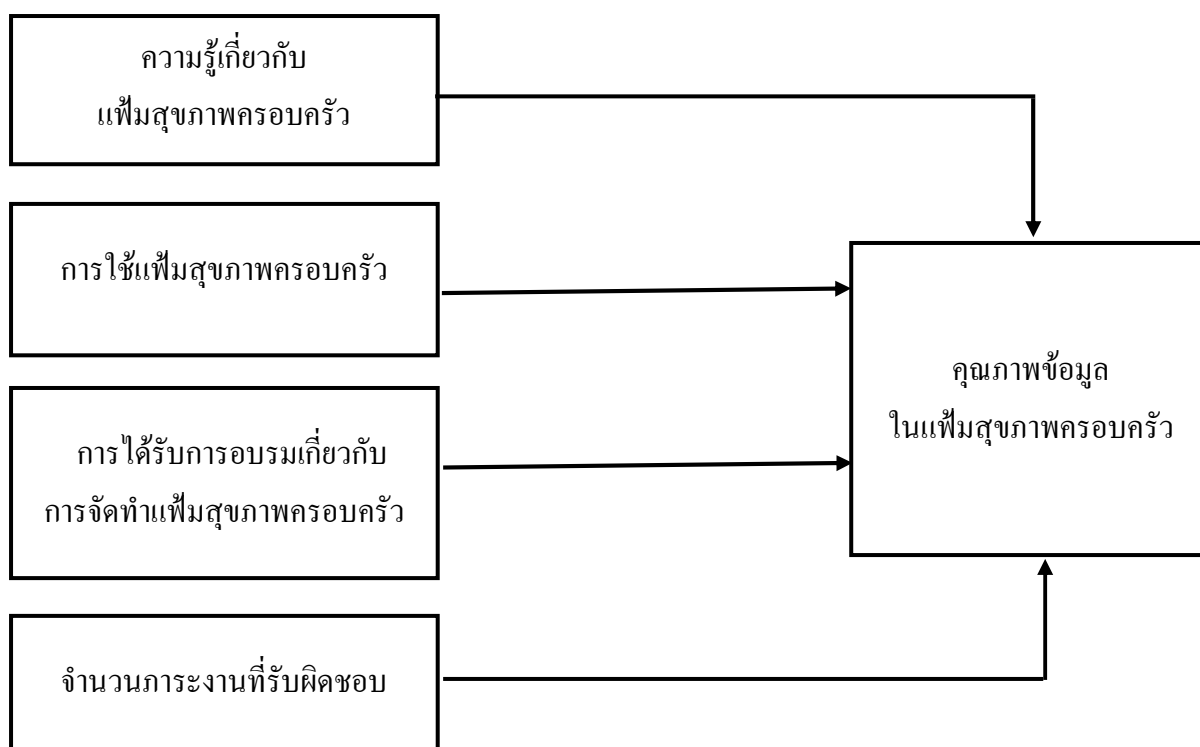
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วย บริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

#### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล อย่างไร
3. ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูลมีอะไรบ้าง

### กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะของข้อมูลที่มีคุณภาพโดยประยุกต์ตามแนวคิดของจอห์น (John, 1997) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้อธิบายคุณลักษณะที่แสดงถึงคุณภาพข้อมูล ไว้ 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ความครบถ้วน 2) ความถูกต้อง และ 3) ความทันสมัย ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลและความสำเร็จของระบบสารสนเทศสาธารณสุข โดยประยุกต์ตามแนวคิดของเดลลอนน์ (Delone, 1992) แฮนเดอตัน (Handerson, 1976) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว 2) การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว 3) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว และ 4) จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ ซึ่งนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล
2. จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

### นิยามศัพท์

คุณภาพข้อมูล หมายถึง ความครบถ้วน ความถูกต้อง ความทันสมัย ของการลงบันทึกข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวตามองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัว 8 องค์ประกอบ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว จำนวน 8 ข้อ แผนที่ครอบครัว จำนวน 2 ข้อ ผังเครือญาติ จำนวน 8 ข้อ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) การติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 ข้อ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) การให้บริการการรักษาที่สถานบริการ จำนวน 7 ข้อ บัตรสรุปสถานะสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ และตรวจสอบข้อมูลจริงในหมู่บ้าน โดยทำการสุ่มตัวอย่างถามข้อมูลจากประชาชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในบันทึกว่าตรงกันหรือไม่ ครบถ้วนหรือไม่ ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ และเป็นข้อมูลของช่วงเวลาที่ต้องการใช้ในในช่วงเวลานั้นๆหรือไม่ โดยใช้แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล ประเมินคุณภาพข้อมูลในด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันสมัย

ความครบถ้วน หมายถึง การลงบันทึกข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวครบถ้วนตามข้อกำหนดและสิ่งที่ต้องมีตามองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัว 8 องค์ประกอบ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว จำนวน 8 ข้อ แผนที่ครอบครัว จำนวน 2 ข้อ ผังเครือญาติ จำนวน 8 ข้อ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) การติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 ข้อ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) การให้บริการการรักษาที่สถานบริการ จำนวน 7 ข้อ บัตรสรุปสถานะสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ และตรวจสอบข้อมูลจริงในหมู่บ้าน โดยทำการสุ่มตัวอย่างถามข้อมูลจากประชาชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในบันทึกว่าครบถ้วนหรือไม่ โดยใช้แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล ประเมินคุณภาพข้อมูลในด้านความครบถ้วน

ความถูกต้อง หมายถึง การลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวถูกต้องตรงกับความเป็นจริงตามองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว 8 องค์ประกอบ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว จำนวน 8 ข้อ แผนที่ครอบครัว จำนวน 2 ข้อ ผังเครือญาติ จำนวน 8 ข้อ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) การติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 ข้อ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) การให้บริการการรักษาที่สถานบริการ จำนวน 7 ข้อ บัตรสรุปสถานะสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ และตรวจสอบข้อมูลจริงในหมู่บ้านโดยทำการสุ่มตัวอย่างถามข้อมูลจากประชาชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในบันทึกว่าตรงกันหรือไม่ และถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ โดยใช้แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล ประเมินคุณภาพข้อมูลในด้านความถูกต้อง

ความทันสมัย หมายถึง การลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวเป็นปัจจุบันโดยมีการปรับปรุงข้อมูลทุกปีหรือทุกครั้งที่พบผู้ป่วยตามองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว 8 องค์ประกอบ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว จำนวน 8 ข้อ แผนที่ครอบครัว จำนวน 2 ข้อ ผังเครือญาติ จำนวน 8 ข้อ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) การติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 ข้อ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) การให้บริการการรักษาที่สถานบริการ จำนวน 7 ข้อ บัตรสรุปสถานะสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ และตรวจสอบข้อมูลจริงในหมู่บ้าน โดยทำการสุ่มตัวอย่างถามข้อมูลจากประชาชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในบันทึกว่าเป็นข้อมูลของช่วงเวลาที่ต้องการใช้ในในเวลานั้นๆหรือไม่ คือเป็นปัจจุบัน ณ เวลาที่ต้องการ โดยใช้แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล ประเมินคุณภาพข้อมูลในด้านความทันสมัย

ความรู้ หมายถึง การมีความรู้ในเรื่อง แนวคิดการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว ประโยชน์ของแฟ้มสุขภาพครอบครัว และองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว

การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว หมายถึง การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบริหารจัดการ วางแผนงาน การวิเคราะห์ การบันทึกข้อมูล และการจัดทำรายงาน ทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และมีแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่ใช้ดำเนินงานอนามัยครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการอบรมที่หน่วยงานต่างๆจัดขึ้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว

จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ หมายถึง ภาระงานตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่หัวหน้าสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนมอบหมายให้ปฏิบัติ



เพิ่มสุขภาพครอบครัว หมายถึง เพิ่มเอกสารที่เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานรายบุคคลของครอบครัวในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ

#### *ขอบเขตของการวิจัย*

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว และปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล จำนวน 54 แห่ง โดยศึกษาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว และเพิ่มสุขภาพครอบครัวในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2551

#### *ความสำคัญของการวิจัย*

1. เป็นข้อมูลประกอบแนวทางในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่มีคุณภาพ
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร หน่วยงานในการกำหนดนโยบาย การนิเทศติดตาม และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แฟ้มสุขภาพครอบครัวและคุณภาพข้อมูล
  - 1.1 ประโยชน์และองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว
  - 1.2 การมอบหมายผู้รับผิดชอบ
  - 1.3 ขั้นตอนการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว
  - 1.4 การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว
2. สถานการณ์การจัดทำและการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวในจังหวัดสตูล
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว
4. ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว

#### แฟ้มสุขภาพครอบครัว และคุณภาพข้อมูล

##### แฟ้มสุขภาพครอบครัว

จากการศึกษาแฟ้มสุขภาพครอบครัว มีผู้ให้ความหมายแฟ้มสุขภาพครอบครัวไว้ในหลายลักษณะกล่าวคือ แฟ้มสุขภาพครอบครัว (family folder) หมายถึง แฟ้มข้อมูลสุขภาพของทุกคนในครอบครัวที่เก็บข้อมูลรวมไว้ในแฟ้ม เพื่อให้สามารถศึกษาภาพรวมของครอบครัวได้ทั้งครอบครัว และเพื่อให้เห็นมิติต่างๆ ของสุขภาพในครอบครัวได้อย่างครบถ้วน (American Nurses Association, 1994; โกมาตรและคณะ, 2545; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547; สำเริง และรุจิรา, 2545)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2547) ระบุว่า การจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวหรือการลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว มีความสำคัญต่อการจัดบริการสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งการลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวเริ่มตั้งแต่การสำรวจชุมชนและครอบครัว ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับครอบครัวและชุมชน โดยใช้เครื่องมือในการจัดเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลตาม

องค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วย เรื่อร้งด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื่อร้งด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ บัตรสรุปภาวะสุขภาพและบัตรสรุปการเจ็บป่วย และนอกจากนี้แฟ้มสุขภาพครอบครัวยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิในการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงานให้บรรลุ พันธกิจที่กำหนดไว้ ซึ่งลักษณะข้อมูลและสารสนเทศที่ดีมีคุณภาพจะต้องมีความถูกต้อง (correctness) มีความครบถ้วน (completeness) และมีความทันสมัย (stylishness) เป็นปัจจุบันเสมอ (John, 1997; ศิริพร, 2539; อรพรรณ, 2543) การที่จะให้มีข้อมูลที่ดียังต้องมีการบันทึกตามลำดับของเวลา (ปรีดา, 2545) เป็นข้อมูลที่จำเป็นครอบคลุมและเกี่ยวข้องกับงานผู้ใช้สามารถค้นหาได้สะดวก ดังนั้นกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2547) จึงกำหนดให้การจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่สมบูรณ์มีคุณภาพเป็นมาตรฐานหนึ่งในการประเมินการดำเนินงานของบุคลากรสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

#### *ประโยชน์ และองค์ ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว*

บุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัวในเรื่อง ประโยชน์ และองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว (Tan & Klimach, 2004; ณัฐพร, 2548) ดังนี้คือ

#### *ประโยชน์ ของแฟ้มสุขภาพครอบครัว*

โกมาตรและคณะ (2545) กล่าวว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรู้ว่าการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวไม่ค่อยมีประโยชน์ ยุ่งยาก ซึ่งจริงๆ แล้วประโยชน์ของแฟ้มสุขภาพครอบครัวเป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว และข้อมูลสรุปภาวะสุขภาพของสมาชิกแต่ละคนรวมทั้งใช้ทำความรู้จักและเข้าใจชีวิตของบุคคล และครอบครัวได้อย่างรอบด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของสภาการพยาบาลอังกฤษ (American Nurses Association, 1994) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้กล่าวถึง ประโยชน์ของแฟ้มสุขภาพสุขภาพครอบครัวเพิ่มเติมจากที่กล่าวข้างต้นโดยสรุปมีประโยชน์ดังนี้คือ

1. เป็นสื่อหรือเครื่องมือที่ใช้ทำความรู้จักและเข้าใจชีวิตของครอบครัวได้อย่างรอบด้าน
2. ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพโดยมองได้ทั้งครอบครัว
3. ช่วยเพิ่มคุณภาพในการบริการและการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ
4. ทำให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูลในการดูแลสุขภาพ ของบุคคลและครอบครัว
5. ทำให้เกิดการติดตาม ดูแล และรับบริการอย่างต่อเนื่อง

6. เป็นเครื่องมือในการสร้างความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้รับบริการ

#### องค์ประกอบคุณภาพเพิ่มสุขภาพครอบครัว

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2547) กล่าวว่าเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่มีคุณภาพควรมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ ศาสนา การศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก สถานภาพสมรส รหัสประจำตัวประชาชนเลข 13 หลักตามทะเบียนราษฎร ความสัมพันธ์ในครอบครัว สิทธิในการรักษาพยาบาล กลุ่มที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้ที่มีความพิการ ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ ปัญญาอ่อนโรคจิต เป็นต้น

2. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว ได้แก่ ข้อมูลแหล่งน้ำและความพอเพียงของน้ำสะอาดเพื่อการบริโภค การมีและใช้ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล ขยะมูลฝอย ลักษณะบ้าน การกำจัดน้ำโสโครก ลักษณะครัวเรือน การควบคุมสัตว์นำโรค และสมุนไพรในครัวเรือน

3. แผนที่บ้านหรือแผนที่ครอบครัว เมื่อเจ้าหน้าที่ลงไปสำรวจครอบครัวต่างๆ ให้ทำแผนที่ซึ่งแสดงที่ตั้งของบ้าน สภาพบ้าน ลักษณะทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ทำความเข้าใจถึงสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวนั้นที่สามารถเชื่อมโยงมาสู่การทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพ แต่จากการศึกษาของโกมาตรและคณะ (2545) พบว่า การจัดทำแผนที่ชุมชนยังไม่สมบูรณ์เนื่องจาก ส่วนใหญ่ระบุเพียงที่ตั้งบ้านเรือนไม่ระบุเลขที่บ้าน ชื่อหัวหน้าครอบครัวและรายละเอียดอื่นๆ เช่นเดียวกับจังหวัดสตูลที่มีการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวยังไม่ครอบคลุมในเรื่องการจัดทำแผนที่

4. ผังเครือญาติของครอบครัว คือ การถอดความสัมพันธ์ในเชิงเครือญาติหรือสายเลือดในชุมชน ผังเครือญาติมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจชุมชนและสังคมไม่ว่าจะเป็นสังคมเมืองหรือสังคมชนบท เพราะผังเครือญาติเป็นความสัมพันธ์ที่เป็นรากฐานที่ดีของชีวิตครอบครัว และจะมีความเกี่ยวข้องไปตลอดชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว การทำผังเครือญาติจึงมีความสำคัญในการทำความเข้าใจในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว และชุมชน (Saultz, 1988; โกมาตร และคณะ, 2545) ซึ่งผู้จัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวจำเป็นต้องรู้รายละเอียดของผังเครือญาติในเพิ่มสุขภาพครอบครัวว่าเป็นอย่างไรซึ่งจะต้องพิจารณาตามรายละเอียดดังนี้ ระบุเพศ เพศชาย/เพศหญิง ระบุสถานภาพสมรส แต่งงานอยู่กินด้วยกันโดยไม่แต่งงาน แยกกันอยู่ หย่าขาดจากกันพร้อมทั้งระบุ วัน เดือน ปี ระบุอายุ ระบุสาเหตุการตายของสมาชิกในครอบครัว (ถ้ามี) ระบุโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว วาดวงกลมล้อมรอบสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เรียงสมาชิกในครอบครัวตามลำดับการเกิดจากซ้ายไปขวา ซึ่งผังเครือญาติมีประโยชน์ช่วยสร้างความคุ้นเคยระหว่าง

เจ้าหน้าที่กับชาวบ้าน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และช่วยค้นหาความเสี่ยงของบุคคลในครอบครัว แต่จากการศึกษาของโกมาตร และคณะ (2545) พบว่า การจัดทำผังเครือญาติเริ่มดำเนินการเพียงบางส่วนซึ่งต้องพัฒนาให้ครอบคลุมเพราะผังเครือญาติเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ทราบความสัมพันธ์ของชุมชนและจัดระบบบริการ ได้รอบคอบยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับจังหวัดสตูลที่มีการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวยังไม่ครอบคลุมในเรื่องการจัดทำผังเครือญาติ

5. บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะเก็บไว้เพื่อให้ข้อมูลและสื่อสารกับผู้ให้บริการได้ง่ายขึ้นถึงความจำเป็นในการรักษาต่อเนื่อง และรายละเอียดของอาการแสดง วิธีการให้การรักษา และวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ซึ่งเจ้าหน้าที่บันทึกผลการดูแล และ กำหนดวันนัดครั้งต่อไป แล้วจะเก็บไว้ในแฟ้มปฏิทินวันนัด เพื่อช่วยทำให้ทราบข้อมูลกรณีคนไข้ผิดนัด ทำให้เกิดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเมื่อคนไข้ผิดนัดเกินเวลาที่กำหนดได้ ซึ่งมีการประเมินการดูแลตนเองดังนี้ การคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าการรับยาต่อเนื่อง ปัญหาด้านจิตสังคม แต่จากการศึกษาของณัฐพร (2548) ที่ศึกษาการประเมินผลคุณภาพข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ส่วนที่ไม่มีการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว คือ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 25.60 เช่นเดียวกับจังหวัดสตูลที่มีการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวยังไม่ครอบคลุมในเรื่องบัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน

6. บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ เป็นบัตรบันทึกข้อมูลการดูแลปัญหาสุขภาพและวิวัฒนาการของปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน) การใช้งานจะบันทึกควบคู่กับสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการประเมินในเรื่อง น้ำหนักความดันโลหิต น้ำตาลในปัสสาวะ โปรตีนในปัสสาวะ ผลเลือด ยาที่ได้รับ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เท้า ตา (จอประสาทตา) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

บัตรบันทึกโรคเรื้อรังเป็นบัตรที่ใช้บันทึกข้อมูลการดูแลปัญหาสุขภาพเพื่อให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

7. บัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญตามกลุ่มอายุ รายบุคคล มีประโยชน์ใช้สำหรับบันทึกการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ และเป็นบัตรบันทึกข้อมูลกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี ได้แก่ กลุ่มการดูแลเด็กแรกเกิด-5 ปี กลุ่มอายุ 6-14 ปี (นักเรียน) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโดยมีการบันทึกอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การดูแลสุขภาพทั่วไป น้ำหนัก ความสูง เส้นรอบศีรษะประวัติการรับวัคซีน การพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ การมองเห็น การได้ยิน ฟันและเหงือก นม/อาหาร และการดูแลทารกหลังคลอด ซึ่งเป็นการบันทึกทั้งเมื่อมีการบริการในสถานบริการ นอกสถานบริการ และเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านบัตรบันทึกสุขภาพเด็กสามารถนำแบบบัตรอนามัยเด็ก (แบบรบ.1ต 06) มาใช้ได้ในการใช้งานจะบันทึกควบคู่กับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของกรมอนามัย (เล่มปกชมพู) ที่เป็นสมุดประจำตัวโดยแม่เป็นผู้เก็บรักษา ซึ่งจะช่วยให้แม่รับทราบข้อมูลการพัฒนาการของลูกและ

ความครบถ้วนของบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่ลูกได้รับ บัตรบันทึกสุขภาพเด็กที่เจ้าหน้าที่บันทึกผลการดูแลและกำหนดวันนัดครั้งต่อไปแล้วจากนั้นจะเก็บไว้ในแฟ้มปฏิทินวันนัดเพื่อช่วยให้ทราบข้อมูลกรณีฉุกเฉิน ทำให้เกิดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเมื่อคนไข้ผิคนัดเกินเวลาที่กำหนดได้ ซึ่งเจ้าหน้าที่จะต้องสรุปข้อมูลการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการคัดกรองโรคลงในบัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญตามกลุ่มอายุ 0-5 ปี กลุ่มอายุ 6-14 ปี (นักเรียน) ตลอดจนสรุปประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญในช่วงกลุ่มอายุนั้นจากบัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล การสิ้นสุดการใช้บัตรปฏิบัติการนี้ก็ต่อเมื่อการดูแลครบจนถึงช่วงอายุ 5 ปี แต่จากการศึกษาของสมชาย (2546) ที่ศึกษาคุณภาพของข้อมูล พบว่า ข้อมูลที่ถูกระบุว่ามีปัญหา มาก เช่น ข้อมูลในรายงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รายงานอัตราตายของทารก และรายงานสภาวะขาดสารอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนเป็นต้น ซึ่งทั้งบัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญตามกลุ่มอายุ 0-5 ปี กลุ่มอายุ 6-14 ปี (นักเรียน) บัตรอนามัยมารดา (แบบรบ.1ต 05) และแบบคัดกรองวัยทองต่างก็เป็นบัตรบันทึกข้อมูลเพื่อสร้างสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีบัตรบันทึกข้อมูลในกลุ่มอายุ 15-60 ปี โดยมีการบันทึกข้อมูลได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจเต้านม การวางแผนครอบครัว ประวัติการคลอด ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน การตรวจครรภ์ การดูแลมารดาหลังคลอด และการตรวจฟัน/เหงือก แต่จากการศึกษาของฉัฐพร (2548) ที่ศึกษาการประเมินผลคุณภาพข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ส่วนที่ไม่มีการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว คือ บัตรสรุปภาวะสุขภาพ ร้อยละ 65.80 เช่นเดียวกับ จังหวัดสตูลที่มีการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวยังไม่ครอบคลุมในเรื่องบัตรสรุปภาวะสุขภาพ

8. บัตรสรุปการเจ็บป่วยที่สำคัญของครอบครัว เป็นการสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญตามกลุ่มอายุ รายบุคคลในภาพรวมของครอบครัว การจัดทำบัตรสรุปการเจ็บป่วยต้องสรุปจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และบัตรบันทึกโรคเรื้อรังปีละครั้ง ซึ่งมีประโยชน์กับบุคลากรที่ดูแลสุขภาพครอบครัวทำให้เข้าใจสภาพปัญหาสุขภาพของครอบครัวเป็นอย่างดีจากข้อมูลสำคัญตามกลุ่มอายุ รายบุคคลและช่วยให้บุคลากรที่รับผิดชอบครอบครัวสามารถประเมินหรือพยากรณ์ปัญหาสุขภาพของบุคคลและครอบครัวได้ โดยทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีโอกาสป่วยหรือมีสุขภาพอะไร และสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ความถี่ของการคัดกรองปัญหาสุขภาพแต่ละกลุ่มอายุเป็นไปตามแนวทางการดูแลสุขภาพไทย การคัดกรองปัญหาสุขภาพหรือโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะในแต่ละท้องถิ่นอาจมีเพิ่มหรือลดจากนี้ได้ เช่น การคัดกรองโรคจากการขาดไอโอดีนเป็นหน้าที่ของพื้นที่ที่จะต้องปรับเพิ่มหรือลดให้เข้ากับพื้นที่ต่อไป ด้านหลังเป็นการสรุปประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ ในช่วงกลุ่มอายุนั้น ทั้งที่ปัญหาการเจ็บป่วยเฉียบพลันในโรคที่มีความสำคัญและมีความหมาย สมควรบันทึกไว้ เช่น โรคติดเชื้อที่มีความรุนแรง อุบัติเหตุ การผ่าตัดรวมทั้งโรคเรื้อรังด้วยการสรุปประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญนี้ ได้จากการสรุปข้อมูลจากบัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล และบัตรบันทึกโรคเรื้อรังรวมถึงการซักถามประชาชน การใช้บัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญ

ตามกลุ่มอายุ ราชบุคคลนี้ต้องการบันทึกข้อมูลต่อเนื่องเมื่อเวลาเปลี่ยนไปจนครบอายุก็จะเปิด บัตรสรุปสถานะสุขภาพ ของกลุ่มอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่จากการศึกษาของณัฐพร (2548) ที่ศึกษาการ ประเมินผลคุณภาพข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ส่วนที่ไม่มีการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพ ครอบครัว คือ บัตรสรุปการเจ็บป่วย ร้อยละ 79.10 เช่นเดียวกับจังหวัดสตูลที่มีการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวยังไม่ครอบคลุมในเรื่องบัตรสรุปการเจ็บป่วย

สำหรับแบบฟอร์มอื่นๆที่เป็นฟอร์มที่ไม่ใช่การรวบรวมประวัติบุคคลที่เก็บในระบบ เอกสารหรือรายงานราชการจึงไม่ต้องตั้งเป้าหมายทำให้ครบครอบคลุม ได้แก่

1. ชีวิตประวัติ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นมาของครอบครัว สภาพเป็นอยู่ ชีวิตความเป็นอยู่ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม พฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงบทบาทในครอบครัว เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้เข้าใจถึงวิถีชีวิตของครอบครัวในอีกมุมหนึ่ง (โกมาตร และคณะ, 2545) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ชีวิตประวัติ ได้แก่ ความเป็นมาของครอบครัว การตั้งถิ่นฐานและครอบครัว และ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว

1.2 ข้อมูลทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การทำมาหากิน รายได้/ที่มาของรายได้ การมีรายได้เป็น ลักษณะประจำ แน่นนอนหรือรายได้ไม่แน่นอน รับจ้างทำรายวัน ภาระหนี้สิน การมีที่ดินทำกินและ ทรัพย์สิน และการใช้จ่ายในบ้าน

1.3 ข้อมูลทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน ได้แก่ บทบาทในครอบครัว การตัดสินใจเรื่องราวต่างๆในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในครอบครัว สามีภรรยา พ่อแม่กับลูก ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน

1.4 ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรม หรือที่พึงในการดูแลสุขภาพแบบต่างๆ การใช้จ่ายในบ้าน ยาแผนปัจจุบัน วิธีการรักษาสุขภาพ (ยังไม่ป่วย) และการรักษา โรค (ป่วยแล้ว) ของครอบครัว ที่พึงทางใจ ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวัน การกิน การนอน การใช้ สารเสพติด เหล้า บุหรี่ และการใช้สถานบริการสาธารณสุข และความเห็นต่อระบบการให้บริการ

1.5 การจัดเตรียมอาหารและการจัดการงานบ้าน ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของแต่ละคนใน ครอบครัวในการดูแลภายในบ้าน การหา/ซื้ออาหารแหล่งของอาหาร การแบ่งอาหารแก่สมาชิก ในบ้าน ประเภทอาหารที่กินประจำ

2. ประวัติชีวิต เป็นเครื่องมือที่ทำให้เห็นรายละเอียดของชีวิตผู้คน สร้างความเข้าใจใน เรื่องราวชีวิตชาวบ้านและเกิดมุมมองในมิตินามมนุษย์มากขึ้น เมื่อศึกษาชีวิตแล้วจะทำให้เรียนรู้ที่ จะเข้าใจชาวบ้านมากขึ้น

### การมอบหมายผู้ รั บผิ ดชอบ

ผู้รับผิดชอบในการดำเนินการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว คือ บุคลากรสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ โดยเริ่มตั้งแต่การสำรวจ บันทึก และจัดรวบรวมเป็นเพิ่มสุขภาพครอบครัว ทั้งนี้มีการมอบหมายงานเป็น 2 ลักษณะ คือ การมอบหมายตามความรู้ ความสามารถของทีมและการมอบหมายงานตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ (กองการพยาบาล, 2545)

1. การมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถของทีม เนื่องจากประชาชนภายใต้การดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิมีปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพแตกต่างกัน การมอบหมายงานให้แก่สมาชิกทีมจึงต้องพิจารณาตามความรู้ความสามารถของสมาชิกทีม เช่น พยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบกลุ่มครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยและกลุ่มครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นรับผิดชอบกลุ่มครอบครัวที่มีภาวะสุขภาพดี เป็นต้น การมอบหมายงานลักษณะนี้ จุดอ่อนที่มุ่งเน้นปัญหาสุขภาพภายใต้บริบทการเจ็บป่วยเพียงประการเดียว ทำให้ขาดการมอง มิติทางสังคมอย่างครอบคลุมและเชื่อมโยง แต่ก็มีช่องทางในการแก้ไขโดยทีมงานสุขภาพต้องบูรณาการและประยุกต์ประเด็นภาวะสุขภาพให้เป็นจุดศูนย์กลางการทำงาน แล้วใช้แนวคิดเชิงระบบมาจัดกิจกรรมการบริการเพื่อให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชนในความรับผิดชอบมีสุขภาพดี

2. การมอบหมายงานตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ดำเนินการโดยการแบ่งการดูแลออกเป็นหมู่บ้าน ละแวก หรือจำนวนหลังคาเรือน ซึ่งการแยกพื้นที่การดูแลเช่นนี้ทำให้สามารถเชื่อมต่อการศึกษาและการทำความเข้าใจชุมชนในเชิงลึกได้ดีช่วยให้สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของปัจจัยแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ค่านิยม และวัฒนธรรมของชุมชนได้ชัดเจนและง่ายต่อการวางแผนการจัดบริการร่วมกับเครือข่าย องค์กร ชุมชน เพื่อให้การดูแลปัญหาสุขภาพแบบองค์รวมและต่อเนื่องการมอบหมายในลักษณะนี้ต้องใช้เทคนิคการให้คำปรึกษามาช่วยเสริมร่วมไปกับการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งที่เป็นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของการทำงานกับชุมชน เพื่อให้การทำงานต่าง ๆ มีประสิทธิภาพ

### ขั ้นตอนการจั ดทำเพิ่มสุ ษาภาพครอบครัว

การจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว มีขั้นตอนการดำเนินงานเช่นเดียวกับการจัดทำฐานข้อมูลทั่วไป คือ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การบันทึกข้อมูล และการสรุปรายงานผล (กองพยาบาล, 2545; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลของครอบครัว โดยใช้เครื่องมือในการประเมินสภาวะสุขภาพครอบครัวของกองการพยาบาล (2545) เพิ่มสุขภาพครอบครัวของ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2547) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ บัตรสรุปภาวะสุขภาพ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย และแบบประเมินอื่น ๆ ตามที่หน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ กำหนดและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของครอบครัวและสมาชิกของครอบครัว ดังนั้น เจ้าหน้าที่รับผิดชอบครอบครัวจำเป็นต้องออกไปสำรวจชุมชนและครอบครัวโดยเยี่ยมครอบครัวทุกครอบครัวเพื่อทำความรู้จักและประเมินสภาพพื้นฐานด้านสุขภาพของครอบครัวปีละครั้งซึ่งการออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งต้องเตรียมข้อมูลจาก บัตรสรุปการเจ็บป่วย และข้อมูลเยี่ยมบ้านครั้งก่อน และจะลงบันทึกข้อมูลในส่วนต่าง ๆ ดังนี้คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ และบัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลจากการสำรวจครอบครัวจะทำให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถเข้าไปศึกษาเรียนรู้เพื่อรู้จักเข้าใจครอบครัวและสร้างสัมพันธภาพอย่างเป็นระบบ โดยมีได้มุ่งเน้นเพียงการเข้าไปเก็บข้อมูลเท่านั้น แต่จุดมุ่งหมายสำคัญคือการได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นความจริงของครอบครัวที่สามารถเชื่อมมิติทั้งด้านวิถีชีวิต และสุขภาพได้อย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน และบูรณาการ ซึ่งจะต้องปรับปรุงให้ข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวทันสมัยอยู่เสมอ และในครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยให้ปรับปรุงปีละ 1 ครั้ง ซึ่งการสำรวจครอบครัวในปีแรกนี้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่จำเป็นต้องสำรวจให้ครบทั้งหมดในครั้งเดียวที่ไป เพราะอาจต้องใช้เวลาสังเกต พูดคุยนาน และมีการซักถามผู้ป่วยถึงเรื่องราวของแต่ละบุคคลในครอบครัว

ในการดำเนินการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของบรรษา (2547) ที่ได้ศึกษาเรื่อง “เกาะประคูดูแลสุขภาพโดยใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวกรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ” พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเขตจังหวัดอำนาจเจริญมีการสำรวจประชาชนเพื่อจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว โดยการเยี่ยมบ้านและสืบค้นข้อมูลที่มีอยู่แล้วในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยสำรวจ คือ บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาสาสมัครหมู่บ้านมีระยะในการสำรวจเฉลี่ยต่อครอบครัวเท่ากับ 35 นาที ต่อหมู่บ้านเท่ากับ 15 วัน

2. การจัดระบบข้อมูล เป็นการดำเนินการหลังการรวบรวมข้อมูลมาแล้ว โดยมีการจัดระบบข้อมูลของแต่ละครอบครัวให้เป็นหมวดหมู่ ตามองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัวทั้ง 8 ส่วน และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อนำปัญหานั้น ๆ มาวางแผนการแก้ไขปัญหาของครอบครัว ส่วนใหญ่เหมือนกันการวางแผนแก้ปัญหาจะสามารถจัดทำเป็นกลุ่มใหญ่ในสภาพรวมของพื้นที่ได้ แต่ถ้าปัญหานั้นเป็นปัญหาเฉพาะครอบครัวการวางแผนแก้ไขปัญหามุ่งเน้นเฉพาะปัญหาเฉพาะครอบครัวนั้น

3. การบันทึกข้อมูล เป็นการบันทึกข้อความต่าง ๆ ที่ได้จากการสอบถามรวมทั้งบันทึกผลลัพ์ของการให้บริการดูแลสุขภาพ การบันทึกจะเน้นการบันทึกข้อความที่สั้นกะทัดรัดได้ใจความแนวทางในการบันทึกมีดังนี้

ในส่วนการลงบันทึกข้อมูลทะเบียนคัดกรองผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะลงบันทึกข้อมูล โดยใช้บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ บัตรสรุปภาวะสุขภาพ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย ซึ่งต้องลงบันทึกทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ และบันทึกประวัติผู้ป่วยมาตามนัดหรือไม่มาตามนัดของการให้บริการ แล้วทำการคัดกรองผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยบอกเล่าเหตุผลและความต้องการในการมารับบริการ และทำการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพูด เพื่อให้ได้ปัญหาอย่างเป็นองค์รวม กรณีผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มเสี่ยงที่มีการเปิดบัตรปฏิบัติการขึ้น เมื่อมีความจำเป็นที่ผู้รับบริการจะต้องได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปยังโรงพยาบาลหรือจากโรงพยาบาลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ บัตรปฏิบัติการจะต้องถูกส่งต่อโดยระบบการส่งจดหมายหรือเอกสารภายใน เพื่อเป็นการป้องกันความสูญหายต้องมีการลงทะเบียน

สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อย ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิละ 3 คน แต่รับผิดชอบจำนวนหลังคาเรือนและจำนวนประชากรมาก ประกอบกับเจ้าหน้าที่มีภาระงานที่รับผิดชอบมากทั้งงานรักษาพยาบาล งานป้องกันและควบคุมโรค งานส่งเสริมสุขภาพ งานฟื้นฟูสภาพ และงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย เช่น งานประชุม สัมมนา และไปราชการต่างๆ ไม่สามารถออกไปเยี่ยมครอบครัวทุกครอบครัวได้ และบางครอบครัวไม่พร้อมหรือมีเวลาไม่มากพอที่จะให้ข้อมูลเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้น เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จึงได้มอบหมายให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านออกไปเยี่ยมบ้านและช่วยลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว โดยให้สำรวจเรียนรู้เฉพาะเครื่องมือบางชนิดได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ และนอกจากนี้ส่วนที่เหลือก็อาจออกไปติดตามเก็บข้อมูลเพิ่มเติมโดยการผสมผสานไปกับงานอื่นๆ เมื่อลงหมู่บ้านหรือชุมชนโดยอาจลงไปสำรวจครอบครัว 2-3 ครั้ง จึงจะได้ข้อมูลในการเรียนรู้ครอบครัวและชุมชนเพิ่มเติม แต่อย่างไรก็ตามวิถีชีวิตบุคคลครอบครัวและชุมชนนั้นเป็นพลวัตมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงเกือบตลอดเวลา ดังนั้น การสำรวจครอบครัวจึงควรมีการติดตามสำรวจซ้ำทุกปีและเปลี่ยนแปลงข้อมูลทุกครั้งที่พบ

4. การสรุปและรายงานผลการดำเนินการ ขึ้นนี้ต้องอาศัยกระบวนการจัดการข้อมูลและวิธีการทางสถิติรายงานผลเป็นการนำผลสรุปการดำเนินงานข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวมาจัด ระบบ ระเบียบ เพื่อการรายงานต่อผู้รับข้อมูลตามความเหมาะสม โดยอาศัยหลักการสื่อสารที่คำนึงถึงความต้องการใช้ข้อมูลเป้าหมายและความสามารถในการรับข้อมูลของผู้รับข้อมูลเป็นหลัก โดยต้องตระหนักถึงความเสียหายอันจะเกิดจากรายงานที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการหาวิธีการ

รายงานหรือวิธีการสื่อสารที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยสิ่งที่ควรรายงาน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทางด้านประชากร สถานะทางสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ แผนการดำเนินงานในแต่ละกลุ่มของประชากร เป็นต้น และนอกจากนี้จะต้องมีการประชุมเพื่อวางแผนงาน และกิจกรรมต่อเนื่องทุกสัปดาห์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงบริการตั้งรับ ในหน่วยบริการปฐมภูมิสู่กิจกรรมเชิงรุกในชุมชน และการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะขณะเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีการประเมินดังนี้คือ ประเมินสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน และประเมินว่าสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

จากขั้นตอนการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวและการลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว จะเห็นได้ว่า เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่หลักในการจัดเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลตามองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว 8 องค์ประกอบตามมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีการสำรวจชุมชนและครอบครัว และลงบันทึกทะเบียนคัดกรองผู้รับบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ในส่วนการลงทะเบียนคัดกรองผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการรักษาที่สถานบริการ บัตรสรุปภาวะสุขภาพ และบัตรสรุปการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่โดยตรงของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่จะต้องลงทะเบียนคัดกรองผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องลงบันทึกทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ และบันทึกประวัติผู้ป่วยมาตามนัดหรือไม่มาตามนัดของการให้บริการ

#### *การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว*

สำเร้ง และรุจิรา (2545) กล่าวว่า การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการฐานข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้ดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบโดยมีการบันทึกข้อมูลในด้านการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู การคุ้มครองผู้บริโภคอย่างตรงกับความเป็นจริง ตรงกับปัญหาและความต้องการ และใช้ประโยชน์ในการจัดทำรายงาน ซึ่งแฟ้มสุขภาพครอบครัวเป็นเครื่องมือใช้ในการบันทึก แก้ไข ปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และข้อมูลการจัดบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเช่นเดียวกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้กล่าวถึง การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้ในด้าน การเก็บรวบรวมข้อมูล การบริหารจัดการวางแผนงาน วิเคราะห์ข้อมูล และใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี หญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอด และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และนอกจากนี้ยังใช้ประโยชน์ในการจัดทำรายงานในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวเป็นเครื่องมือในการสำรวจครอบครัว และเก็บรวบรวมข้อมูลของประชาชนและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน การให้ สุขศึกษา คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรังและข้อมูลการรับบริการ ตรวจสอบสุขภาพ รักษาพยาบาลในหน่วย บริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นข้อมูลทั้งในระดับรายบุคคลและครอบครัวเพื่อตอบสนองต่อการให้บริการ แบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน

2. การบริหารจัดการ วางแผนงาน วิเคราะห์ข้อมูล และควบคุมกำกับ เพื่อจัดบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เช่น ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำแผนงานให้บริการของ หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด วางแผนงานส่งเสริมสุขภาพ วางแผนงาน ควบคุมและป้องกันโรค วางแผนติดตามเด็ก 0-5 ปี ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ติดตามผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือผู้พิการ วางแผนการเยี่ยมบ้าน ค้นหากลุ่มเป้าหมายในการติดตามให้บริการในชุมชน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานอย่างสม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด และนอกจากนี้ใช้ในการวิเคราะห์หาเป้าหมายใน การส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหาสถานสุขภาพของแต่ละครอบครัว วิเคราะห์ค้นหาปัญหา สุขภาพในชุมชน และวิเคราะห์เพื่อวางแผนกิจกรรมในชุมชนซึ่งเป็นการประเมินสถานะสุขภาพ อย่างผสมผสานของประชาชนในเขตรับผิดชอบ เพื่อให้ทราบปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่

3. การบันทึกข้อมูล ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวบันทึกข้อความต่าง ๆ ที่ได้จากการสอบถาม รวมทั้งบันทึกผลลัพธ์ของการให้บริการดูแลสุขภาพ ของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบันทึก ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี หญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอด และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วย ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึก

ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวเช่น ชื่อ-สกุล สิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นต้น ข้อมูล เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัวเช่นข้อมูลน้ำ ส้วมเป็นต้น ผังเครือญาติ เช่น เพศ โรคหรือ ปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วย เรื้อรัง เช่น น้ำหนัก ความดันโลหิตสูง ผลเลือด บัตรสรุปสถานะสุขภาพ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกายเป็นต้นและใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกบัตรสรุปการ เจ็บป่วย

4. การจัดทำรายงาน ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำรายงานทั้งในส่วน ของ รายงานประจำที่ที่ต้องจัดทำเพื่อส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สาธารณสุขจังหวัด หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และรายงานสำหรับการติดตามงานในชุมชน เช่น จัดทำรายงานผู้ป่วย เบาหวาน รายงานผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายงานอนามัยแม่และเด็ก รายงานการใช้เวชภัณฑ์ คุมกำเนิด รายงานความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุครบ 0-5 ปี และหญิงมีครรภ์ เป็นต้น และช่วยให้การจัดทำรายงานต่างๆของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความถูกต้อง ครบถ้วน และ ทันสมัยมากยิ่งขึ้น

ในการดำเนินการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาเช่น การศึกษาของโกมาตรและคณะ (2545) พบว่า การใช้ประโยชน์จากแฟ้มสุขภาพยังไม่มากเท่าที่ควร และเช่นเดียวกับการศึกษาของปรีชา (2543) พบว่าการนำไปใช้ประโยชน์ในแบบฟอร์มต่างๆไม่เต็มที่ และไม่ทำให้เป็นปัจจุบันทำให้ขาดข้อมูลประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจนจึงไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้รวมถึงการไม่มีการวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว (รวีวรรณ, ถนอมวงษ์, และศิริวรรณ, 2545) และจากการวิเคราะห์แฟ้มสุขภาพครอบครัวของจังหวัดสตูล ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องด้วยการเก็บข้อมูล 2 แหล่ง จากผู้บันทึกข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก และเก็บข้อมูลการบันทึกจากแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำนวน 20 แฟ้ม พบว่า ในส่วนผู้บันทึกข้อมูลพบปัญหา เจ้าหน้าที่ใช้แฟ้มสุขภาพครอบน้อยเนื่องจากลงบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสถานีนามัย และในส่วนแฟ้มสุขภาพครอบครัว พบว่า ไม่มีการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว 5 ส่วน คือ แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน บัตรสรุปภาวะสุขภาพ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย และพบข้อมูลที่มีการใช้ประโยชน์หรือมีการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวเพียง 3 ส่วนคือ ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว และส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ ซึ่งสาเหตุที่ไม่ได้ใช้หรือไม่ได้จัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว เพราะเจ้าหน้าที่คิดว่าลงบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสถานีนามัย ก็พอแล้ว คิดว่าไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ และนอกจากนี้ยังพบว่า เจ้าหน้าที่บางท่านไม่รู้ว่า จะใช้อย่างไร ไม่ได้เก็บข้อมูล และคิดว่าไม่เกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ

#### คุณภาพข้อมูลของแฟ้มสุขภาพครอบครัว

ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องเป็นข้อมูลที่มีคุณค่าหรือมีคุณภาพ ข้อมูลที่ปราศจากคุณภาพ ก็ปราศจากประโยชน์ (Hicks, 1990) จากการศึกษาพบว่า ได้มีผู้กล่าวถึงคุณลักษณะที่แสดงถึงคุณภาพของข้อมูลไว้หลายท่านดังนี้

จอร์น (John, 1997) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะของข้อมูลที่มีคุณภาพประกอบด้วยคุณลักษณะต่างๆ 4 ประการ คือ 1) มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ของเนื้อหา (comprehensiveness and completeness) ข้อมูลที่ดีต้องมีเนื้อหาครบถ้วนตามข้อกำหนดและสิ่งที่มี และสมบูรณ์ในเรื่องที่ผู้ใช้ต้องการ 2) มีความทันสมัย (stylishness) ข้อมูลนั้นเป็นปัจจุบัน ถูกต้องตามกาลเวลา และทันต่อเหตุการณ์กับการใช้ประโยชน์ของผู้ใช้ 3) มีความถูกต้องแม่นยำ (correctness) ข้อมูลที่ดีต้องถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจนเชื่อถือได้ 4) มีความตรงต่อความต้องการ และอีกส์ และดิกสัน (hicks, 1990; Dickson, 1985) ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพอยู่ 5 ประการ คือ 1) ความทันเวลา ข้อมูลที่ได้รับมาอย่างรวดเร็วทันต่อการใช้ประโยชน์ 2) ความถูกต้อง ระดับความถูกต้องของข้อมูลที่สามารถยอมรับได้จะเป็นเท่าไรนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญของงานและชื่อเสียงขององค์กร

3) ความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลได้มาจากการรวบรวมข้อมูลได้ในปริมาณที่เพียงพอต่อการผลิตสารสนเทศ 4) ความกระชับ เป็นข้อมูลที่มีใจความกะทัดรัดแต่สมบูรณ์ในตัวเอง 5) พิสูจน์ได้ว่าจริงและเชื่อถือได้ (verifiability and reliability) เป็นข้อมูลที่สามารยยืนยันความถูกต้องได้ เบิร์กแคน โดสอ ซอกโกซี และเฮียบ (Burk, 1992; Kahn, 1995; Tozor, 1994; Zorkkozy and Heap, 1995) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลที่มีคุณภาพไว้ดังนี้ คือ 1) มีความครบถ้วน (completeness) ข้อมูลนั้นครบถ้วนตามรายการที่กำหนดและสิ่งที่มี 2) มีความแนบแน่นหรือคงเส้นคงวา (consistency) ข้อมูลในชุดเดียวกันมีความสอดคล้องกัน 3) มีความถูกต้องแม่นยำ (correctness) ข้อมูลถูกต้องตามความเป็นจริง 4) มีความเชื่อถือได้ (reliability) แหล่งข้อมูลและกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูลน่าเชื่อถือได้ 5) ทันสมัย เป็นปัจจุบัน เชื่อถือได้ 6) ความเที่ยงตรง แน่นอน แต่ละข้อมูลต้องสมบูรณ์ ชัดเจน 7) ตรงต่อเวลาและโอกาส ข้อมูลต้องพร้อมใช้งานเมื่อจำเป็น 8) การบอกจำนวน ความสามารถตรวจวัดข้อมูล ถือว่าเป็นคุณภาพ 9) มีความพร้อมใช้งาน ง่ายและรวดเร็ว 10) ปราศจากความโน้มเอียง อคติ ตกแต่งข้อมูล ข้อมูลที่ดีต้องอยู่บนพื้นฐานตามวัตถุประสงค์ใช้งาน 11) มีความละเอียด 12) เหมาะสมตามต้องการของผู้ใช้ 13) มีรูปแบบที่สะดวกต่อการแปลความหมาย เข้าสู่ข้อมูลได้ง่าย ลอนน์ (Long, 1989) กล่าวว่า ข้อมูลข่าวสารต้องมีลักษณะที่ดีเพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจตลอดจนการวางแผนและประเมินผล ซึ่งคุณลักษณะของข้อมูลข่าวสารที่ดีควรประกอบด้วย 4 ประการดังนี้คือ 1) มีความถูกต้อง ข้อมูลข่าวสารต้องเป็นข้อเท็จจริง 2) มีความทันสมัย ข้อมูลข่าวสารต้องอยู่ในสภาพที่พร้อมจะนำไปใช้ได้เสมอ 3) มีความครบถ้วน ข้อมูลข่าวสารต้องมีความครบถ้วนตามรายการ ตามข้อกำหนดและสิ่งที่มี 4) มีความตรงตามที่ใช้งาน ข้อมูลข่าวสารต้องมีความเหมาะสมที่จะเป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อตัดสินใจ

จิราภรณ์ (2541) ผ่องศรี (2537) และจิราพร (2534) กล่าวว่า คุณค่าของข้อมูลข่าวสารจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อได้มีการนำข้อมูลข่าวสารนั้นไปใช้ประโยชน์ คุณสมบัติของข้อมูลข่าวสารหรือมีคุณภาพประกอบด้วย 1) ความถูกต้อง (correctness) ข้อมูล / สารสนเทศที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง 2) ความทันเวลา สารสนเทศที่ผลิตได้ต้องทันต่อการใช้ประโยชน์ 3) ความสมบูรณ์ (completeness) ความสมบูรณ์ของสารสนเทศได้มาจากการรวบรวมข้อเท็จจริงหรือข้อมูลที่มีอยู่ 4) ความกระชับ (consiseness) สารสนเทศที่ดีควรเป็นสารสนเทศที่กะทัดรัดและได้ใจความที่สมบูรณ์ 5) ตรงกับความต้องการ (relevancy) สารสนเทศนั้นเป็นสารสนเทศที่ต้องการจะรู้สามารถสื่อความหมายให้เกิดการกระทำ

จากแนวคิดที่เกี่ยวกับคุณลักษณะที่แสดงถึงคุณภาพของข้อมูลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้มีผู้กล่าวถึงคุณลักษณะที่แสดงถึงคุณภาพของข้อมูลที่เหมือนกันหรือความคล้ายคลึงกัน สรุปได้เป็น 3 ประการ คือ มีความครบถ้วน โดยต้องมีเนื้อหาครบถ้วนตามข้อกำหนดและสิ่งที่มี มีความถูกต้อง โดยต้องถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจนเชื่อถือได้ ไม่ผิดพลาด และมีความทันสมัย ข้อมูลนั้นมีความเป็นปัจจุบัน ถูกต้องตามกาลเวลาและทันต่อเหตุการณ์กับการใช้ประโยชน์ของ

ผู้ใช้ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ จึงได้กำหนดเกณฑ์พิจารณาคุณภาพข้อมูล โดยประกอบด้วย ความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันสมัย ซึ่งเป็นลักษณะที่บ่งบอกถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ตามมาตรฐานที่พึงประสงค์ของระบบที่กำหนดไว้ ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาเลือกตัววัด เกณฑ์พิจารณาคุณภาพข้อมูลที่เหมาะสมเพียง 3 ตัว คือ ความครบถ้วน ความถูกต้อง และความ ทันสมัย มาใช้สำหรับวัดคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล ด้วยเหตุผลดังนี้ คือ จากมีผู้ที่ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะที่แสดงถึงคุณภาพของ ข้อมูลที่เหมือนกันหรือความคล้ายคลึงกัน สรุปได้เป็น 3 ประการ คือ มีความครบถ้วน ถูกต้อง และ ทันสมัย และตามแนวทางการพัฒนามาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งจะต้องจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ คือ มีความ ครบคลุมครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

คุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวจะตอบสนองผู้รับบริการ โดยทั่วไปหากมีลักษณะ มีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันสมัย จะเป็นระบบที่ได้เปรียบมีความสมบูรณ์และมีความพร้อมที่จะ นำไปใช้ในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องรวดเร็วในการจัดบริการสุขภาพทั้งเชิงรุก เชิงรับ ในการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างตรงกับความ เป็นจริง

#### *สถานการณ์ การจ้ ดทำและการใช้ แฟ้มสุ ษภาพครอบครัว ในจ้ งหวั สตูล*

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งต้องขอรับการประเมินเพื่อรับ รองมาตรฐานบริการ และหัวใจของมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้อง จัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ คือ มีความครอบคลุมครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งแต่จังหวัดจะมีแบบฟอร์มหรือ เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวม การสำรวจครอบครัวและในการพัฒนาบุคลากรด้านการจัดทำแฟ้ม สุขภาพครอบครัวอาจมีหลายอย่างแตกต่างกันแล้วแต่สภาพพื้นที่

สำหรับจังหวัดสตูลมีและใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 93 สำหรับจัดบริการสุขภาพ แก่ประชาชนในพื้นที่ เริ่มมีขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 เมื่อมีแนวคิดการปฏิรูประบบบริการ ปฐมภูมิเข้ามาในจังหวัดสตูล แนวคิดเรื่องเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งแฟ้มสุขภาพครอบครัว เป็นเครื่องมือที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ทำให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และใช้ ในการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็น เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงานให้บรรลุพันธกิจที่ กำหนดไว้ สถานบริการส่วนใหญ่ได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว จึงได้ มีการปรับเปลี่ยนการจัดการข้อมูลข่าวสารในหลายพื้นที่ อย่างเช่น พื้นที่อำเภอเมือง อำเภอควนโดน

อำเภอท่าแพ อำเภอควนกาหลง อำเภอละงู อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง จึงได้มีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในชุมชนที่รับผิดชอบ และพยายามเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ในแฟ้มสุขภาพครอบครัว เพื่อใช้ในการให้บริการที่ตอบสนองการบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน และมีการนำคอมพิวเตอร์มาใช้มากขึ้น โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการจัดเก็บ ประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการติดตามควบคุมกำกับงานหลากหลายโปรแกรม เช่น BasicPro, Provis, PHIS เป็นต้น รวมทั้งการพยายามให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลในส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องเข้ามา เช่น ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน การให้บริการที่บ้านกับข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในสถานบริการที่นอนพักรักษาตัวโดยการบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และมีการปรับระบบข้อมูลภายในเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล รวมทั้งตัดปัญหาการจัดเก็บข้อมูลที่ไม่จำเป็นออก

แฟ้มสุขภาพครอบครัวเป็นสื่อหรือเครื่องมือที่ใช้รู้จัก และเข้าใจชีวิตของชาวบ้านและครอบครัวได้อย่างรอบด้าน ช่วยเพิ่มคุณภาพในการให้บริการทำให้การให้บริการมีความเข้าใจ และมีการแก้ปัญหาสุขภาพที่มองทั้งครอบครัว เป็นข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลบันทึกการรับบริการ และข้อมูลสรุปภาวะสุขภาพรายบุคคลของสมาชิกแต่ละคนจะถูกบันทึกไว้อย่างต่อเนื่อง และถูกเก็บไว้ในแฟ้มสุขภาพครอบครัวอย่างเป็นระบบ และมีการเก็บเรียงตามบ้านเลขที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2549) แต่จากการวิเคราะห์แฟ้มสุขภาพครอบครัวของจังหวัดสตูล ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องด้วยการเก็บข้อมูล 2 แหล่ง จากผู้บันทึกข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก และเก็บข้อมูลการบันทึกจากแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำนวน 20 แฟ้มตามแบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล พบว่า ในส่วนผู้บันทึกข้อมูลพบปัญหา เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ขาดความรู้และการไม่ได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว เจ้าหน้าที่ใช้แฟ้มสุขภาพครอบน้อยเนื่องจากลงบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสถานีอนามัย และในส่วนแฟ้มสุขภาพครอบครัว พบว่า ส่วนที่ไม่มีการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวมากที่สุดได้แก่ แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน บัตรสรุปภาวะสุขภาพและบัตรสรุปการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพร (2548) ที่พบว่า ส่วนที่ไม่มีการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ บัตรสรุปการเจ็บป่วย ร้อยละ 79.10 รองลงมาคือ บัตรสรุปภาวะสุขภาพ ร้อยละ 65.80 และบัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้านร้อยละ 25.60

จากการวิเคราะห์แฟ้มสุขภาพครอบครัวของจังหวัดสตูล จะเห็นได้ว่า ไม่มีการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว 5 ส่วน คือ แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน บัตรสรุปภาวะสุขภาพ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย และพบข้อมูลที่มีการใช้ประโยชน์หรือมีการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวเพียง 3 ส่วนคือ ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว และส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ ซึ่งสาเหตุ



ที่ไม่ได้ใช้หรือไม่ได้จัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว เพราะเจ้าหน้าที่คิดว่าลงบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสถานือนามัยพอแล้ว คิดว่าไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ และเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่มีความเข้าใจในสิ่งที่จัดเก็บ ซึ่งปฏิบัติไปตามคำบอกเล่าของคนอื่นโดยไม่ทราบว่าถูกหรือผิด ประกอบกับเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ และองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่ทราบว่าองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัวประกอบไปด้วยข้อมูลชนิดใดและต้องใช้แบบฟอร์มแบบใด ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนดบางรายการได้ และองค์ประกอบและบัตรบางอย่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังไม่เน้นให้มีการจัดทำ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ดำเนินการจัดทำในบางส่วน จากการค้าเนินงานที่ผ่านมาขาดความต่อเนื่องผสมผสานในการปฏิบัติงานและเมื่อได้มีการประกาศเป็นนโยบายของผู้บริหารของจังหวัดเอง จึงได้มีการดำเนินการที่ต้องเร่งรัดให้เกิดการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ขาดการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพอย่างเป็นระบบในทุกระดับ และนอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่บางท่านไม่รู้ว่าจะใช้อย่างไร ไม่ได้เก็บข้อมูล และคิดว่าไม่เกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัวในเรื่อง ประโยชน์ และองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว และการมีบุคลากรไม่เพียงพอตามกรอบที่กำหนด และยังรับผิดชอบจำนวนหลังคาเรือนที่ค่อนข้างสูง 301-500 หลังคาเรือนรวมถึงเจ้าหน้าที่มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่า 10 งาน ทำให้มีภาระหน้าที่ในการดำเนินงานมาก และข้อมูลที่จัดทำหรือสำรวจส่วนใหญ่ได้มาจากการออกติดตามเยี่ยมครอบครัวในหมู่บ้าน ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนยังขาดปัจจัยในการสนับสนุนในส่วนของการยานพาหนะ เบี้ยเลี้ยง น้ำมันเชื้อเพลิง ปัญหาดังกล่าวนี้อาจส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพได้

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว

เดลลอนน์ (Delone, 1992) และแฮนเดอตัน (Henderson, 1976) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของข้อมูลว่าประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล คนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในทุกขั้นตอนของระบบสารสนเทศหรือระบบข้อมูลข่าวสาร คือ เป็นผู้รวบรวมข้อมูล ผู้ประมวลผล และผู้ใช้ข้อมูล ตลอดจนเป็นผู้กำหนดนโยบายและวางระบบการจัดการข้อมูล สำหรับระบบสารสนเทศสาธารณสุขนั้น ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ในเรื่อง ความรู้ ทักษะ ทศนคติ การได้รับการอบรม ปริมาณงานที่รับผิดชอบ ซึ่งการที่มีความรู้และทักษะในสาขาที่เกี่ยวข้องกับงานและเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกระบวนการสร้างสารสนเทศให้มีคุณภาพ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ใช้

สารสนเทศ จะต้องมีความรู้ ทักษะ และการได้รับการอบรม ระบบงานบริการสาธารณสุข รู้แหล่งที่มาของข้อมูล รู้วิธีประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของข้อมูลและความสำเร็จของระบบสารสนเทศ และนอกจากนี้ยังให้แนวคิดอีกว่า การใช้ข้อมูลสารสนเทศ หรือการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารมีผลต่อคุณภาพข้อมูล กล่าวคือ ถ้ามีการใช้ข้อมูลสารสนเทศ หรือประโยชน์จากข้อมูลน้อย (under-utilization) จะทำให้ข้อมูลไม่มีคุณภาพ จะเห็นได้ว่าข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการใช้ข้อมูลข่าวสารน้อย เอสเซ็กซ์ (Essex, 1998) ให้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของข้อมูลไว้ 4 ประการ คือ 1) คุณภาพของผู้ใช้สารสนเทศในการพัฒนาประยุกต์ใช้งาน 2) นโยบายขององค์กร 3) คุณภาพที่ปรึกษาด้านสารสนเทศ ถ้าหากผู้ใช้สารสนเทศใช้ไม่ถูกต้องก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานทำให้สารสนเทศไม่มีคุณภาพ เลาดอนและเลาดอน (Laudon & Laudon, 2004) ให้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพของข้อมูลโดยแบ่งไว้ 3 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยการประมวลผลข้อมูล 2) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ และ 3) การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ สัตยชาติ (2546) ได้กล่าวถึง ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพในระดับสถานีนามัยไว้ 4 ประการ คือ 1) ประสิทธิภาพการทำงานข้อมูล 2) ทักษะ 3) การได้รับการอบรม และ 4) จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ

สรุปได้ว่า คุณภาพข้อมูลมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ การได้รับการอบรม ปริมาณงานรับผิดชอบ ประสิทธิภาพการทำงานข้อมูล คุณภาพของผู้ใช้สารสนเทศ นโยบายขององค์กร คุณภาพที่ปรึกษาด้านสารสนเทศ การประมวลผลข้อมูล และ การใช้เครื่องมือ สำหรับการวิจัยนี้เลือกแนวคิดของเดลอนน์ (DeLone, 1992) และแฮนเดอสัน (Henderson, 1976) ที่ประกอบด้วยตัวแปร ความรู้ การได้รับการอบรม การใช้ข้อมูลสารสนเทศ และปริมาณงานรับผิดชอบ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับการศึกษานำร่องในเชิงคุณภาพที่มีผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 10 คน กล่าวถึงในเรื่องความรู้ การได้รับการอบรม การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ

การจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพนอกจากจะได้ข้อมูลที่แท้จริงแล้วยังสามารถผสมผสานการมีส่วนร่วมของบุคคลในครัวเรือนและเป็นการสะท้อนการพัฒนาคุณภาพการบริการ การวางแผน การส่งเสริมสุขภาพ การเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วย และยังเป็นการประชาสัมพันธ์การบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบได้รู้จัก และเข้าใจถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการมีและใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวที่มีคุณภาพจะเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างยิ่งในระบบข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องดำเนินการจัดเก็บ (โกมาตรและคณะ, 2545) ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษานำร่องและกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล โดยนำปัจจัยความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ มาศึกษาความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว

### ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัวกับคุณภาพข้อมูล

บุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัวในเรื่อง ประโยชน์ และองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว (Tan & Klimach, 2004; ฌัฐพร, 2548) แต่จากการวิเคราะห์แฟ้มสุขภาพครอบครัวของจังหวัดสตูล ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องด้วยการเก็บข้อมูล 2 แหล่ง จากผู้บันทึกข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก และเก็บข้อมูลการบันทึกจากแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำนวน 20 แฟ้ม ตามแบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล พบปัญหาเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ และองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนด บางรายการได้ และไม่ชัดเจนว่าต้องการให้กรอกข้อมูลอะไร ทำให้ไม่รู้จะใช้อย่างไร

ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว สำหรับการศึกษาต่างๆที่ผ่านมา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว เช่น การศึกษาของสเตอร์ (Stair, 1995) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลและความสำเร็จของสารสนเทศสาธารณสุขระดับสถานีอนามัย เช่นเดียวการศึกษาของมาวิน (2543) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการฐานข้อมูลสุขภาพ และแฟ้มครอบครัวสัมพันธ์กับคุณภาพฐานข้อมูลสุขภาพ การศึกษาของพรชนก (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาล กับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาล พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบันทึกการพยาบาล ของพยาบาล และการศึกษาของนลินี (2541) ที่ศึกษาคุณภาพของระบบข้อมูลรายงานระดับสถานีอนามัย พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับระบบรายงานสุขภาพในระดับสถานีอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี นครราชสีมา (2546) ที่ได้มีการฝึกอบรมจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวและได้บรรจุไว้ในหลักสูตรสาธารณสุขครอบครัวระยะสั้น โดยจะคัดเลือกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ารับการอบรมโดยสมัครใจ พบว่า การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัวมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการทำให้ข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวมีความครบถ้วน ถูกต้องและข้อมูลมีความทันสมัยมากขึ้น แต่จากการศึกษาของฌัฐพร (2548) ที่ศึกษาการประเมินผลคุณภาพข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลเพื่อสุขภาพของ ศูนย์สุขภาพชุมชน

จากผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัวมีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และในสถานการณ์จริงความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัวในบางโอกาสมีทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้นำตัวแปรความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว มาตรวจสอบให้ชัดเจนว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวหรือไม่อย่างไร

### การใช้ แฟ้มสุขภาพครอบครัว ว่า บคุ ณาภาพข้อมูล

การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพ บริหารจัดการฐานข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิ และใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี หญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอด และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547; ลำเรียง และรุจิรา, 2545) และ การใช้ประโยชน์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพทางด้านบริการสุขภาพ (Gregory, Lonny, & Daniel, 2006) แต่จากการศึกษาของโกมาตรและ คณะ (2545) พบว่า การใช้ประโยชน์จากแฟ้มสุขภาพยังไม่มากเท่าที่ควร และเช่นเดียวกับการศึกษาของปรีชา (2543) พบว่าการนำไปใช้ประโยชน์ในแบบฟอร์มต่างๆไม่เต็มที่ และไม่ทำให้เป็นปัจจุบันทำให้ขาดข้อมูลประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจนจึงไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้รวมถึงการไม่มีการวิเคราะห์ประมวลผล (รวิวรรณ, ถนอมวงษ์, และศิริวรรณ, 2545) และจากการวิเคราะห์แฟ้มสุขภาพครอบครัวของจังหวัดสตูล ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องด้วยการเก็บข้อมูล 2 แหล่ง จากผู้บันทึกข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก และเก็บข้อมูลการบันทึกจากแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำนวน 20 แฟ้ม ตามแบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล พบปัญหา เจ้าหน้าที่ใช้แฟ้มสุขภาพครอบงำน้อยเนื่องจากลงบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลมูลสถานีอนามัย คิดว่าไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ และนอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่บางท่านไม่รู้ว่าจะใช้อย่างไร ไม่ได้เก็บข้อมูล และคิดว่าไม่เกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ

สำหรับการศึกษาต่างๆที่ผ่านมา พบว่า การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว เช่นการศึกษาของแทนและคลิเมส (Tan & Klimach, 2004) ที่ศึกษาเรื่อง แฟ้มรายงานสุขภาพสำหรับประชาชนในกลุ่มวัยเยาว์ที่พิการเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองสู่วัยผู้ใหญ่ พบว่า การใช้แฟ้มรายงานสุขภาพมีคุณค่ามีประโยชน์และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล ในแฟ้มรายงานสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของเวดเดิลและคณะ (Weddle et al., 2002) ที่ศึกษากระบวนการพัฒนาแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้เหมาะสมกับอาชีพ พบว่า กระบวนการพัฒนาแฟ้มสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และการศึกษาของกรีโกรี, ลอนนีย์, และแดเนล (Gregory, Lonny, & Daniel, 2006) ที่ศึกษาการตรวจระบบ: ผลกระทบเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพจากข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ พบว่า การใช้ประโยชน์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพการมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพข้อมูลทางการบริการสุขภาพ และการศึกษาของแฮนเดอร์สัน (Handerson, 1976) พบว่า การใช้ข้อมูลสารสนเทศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลและความสำเร็จของระบบสารสนเทศสาธารณสุขระดับสถานีอนามัย และเช่นเดียวกับการศึกษาของโกมาตรและคณะ (2545) กล่าวว่า การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความจำเป็นต้องใช้

เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการให้บริการประชาชน โดยเฉพาะงานสร้างสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อประเมินการดูแลตนเองและให้คำแนะนำหรือให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินงานเหล่านี้ต้องอาศัยข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม ผสมผสานตามบทบาทของศูนย์สุขภาพชุมชนและการศึกษาของอำเภวย (2543) พบว่า การใช้เพิ่มข้อมูลสุขภาพมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพข้อมูลและความสำเร็จของระบบข้อมูลสาธารณสุขระดับสถานีอนามัย แต่จากการศึกษาของปรากรม (2532) และพรพันธ์ (2540) พบว่า การใช้เพิ่มข้อมูลสุขภาพและการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์คุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพ และไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่

จากผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวมีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว และในสถานการณ์จริงการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในบางโอกาสมีทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้นำตัวแปรการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวมาตรวจสอบให้ชัดเจนว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวหรือไม่อย่างไร

#### *การได้ รับการอบรมเกี่ยวกับ การจั ดทำเพิ่มสุ ขภาพครอบครัว วกั บ คุณลักษณะ ออม*

จากการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการอบรม มีผู้ให้ความหมายการได้รับการอบรมไว้ในหลายลักษณะกล่าวคือ เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเพื่อสร้างหรือเพิ่มพูนความรู้ ทักษะความสามารถ และเจตคติของบุคคลากรอื่นจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพสูงขึ้น และจะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพของบุคคลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพอันจะส่งผลโดยตรงไปยังผลงานของสถาบัน สังคม และประชาชนรูปแบบการฝึกอบรม ได้แก่ การอบรม การประชุมทางวิชาการหรือเชิงปฏิบัติการการสัมมนาทางวิชาการหรือเชิงปฏิบัติการ การบรรยาย การฝึกศึกษา การดูงาน การฝึกงาน หรือเรียกชื่ออย่างอื่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีโครงการหลักสูตร หรือ ช่วงเวลา ที่จัดแน่นอนที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาบุคลากรหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานโดยไม่มีการรับปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (วิจิตร, 2540; ชูชัย, 2542; จงกลณี, 2542) ในส่วนของจังหวัดสตูล ได้มีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อปฏิรูประบบแนวคิดและทำความเข้าใจระบบบริการ 2 วันและมีการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 70 ต่อจากนั้นพัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ปี 2545 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2549) แต่จากการวิเคราะห์เพิ่มสุขภาพครอบครัวของจังหวัดสตูล ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องด้วยการเก็บข้อมูล 2 แหล่ง จากผู้บันทึกข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก และเก็บข้อมูลการบันทึกจากเพิ่มสุขภาพครอบครัว จำนวน 20 แห่ง ตามแบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล พบปัญหา เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ไม่มีความเข้าใจในสิ่งที่จัดเก็บซึ่งปฏิบัติไปตามคำบอกเล่าของคนอื่นโดยไม่ทราบว่าถูกหรือผิด

การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการอบรมที่หน่วยงานต่างๆ จัดขึ้นเพื่อเพิ่มพูน ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว สำหรับการศึกษาดังกล่าวพบว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล เช่น การศึกษาของสเตอร์ (Stair, 1995) พบว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลและความสำเร็จของสารสนเทศสาธารณสุข เช่นเดียวกับการศึกษาของเมอร์เรย์ (Murray, 1999) พบว่า การได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ และการศึกษาของมิเชลและลาสัน (Michell & Lason, 1987 อ้างตาม ประภัสสร, 2541) ที่ศึกษาและพัฒนาระบบการแจ้งเตือนสถานการณ์โรคระบาดของสถานบันสุขภาพแห่งชาติประเทศอิตาลี พบว่า การอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำการป้อนข้อมูลและประมวลผลข้อมูลได้ถูกต้องทำให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์และทันเวลามากขึ้น การศึกษาของแคเรียร์และคณะ (Carriere et al., 2000) พบว่า การอบรมมีความสัมพันธ์กับข้อมูลมีความสมบูรณ์และทันสมัยมากขึ้น การศึกษาของสมคิด (2544) พบว่า การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพด้านการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพโดยเชื่อว่าผู้ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพข้อมูลจะมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะสามารถนำความรู้ความเข้าใจไปใช้สำรวจข้อมูลครอบครัวและชุมชนเพื่อจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพและการศึกษาของรัตน (2548) ที่ศึกษาการพัฒนาการจัดทำเพิ่มครอบครัวของสถานีอนามัยวิหารขาว อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี พบว่า การอบรมและฝึกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการมีเพิ่มครอบครัวที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกครัวเรือน และการศึกษาของอรุณและคณะ (2533) ที่ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลโดยการฝึกอบรมพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สามารถใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลและระบบรายงานในการปฏิบัติงาน โดยใช้ชุดอบรมในการเสริมสร้างสมรรถนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า การได้รับการอบรมเป็นประจำทุกปีมีความสัมพันธ์กับการทำให้ได้คุณภาพของข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วนและทันสมัยเพิ่มมากขึ้น แต่จากการศึกษาของฉัตรพร (2548) ที่ศึกษาการประเมินผลคุณภาพข้อมูลเพื่อสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า การได้รับการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลเพื่อสุขภาพในระดับศูนย์สุขภาพชุมชน

จากผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว มีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว และในสถานการณ์จริงการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวในบางโอกาสมีทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้นำ ตัวแปรการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวมาตรวจสอบให้ชัดเจนว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวหรือไม่อย่างไร

### จำนวนภาระงานที่รับ ผิด ชอบ กั บ คู ณ ภาพ ขั อ มู ล

จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ หมายถึง ภาระงานตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่หัวหน้าสถานีนอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนมอบหมายให้ปฏิบัติ ซึ่งเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิจำลองภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ มากกว่า 10 งาน ร้อยละ 50.80 และ 1-10 งาน ร้อยละ 49.20 (สัญชาติ, 2546) บุคลากรต้องสูญเสียเวลาส่วนหนึ่งในการเดินทางไปร่วมประชุมสัมมนาหรือไปราชการตามภารกิจหลักต่างๆ ถึงร้อยละ 11.43 274.22 นาที (4 ชั่วโมง 34 นาทีต่อสัปดาห์) และมีเวลาน้อยที่สุดในกิจกรรมการลงบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ 28.11 นาทีต่อสัปดาห์ (บุญทวี, 2546) สำหรับนักบริหารและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพนั้น(ทั้งการใช้และบันทึกฐานข้อมูลด้านสุขภาพ) เวลาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะภารกิจของผู้ปฏิบัติงานนั้นมีมากกว่าที่จะสามารถทำทุกสิ่งทุกอย่างภายในเวลาที่มีอยู่ได้ส่งผลให้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพขาดคุณภาพ น่าเชื่อถือได้ (Drucker, 1967) ในขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวตามองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว 8 องค์ประกอบตามมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีการสำรวจชุมชนและครอบครัวด้วยการลงบันทึกข้อมูลในส่วนต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ และบัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน และในส่วนการบันทึกลงทะเบียนคัดกรองผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะลงบันทึกข้อมูลโดยใช้บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ บัตรสรุปภาวะสุขภาพ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย ซึ่งต้องลงบันทึกทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ และบันทึกประวัติผู้ป่วยมาตามนัดหรือไม่มาตามนัดของการให้บริการ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) แต่จากการวิเคราะห์แฟ้มสุขภาพครอบครัวของจังหวัดสตูล ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องด้วยการเก็บข้อมูล 2 แหล่ง จากผู้บันทึกข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก และเก็บข้อมูลการบันทึกจากแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำนวน 20 แฟ้ม ตามแบบตรวจคุณภาพข้อมูล พบปัญหา เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยมีภาระงานมากทั้งงานรักษาพยาบาล งานควบคุมและป้องกันโรค งานฟื้นฟูสภาพและงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย (งานประชุม สัมมนาหรือไปราชการต่างๆ บ่อยครั้งเดือนละ 4-5 ครั้ง) และเจ้าหน้าที่มีน้อยทำให้ไม่สามารถจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้องและทันสมัยได้

สำหรับการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว เช่น การศึกษาของเดลลอนน์ (Delone, 1992) พบว่า ปริมาณงานที่รับผิดชอบมากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลและความสำเร็จของระบบสารสนเทศ สาธารณสุขระดับสถานีนอนามัย เช่นเดียวกับการศึกษาของมโน (2549) พบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของรายงานข้อมูลการให้บริการสุขภาพตามระบบการตรวจราชการแบบอิเล็กทรอนิกส์ของสถานีนอนามัย การศึกษาของสัญชาติ (2546) ที่ศึกษาความถูกต้อง

ของข้อมูลจากการจัดทำรายงานสรุปกิจกรรมสำคัญของสถานบริการสุขภาพ พบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มข้อมูลสุขภาพ และนอกจากนี้การศึกษาของบุญทวี (2546) ที่ศึกษาการใช้เวลาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ (ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ควบคุมโรค และฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 55.83) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในรายงานและการบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และจากการศึกษาของกาญจนา (2532) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีภาระงานมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข แต่จากการศึกษาของวัลลภ (2545) ที่ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยระดับตำบล พบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มข้อมูลสุขภาพและทะเบียนรายงานต่างๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของเมืองมา (2538) ที่ศึกษาความถูกต้องของข้อมูลจากการจัดทำทะเบียนรายงานของสถานอนามัย พบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลจากการจัดทำทะเบียนรายงานและฐานข้อมูลสุขภาพ

จากผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และในสถานการณ์จริงจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบในบางโอกาสมีทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้นำตัวแปรจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมาตรวจสอบให้ชัดเจนว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวหรือไม่อย่างไร

การศึกษานี้ครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาหาคำอธิบายเพิ่มเติมให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้นจากการนำปัจจัยซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบที่ยังสรุปไม่ชัดเจนว่าตัวแปรใดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ



## ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไม่พบว่ามีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว แต่ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดในองค์กรจะต้องอาศัย 3 องค์ประกอบคือ ปัจจัยนำเข้า (input) หรือตัวป้อน หมายถึง ทรัพยากรที่จำเป็นในการบริหารงานให้บรรลุเป้าหมายอันได้แก่ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ กระบวนการหรือกิจกรรม หมายถึง การวางแผน การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผล และผลผลิต หรือผลลัพธ์ (product หรือ output) หมายถึง ผลงานที่จะเกิดจากการผู้บริหาร (mahesvari, 1991 อ้างตาม นิตยา, 2545) ในทำนองเดียวกัน เรมวอล รวิวัลย์ อชรี เพชรสุนีย์ และกุลวดี (2546) ให้ข้อคิดเห็นว่าการบริหารงานจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้จะต้องประกอบไปด้วยการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน มีคนในการปฏิบัติงานในหน้าที่ต่างๆ มีเงินสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายและสิ่งของที่จำเป็นในการปฏิบัติงานรวมเรียกว่าทรัพยากรทางการบริหาร ดังนั้น ปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวจำแนกตามทรัพยากรในการบริหารจัดการดังนี้

1. คนหรือบุคลากร หมายถึง ทรัพยากรบุคคลที่จำเป็นร่วมกันปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งรวมทั้งจำนวนคนที่เหมาะสมและคุณลักษณะของคนที่ต้องมีความครบถ้วนทั้งด้านความรู้ความสามารถ (นิตยา, 2545) โดยกระทรวงสาธารณสุข (2542) กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนบุคลากร 5 อัตรา คือ ตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขหรือหัวหน้าสถานีอนามัย 1 อัตรา นักวิชาการสาธารณสุข 1 อัตรา เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 อัตรา และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 อัตรา เพื่อปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า จำนวนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีไม่พอเพียงต่อการให้บริการที่ดีและมีประสิทธิภาพในการทำงานด้านต่างๆ (สุพัตรา และคณะ, 2545) และจากการรวบรวมข้อมูลจากการตรวจราชการ พบว่า ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (สุพัตรา, 2549) ในปี 2546 วิลาวรรณย์ และคณะ ศึกษาการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอเช่นกัน นอกจากนี้บุคลากรที่ศึกษายังขาดประสบการณ์ในการให้บริการเชิงรุกที่ผสมผสานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและบริการด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น นอกจากนี้ศิริเพ็ญ (2546) ได้กล่าวถึงปัญหาด้านบุคลากรในเรื่องของการขาดความรู้ ความสามารถในการบันทึกข้อมูลสารสนเทศ และจากการศึกษาของรวมพร (2544) พบว่า ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพยาบาลต้องใช้ องค์ความรู้หลายด้านมาบูรณาการเพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการดำเนินงานมีประสบการณ์การทำงาน โรงพยาบาลทำให้มีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานบริการในระดับปฐมภูมิ ประกอบกับขาดการเตรียมพร้อมในการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ พยาบาลจึงมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาลต้นสังกัดจะจัดอบรมความรู้และเพิ่มประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ และพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ได้ ขวนขวายเข้ารับการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติจากสถาบันการศึกษาต่างๆแล้วก็ตาม

สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดต้องรับผิดชอบ ครอบครัวโดยเฉลี่ย 460 ครอบครัวต่อคน มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ 1,600 คนต่อบุคลากรสาธารณสุข 1 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2549) ซึ่งมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกองการพยาบาล (2545) ที่กำหนดให้มีหน่วยบริการ 1 แห่งรับผิดชอบ 300 ครอบครัว และมาตรฐานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2546) ที่กำหนดให้บุคลากรสุขภาพ 1 คนรับผิดชอบประชากร 1,250 คน ในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวนั้นบุคลากรสาธารณสุขจะต้องดำเนินการเชิงรุกออกไปสำรวจตามพื้นที่ที่ประชาชนในความรับผิดชอบอยู่โดยใช้กลยุทธ์การเยี่ยมบ้าน ดังนั้น บุคลากรสุขภาพจึงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานดังกล่าว

2. งบประมาณในการดำเนินงาน ในการดำเนินงานจะให้บรรลุผลสำเร็จจำเป็นต้องมี งบประมาณที่เพียงพอ จากการศึกษาของอรรถัย และศุภสิทธิ์ (2546) พบว่า งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวกับงบประมาณเพื่อความมั่นคงที่สถานบริการด้านสุขภาพได้รับจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคไม่เพียงพอในการดำเนินการบริการด้านสุขภาพ ชีโนรส (2545) ให้ข้อคิดเห็นว่า แม้การบริหารส่วนราชการที่มีการถ่ายโอนอำนาจไปสู่การบริหารราชการส่วนท้องถิ่นซึ่งรวมไปถึงการโอนงบประมาณ แต่องค์การบริหารส่วนตำบลนั้นยังไม่มีความพร้อมในการสนับสนุนด้านการเงิน ให้แก่สถานบริการด้านสุขภาพ ถึงแม้จะมีรายได้ส่วนหนึ่งที่มาจากการบริจาคของประชาชน สถานบริการของรัฐยังมีรายรับไม่เพียงพอในการใช้จ่ายเพื่อการดำเนินการขององค์กร พงษ์พิสุทธิ์ และคณะ (2546) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงระบบการปฏิบัติงานโดยโรงพยาบาลทุกระดับทั้งในระดับสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยต้องทำงานประสานกันอย่างใกล้ชิด และ งบประมาณทั้งหมดของการจัดระบบบริการสุขภาพต้องบริหารผ่านโรงพยาบาล ส่วนระบบงานอื่น สายการบังคับบัญชาเหมือนเดิม และจากการศึกษาของวิลาวัณย์ และคณะ (2546) พบว่า ปัญหาหนึ่งที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษาประสบ คือ ความล่าช้าที่รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้

3. วัสดุอุปกรณ์ ในที่นี้หมายถึง วัสดุอุปกรณ์ในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ได้แก่ ปก เพิ่ม แผ่นเอกสารภายในเพิ่ม และแบบประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอของจังหวัดสตูล โดยคณะทีมงานพัฒนา บริการปฐมภูมิในแต่ละอำเภอได้จัดเตรียมไว้เพื่อสนับสนุนแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วน อุปกรณ์อื่นในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล เช่น ตู้เก็บเพิ่มสุขภาพครอบครัว และคอมพิวเตอร์ทาง หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถจัดเตรียมด้วยตนเอง

4. การบริหารจัดการ ในที่นี้หมายถึง การวางแผนการปฏิบัติงาน การดำเนินงานตามแผน การประเมินผล และการสื่อสารการรายงานผล ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารทั้งหมด จากการศึกษา

ของพรทิพย์ (2545) เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการใช้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพิจิตร พบว่า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ นโยบาย และบทบาทหน้าที่ที่ไม่ชัดเจน ขาดการประสานงานทั้งภายนอกและภายในองค์กร ขั้นตอนการทำงานมีมากขึ้น และการสนับสนุนจากผู้บริหาร ขาดการเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้องอย่างเป็นระบบ (กฤษดา, 2547) ในทำนองเดียวกันการศึกษาของวิลาวัณย์ และคณะ (2546) ที่ศึกษาการปฏิรูประบบบริการสุขภาพกรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการวางแผนในการปฏิบัติงาน และแผนงบประมาณ ทั้งที่เป็นแผนประจำปี ประจำเดือน และประจำวันที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่การให้บริการไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดนอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่ได้รับการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานและการประเมินผลปัญหาด้านการบริหารจัดการดังกล่าวอาจมีผลทำให้ขาดการวางแผนในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยัง พบว่า มีรายงานปัญหาด้านการบริหารงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเนื่องจากบุคลากรบางกลุ่มขึ้นตรงกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขึ้นตรงกับสาธารณสุขอำเภอทำให้เกิดการทำงานแบบแยกส่วนเกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน (อุทัยวรรณ, 2548) โครงสร้างการบริหารงานแบบแยกส่วนมีผลทำให้การทำงานต่างๆ ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจรวมทั้งการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้สมบูรณ์มีคุณภาพนั้นมีทั้งด้านคนหรือบุคคลที่ไม่พอเพียงกับเกณฑ์มาตรฐาน ด้านงบประมาณที่พบว่ายังมีปัญหาคาดแคลนในหลายพื้นที่ ด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้จัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่พบว่าปัญหาด้านนี้น้อยกว่าด้านอื่นและสุดท้ายปัญหาด้านการบริหารจัดการที่พบว่ายังมีปัญหายู่มาก ได้แก่ การวางแผนการปฏิบัติงาน การดำเนินงานตามแผน การประเมินผลการดำเนินงาน และการรายงานให้หน่วยงานภายนอก หรือหน่วยเหนือรับรู้ข้อมูล

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล 54 แห่ง 7 อำเภอ จำนวน 200 คน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดเลือกโดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ (sampling without replacement) จากหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งละ 2 คน 54 แห่ง จาก 7 อำเภอ จำนวน 108 คน

กลุ่มที่ 2 คือ แฟ้มสุขภาพครอบครัวที่จัดทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล 54 แห่ง ทั้ง 200 คน จำนวน 33,772 แฟ้ม

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแฟ้มสุขภาพครอบครัว ได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง = 395.31 แฟ้ม และผู้วิจัยปรับเพิ่มเป็น 540 แฟ้ม ทั้งนี้เพื่อป้องกันความผิดพลาดและความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เนื่องจากจำนวนแฟ้มสุขภาพครอบครัวของแต่ละหน่วยมีจำนวนใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนประชากรแฟ้มสุขภาพครอบครัวทั้งหมด ผู้วิจัยจึงกำหนดให้จำนวนตัวอย่างแฟ้มสุขภาพครอบครัวแต่ละหน่วยเป็น 10 แฟ้มเท่ากัน รวม 54 หน่วย

ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างมีระบบ (systematic random sampling) โดยใช้กรอบบัญชีบ้านเลขที่จากแฟ้มสุขภาพครอบครัวของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ คำนวณหาช่วงห่างโดยใช้ขนาดประชากรเป้าหมายหารด้วยขนาดตัวอย่าง หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบได้แฟ้มสุขภาพครอบครัว ที่เป็นตัวอย่างจนครบ 540 แฟ้ม

## เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือแบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล ในด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันสมัย สร้างโดยผู้วิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดจากองค์ประกอบเพิ่มสุขภาพครอบครัวของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว จำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 7 บัตรสรุปภาวะสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมด 65 ข้อ หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้ก่อนว่ามีความครบถ้วนหรือไม่ เมื่อครบถ้วนเสร็จแล้ว จึงนำแบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลที่สร้างเสร็จแล้วปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษาที่ใช้ของแบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล และผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิและแก้ไขปรับปรุงความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยนำไปตรวจสอบเพิ่มสุขภาพครอบครัว จำนวน 20 แฟ้ม ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสตูล พบว่า สามารถตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลในด้านความครบถ้วน ความถูกต้องและความทันสมัยได้โดยง่าย ซึ่งผู้วิจัยสามารถตรวจสอบคุณภาพข้อมูลได้จากข้อมูลอื่นที่มีอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นเช่นโปรแกรมระบบข้อมูลสถานีอนามัย ระบบบัญชี 1-8 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก และการตรวจสอบกับข้อมูลจริงในหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างถามข้อมูลจากประชาชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในบันทึกว่าตรงกันหรือไม่ ครบถ้วนหรือไม่ และถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ซึ่งแบบประเมินคุณภาพข้อมูลประกอบด้วย 3 ด้านดังต่อไปนี้คือ

1.1 ประเมินความครบถ้วน การวัดความครบถ้วนของข้อมูลตรวจสอบได้จากข้อมูลที่บันทึกไว้ในเพิ่มสุขภาพครอบครัวตามองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัว ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว (10ข้อ) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัวข้อมูล (8ข้อ) แผนที่ครอบครัว (2ข้อ) ผังเครือญาติ (8ข้อ) บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน (5ข้อ) บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ (7ข้อ)บัตรสรุปภาวะสุขภาพ (24ข้อ) และบัตรสรุปการเจ็บป่วย (1ข้อ) เปรียบเทียบกับระบบข้อมูลอื่นที่กล่าวไว้เบื้องต้นและการลงตรวจสอบข้อมูลจริงในหมู่บ้าน

โดยผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างถามข้อมูลจากประชาชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในบันทึกว่าครบถ้วนหรือไม่

1.2 ประเมินความถูกต้อง การวัดความถูกต้องของข้อมูลตรวจสอบได้จากข้อมูลที่บันทึกไว้ในแฟ้มสุขภาพครอบครัว โดยดูความถูกต้องเป็นจริง ตามองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่กำหนด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว (10ข้อ) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัวข้อมูล (8ข้อ) แผนที่ครอบครัว (2ข้อ) ผังเครือญาติ (8ข้อ) บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน (5ข้อ) บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ (7ข้อ) บัตรสรุปภาวะสุขภาพ (24ข้อ) และบัตรสรุปการเจ็บป่วย (1ข้อ) เปรียบเทียบกับระบบข้อมูลอื่นที่กล่าวไว้เบื้องต้นและการลงตรวจสอบข้อมูลจริงในหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างถามข้อมูลจากประชาชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในบันทึกว่าตรงกันหรือไม่ และถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือไม่

1.3 ประเมินความทันสมัย การวัดความทันสมัยของข้อมูลตรวจสอบได้จากข้อมูลที่บันทึกไว้ในแฟ้มสุขภาพครอบครัวตามองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่กำหนด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว (10ข้อ) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัวข้อมูล (8ข้อ) แผนที่ครอบครัว (2ข้อ) ผังเครือญาติ (8ข้อ) บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง(เบาหวาน) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน (5ข้อ) บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน)ด้านการให้บริการรักษาที่สถานบริการ (7 ข้อ) บัตรสรุปภาวะสุขภาพ (24ข้อ) และบัตรสรุปการเจ็บป่วย (1ข้อ) เปรียบเทียบกับระบบข้อมูลอื่นที่กล่าวไว้เบื้องต้น โดยตรวจสอบจากการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลเป็นปัจจุบันตามที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลทุกปีหรือทุกครั้งที่พบ และการลงตรวจสอบข้อมูลจริงในหมู่บ้านโดยผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างถามข้อมูลจากประชาชนเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในบันทึกว่าเป็นข้อมูลของช่วงเวลาที่ต้องการใช้ในในช่วงเวลานั้นๆหรือไม่ คือเป็นปัจจุบัน ณ เวลาที่ต้องการ

2. เครื่องมือแบบสอบถาม สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล ได้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ โดยระยะแรกมีการพัฒนาและสร้างเครื่องมือโดยใช้เทคนิคเชิงคุณภาพ และในระยะที่สองใช้เทคนิคเชิงปริมาณในการพัฒนาและสร้างเครื่องมือแบบสอบถามโดยมีรายละเอียดในแต่ละระยะดังนี้

ระยะแรก ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล โดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ในประเด็นความหมายคุณภาพข้อมูล ในด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันสมัยของข้อมูล รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวและแนวทางแก้ไขปัญหของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล หลังจากนั้นผู้วิจัย

ได้นำข้อมูลเชิงคุณภาพมาจัดเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลและพัฒนาเป็นข้อคำถามเชิงปริมาณสำหรับแบบสอบถามต่อไป

ระยะที่สอง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากระยะแรกมาสร้างเป็นแบบสอบถามให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง อาชวราชการ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การได้รับการอบรม จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ และการมีและใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำและให้เลือกตอบข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบข้อคำถามมีทั้งหมด 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ใช้บ่อย ใช้ปานกลาง ใช้นานๆครั้ง และไม่ใช่ ข้อคำถามมีทั้งหมด 33 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคในการในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ลักษณะคำถามปลายเปิดที่มีข้อคำตอบให้เลือก และช่องว่างเพื่อเติมคำตอบ จำนวน 10 ข้อ

#### เกณฑ์การแปลผลข้อมูล

เกณฑ์แปลผลข้อมูลแบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล ซึ่งจะใช้ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่จัดทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันสมัย เกณฑ์ให้คะแนน มีข้อมูลให้ 1 คะแนน ไม่มีข้อมูลให้ 0 คะแนน แต่ละด้านคะแนนเต็ม 65 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลประเมินโดยการหาค่าคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน (แต่ละด้านคะแนนเต็ม 65 คะแนน) แล้วนำค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้มาพิจารณาโดยอิงเกณฑ์ระดับคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (สัญญาชาติ, 2546) คือ ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ต่ำกว่า 39 คะแนน (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันสมัยในระดับต่ำ ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้อยู่ระหว่าง 39-48คะแนน (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80) หมายถึง มีความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันสมัย ในระดับปานกลาง ถ้าค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้มากกว่า 48 คะแนน(คะแนนมากกว่าร้อยละ 80) มีความครบถ้วนความถูกต้อง และความทันสมัยในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามและแบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลที่สร้างเสร็จแล้วปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้อง ของภาษาที่ใช้ของแบบสอบถามและแบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล แล้วนำผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (เพชรน้อย และ วัลยา, 2536; Waltz, Stickland and Lenz, 1991) ในแบบสอบถามได้ 0.93 และแบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลได้ 0.98 จากนั้นปรับปรุงแก้ไขความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปทดลองใช้

การหาความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล จำนวน 15 คน (Waltz, Stickland and Lenz, 1991) หาความคงที่ภายใน (internal consistency) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัวคำนวณโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder–Richardson) ใช้สูตร KR-20 ค่าระดับความเที่ยงที่สามารถยอมรับได้หรือค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่จะนำไปใช้ได้ตั้งแต่ 0.7 (Polit&Hungler, 2001) ซึ่งผลการตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบสอบถาม โดยรวมเท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวคำนวณโดยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าระดับความเที่ยงที่สามารถยอมรับได้หรือค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่จะนำไปใช้ได้ตั้งแต่ 0.7 (Polit&Hungler, 2001) ซึ่งผลการตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบสอบถาม โดยรวมเท่ากับ 0.90

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในการศึกษานี้มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

#### 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอลงนามหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.2 ผู้วิจัยส่งหนังสือประสานงานขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล และสำเนาหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอในแต่ละแห่ง



## 2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยนำสำเนาหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อยืนยันตนเองต่อหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง

2.2 เมื่อรับอนุญาตแล้วผู้ศึกษาพร้อมดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

2.2.1 สุ่มตรวจสอบเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละแห่ง โดยผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัย และผู้วิจัยลงตรวจสอบข้อมูลจริงในหมู่บ้านโดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ ตามข้อมูลจากประชาชนที่สุ่มได้จากเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละแห่ง ๑ละ 10 แฟ้ม เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในบันทึกว่าตรงกันหรือไม่ ครบถ้วนหรือไม่ ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ และเป็นข้อมูลของช่วงเวลาที่ต้องการใช้ในในช่วงเวลานั้นๆหรือไม่

2.2.2 แจกแบบสอบถามให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิพร้อมทั้งแนบจดหมายแนะนำตัวขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย การชี้แจงการตอบแบบสอบถาม และการส่งแบบสอบถามคืนภายใน 1 สัปดาห์หากยังไม่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะนัดเข้ามารับแบบสอบถามคืนภายใน 3 วันถัดมา

2.3 ภายหลังจากตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวแล้วผู้ศึกษาได้ประเมินความสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกอีกครั้งก่อนการนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

2.4 เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ศึกษาตอบแบบสอบถามและคืนให้แก่ผู้ศึกษาแล้วผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ส่งคืนแบบสอบถามที่ตอบแล้วคืนทุกราย คิดเป็น ร้อยละ 100

### การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยและจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย บอกรวัตถุประสงค์ ในการศึกษา ความสำคัญของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยแนบเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยกับแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2. ข้อมูลที่ได้จะนำมาสรุป และนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนจะถูกปิดเป็นความลับ และหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเผยแพร่ต่อ

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการบรรณาธิกรข้อมูล โดยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถาม และแบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และให้คะแนนแบบสอบถาม และแบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแล้วทำการประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว และข้อมูลการบันทึกคุณภาพข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัววิเคราะห์โดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล โดยนำเสนอการวิจัยออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

## ผลการวิจัย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง อายุราชการ ประสบการณ์การได้รับการอบรม และการมีและใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว

## ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล (N = 108)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (N = 108)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	37.00
หญิง	68	63.00
อายุ (ปี) $\bar{X} = 35.70$ , S.D.= 5.90, Min = 25, Max = 51		
21 – 30	21	19.40
31 – 40	65	60.30
41 – 50	21	19.40
51 – 60	1	0.90
การศึกษาขั้นสูงสุด		
อนุปริญญา	12	11.10
ปริญญาตรี	96	88.90
สถานภาพสมรส		
โสด	15	13.90
แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน	90	83.30
หม้าย/หย่า	3	2.80

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (N = 108)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	16	14.80
นักวิชาการสาธารณสุข	18	16.70
พยาบาลวิชาชีพ	47	43.50
พยาบาลเทคนิค	1	0.90
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	26	24.10
อายุราชการ (ปี) $\bar{X} = 13.90$ , S.D.= 5.96, Min = 2, Max = 28		
1 – 5	4	3.70
6 – 10	29	26.90
11 – 20	63	58.30
> 20	12	11.10
ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำ เพิ่มสุขภาพครอบครัว		
ไม่เคย	59	54.60
1 ครั้ง	32	29.60
มากกว่า 1 ครั้ง	17	15.70
หน่วยบริการปฐมภูมิมีและใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว		
ไม่มี	0	0.00
มีและไม่ใช้	0	0.00
มีและใช้	108	100.00

จากตาราง 1 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.00 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 35.70 ปี มีอายุระหว่าง 31–40 ปี ร้อยละ 60.30 มีการศึกษาชั้นสูงสุดระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 88.90 สถานภาพสมรสแต่งงานแล้วอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 83.30 ตำแหน่งหน้าที่ ส่วนใหญ่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 43.50 อายุราชการส่วนใหญ่เฉลี่ย 13.90 ปี มีอายุราชการระหว่าง 11–20 ปี ร้อยละ 58.30 ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการจัดทำเพิ่มครอบครัว ร้อยละ 54.6 และนอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิมีและใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 100

1.2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบ (N = 108)

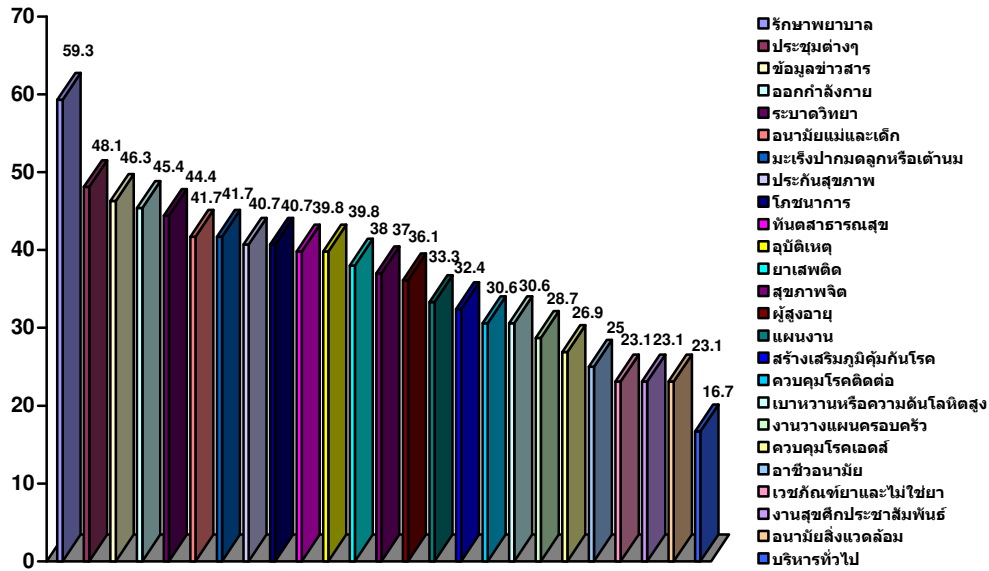
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบ	จำนวน (N = 108)	ร้อยละ
จำนวนหลังคาเรือน $\bar{X} = 460.60$ , S.D.= 642.83, Min = 91, Max = 6,142		
ต่ำกว่า 300 หลังคาเรือน	23	21.30
301-500 หลังคาเรือน	60	55.60
501-1,000 หลังคาเรือนขึ้นไป	25	23.10
จำนวนภาระงาน $\bar{X} = 9.63$ , S.D.= 4.41, Min = 2, Max = 28		
ต่ำกว่า 5 งาน	20	18.50
5-10 งาน	35	32.40
มากกว่า 10 งาน	53	49.10

จากตาราง 2 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบจำนวนหลังคาเรือนเฉลี่ย 460.60 หลังคาเรือน รับผิดชอบหลังคาเรือน ระหว่าง 301-500 หลังคาเรือน ร้อยละ 55.60 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมากกว่า 10 งาน ร้อยละ 49.10 รองลงมาคือ 5-10 งาน ร้อยละ 32.40 และต่ำกว่า 5 งาน ร้อยละ 18.50

## ภาพประกอบ 2

แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ

(N = 108)



จากภาพประกอบ 2 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีลักษณะงานที่รับผิดชอบมากที่สุด คือ งานรักษาพยาบาล ร้อยละ 59.30 รองลงมาคือ งานประชุมต่างๆ ร้อยละ 48.10 และงานข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 46.30 ส่วนลักษณะงานที่รับผิดชอบน้อยที่สุด คือ งานบริหารทั่วไป ร้อยละ 16.70

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
จังหวัดสตูล

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวจำแนกตามรายด้าน  
(แต่ละด้านคะแนนเต็ม 65)

คุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความครบถ้วนของข้อมูล	38.30	8.71	ต่ำ
ความถูกต้องของข้อมูล	38.31	8.61	ต่ำ
ความทันสมัยของข้อมูล	38.58	8.37	ต่ำ
รวม	38.40	8.46	ต่ำ

จากตาราง 3 พบว่า ระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 38.40$ , S.D. = 8.46) และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความทันสมัย ด้านความถูกต้องและด้านความครบถ้วนอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 38.58$ , S.D. = 8.37,  $\bar{X} = 38.31$ , S.D. = 8.61 และ  $\bar{X} = 38.30$ , S.D. = 8.71 ตามลำดับ)



## ตาราง 4

ร้อยละ การมีคุณภาพ / ไม่มีคุณภาพของข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวและคุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์จำแนกตามรายส่วน

องค์ประกอบคุณภาพข้อมูล ของแฟ้มสุขภาพครอบครัว	คุณภาพข้อมูล (ร้อยละ)		คุณภาพข้อมูล ตามเกณฑ์ <sup>ab</sup>
	มีคุณภาพ	ไม่มีคุณภาพ	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว	88.10	11.90	มีคุณภาพ
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว	76.70	23.30	มีคุณภาพ
ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว	14.10	85.90	ไม่มีคุณภาพ
ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ	9.30	90.70	ไม่มีคุณภาพ
ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน	34.10	65.90	ไม่มีคุณภาพ
ส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ	95.00	5.00	มีคุณภาพ
ส่วนที่ 7 บัตรสรุปสถานะสุขภาพ	45.00	55.00	ไม่มีคุณภาพ
ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย	27.20	72.80	ไม่มีคุณภาพ

a: มีคุณภาพ หมายถึง ร้อยละของการมีคุณภาพข้อมูลมากกว่า 60

b: ไม่มีคุณภาพ หมายถึง ร้อยละของการมีคุณภาพข้อมูลน้อยกว่า 60

จากตาราง 4 ผลการตรวจสอบการมีคุณภาพ / ไม่มีคุณภาพของข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ทั้ง 8 ส่วน พบว่า ไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ ร้อยละ 90.70 ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว ร้อยละ 85.90 ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย ร้อยละ 72.80 ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 65.90 และส่วนที่ 7 บัตรสรุปสถานะสุขภาพ ร้อยละ 55.00 ส่วนที่มีคุณภาพมีเพียง 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการรักษาที่สถานบริการ ร้อยละ 95.00 รองลงมา คือ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 88.10 และ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว ร้อยละ 76.70

## ตาราง 5

ร้อยละ การมีคุณภาพ / ไม่มีคุณภาพของข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวและคุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์ที่มีการบันทึกจำแนกตามรายการใน ส่วนที่ 3, 4, 5 และ 7 (ส่วนที่ไม่มีคุณภาพ) (N=540)

รายการ	คุณภาพข้อมูล (ร้อยละ)		คุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์ <sup>ab</sup>
	มีคุณภาพ	ไม่มีคุณภาพ	
ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว			
3.1 แสดงที่ตั้งบ้าน	63.00	37.00	มีคุณภาพ
3.2 สภาพบ้าน ลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม	14.10	85.90	ไม่มีคุณภาพ
ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ			
4.1 ระบุเพศ	72.40	27.60	มีคุณภาพ
4.2 ระบุอายุ	38.70	61.30	ไม่มีคุณภาพ
4.3 ระบุสถานภาพสมรส	34.10	65.90	ไม่มีคุณภาพ
4.4 ระบุสาเหตุการตายของสมาชิกในครอบครัว(ถ้ามี)	9.30	90.70	ไม่มีคุณภาพ
4.5 ระบุโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว	6.90	93.10	ไม่มีคุณภาพ
4.6 วาดวงกลมล้อมรอบสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน	0.00	100.00	ไม่มีคุณภาพ
4.7 เรียงสมาชิกในครอบครัวตามลำดับจากซ้ายไปขวา	2.60	97.40	ไม่มีคุณภาพ
4.8 แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว	28.10	71.90	ไม่มีคุณภาพ
ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน			
5.1 อาหาร	83.50	16.50	มีคุณภาพ
5.2 การออกกำลังกาย	54.80	45.20	มีคุณภาพ
5.3 การดูแลเท้า	38.30	61.70	ไม่มีคุณภาพ
5.4 การรับยาต่อเนื่อง	42.80	57.20	ไม่มีคุณภาพ
5.5 ปัญหาด้านจิตสังคม	27.80	72.20	ไม่มีคุณภาพ

ตาราง 5 (ต่อ)

รายการ	คุณภาพข้อมูล (ร้อยละ)		คุณภาพข้อมูล ตามเกณฑ์ <sup>ab</sup>
	มีคุณภาพ	ไม่มีคุณภาพ	
ส่วนที่ 7 บัตรสรุปสภาวะสุขภาพ (Health Maintenance Card)			
ในกลุ่มเด็กอายุ ต่ำกว่า 15 ปี			
7.1 น้ำหนัก	93.50	6.50	มีคุณภาพ
7.2 ความสูง	93.50	6.50	มีคุณภาพ
7.3 เส้นรอบศีรษะ	44.40	55.60	ไม่มีคุณภาพ
7.4 ประวัติการรับวัคซีน	49.40	50.60	ไม่มีคุณภาพ
7.5 พัฒนาการ	56.50	43.50	มีคุณภาพ
7.6 ภาวะโภชนาการ	53.70	46.30	มีคุณภาพ
7.7 การมองเห็น	20.40	79.60	ไม่มีคุณภาพ
7.8 การได้ยิน	13.70	86.30	ไม่มีคุณภาพ
7.9 ฟัน/เหงือก	15.20	84.80	ไม่มีคุณภาพ
7.10 นม/อาหาร	19.10	80.90	ไม่มีคุณภาพ
7.11 การดูแลทารกหลังคลอด	46.30	53.70	ไม่มีคุณภาพ
ในกลุ่มอายุ 15 – 60 ปี			
7.12 น้ำหนัก	100.00	0.00	มีคุณภาพ
7.13 ส่วนสูง	93.50	6.50	มีคุณภาพ
7.14 ค่าดัชนีมวลกาย	78.70	21.30	มีคุณภาพ
7.15 ความดันโลหิต	100.00	0.00	มีคุณภาพ

ตาราง 5 (ต่อ)

รายการ	คุณภาพข้อมูล (ร้อยละ)		คุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์ <sup>ab</sup>
	มีคุณภาพ	ไม่มีคุณภาพ	
ส่วนที่ 7 บัตรสรุปสภาวะสุขภาพ (Health Maintenance Card ) (ต่อ)			
ในกลุ่มอายุ 15 – 60 ปี			
7.16 การตรวจปีศาจ	72.80	27.20	มีคุณภาพ
7.17 การตรวจมะเร็งปากมดลูก	58.90	41.10	มีคุณภาพ
7.18 การตรวจเต้านม	53.00	47.00	มีคุณภาพ
7.19 การวางแผนครอบครัว	88.00	12.00	มีคุณภาพ
7.20 ประวัติการคลอด	39.60	60.40	ไม่มีคุณภาพ
7.21 ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	46.90	53.10	ไม่มีคุณภาพ
7.22 การตรวจครรภ์	43.00	57.00	ไม่มีคุณภาพ
7.23 การดูแลมารดาหลังคลอด	35.00	65.00	ไม่มีคุณภาพ
7.24 ฟัน/เหงือก	44.60	55.40	ไม่มีคุณภาพ

a: มีคุณภาพ หมายถึง ร้อยละของการมีคุณภาพข้อมูลน้อยกว่า 60

b: ไม่มีคุณภาพ หมายถึง ร้อยละของการมีคุณภาพข้อมูลมากกว่า 60

จากตาราง 5 ผลการตรวจสอบการมีคุณภาพ /ไม่มีคุณภาพของข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวแต่ละรายการในแต่ละส่วน พบว่า ส่วนใหญ่ข้อมูลไม่มีคุณภาพ (ยกเว้นส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว และส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล ผู้ป่วยเรื้อรัง ด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการซึ่งส่วนใหญ่ข้อมูลมีคุณภาพ) รายละเอียดเป็นดังนี้

ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว ในส่วนนี้มีจำนวน 2 รายการ พบว่า รายการที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ไม่มีคุณภาพมากที่สุด ได้แก่ สภาพบ้าน ลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 85.90 ส่วนรายการที่มีการบันทึกข้อมูลมีคุณภาพ ได้แก่ แสดงที่ตั้งบ้าน ร้อยละ 63.00

ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ ในส่วนนี้มีจำนวน 8 รายการ พบว่า รายการที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ไม่มีคุณภาพมีทั้งหมด 7 รายการ ได้แก่ วาดวงกลมล้อมรอบสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ร้อยละ 100 เรียงสมาชิกในครอบครัวตามลำดับจากซ้ายไปขวา ร้อยละ 97.40 ระบุโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 93.10 ระบุสาเหตุการตายของสมาชิกในครอบครัว(ถ้ามี) ร้อยละ 90.70 แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว ร้อยละ 71.90 ระบุสถานภาพ

สมรส ร้อยละ 65.90 และ ระบุอายุ 61.30 ส่วนรายการที่มีการบันทึกข้อมูลมีคุณภาพ มี 1 รายการ ได้แก่ ระบุเพศ ร้อยละ 72.40

ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล ผู้ป่วยเรื้อรัง ด้านการติดตามเยี่ยมบ้านในส่วนนี้มี 5 รายการ พบว่า รายการที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ไม่มีคุณภาพมีทั้งหมด 3 รายการ ได้แก่ ปัญหาด้านจิตสังคม ร้อยละ 72.20 รองลงมา การดูแลเท้า ร้อยละ 61.70 และการรับยาต่อเนื่อง ร้อยละ 57.20 ส่วนรายการที่มีการบันทึกข้อมูลมีคุณภาพ มี 2 รายการ ได้แก่ อาหาร ร้อยละ 83.50 และการออกกำลังกาย ร้อยละ 54.80

ส่วนที่ 7 บัตรสรุปสถานะสุขภาพ ส่วนนี้มี 24 รายการ พบว่า รายการที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ไม่มีคุณภาพมีทั้งหมด 12 รายการ คือในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 7 รายการ ได้แก่ การได้ยิน ร้อยละ 86.30 ฟัน/เหงือก ร้อยละ 84.80 นม/อาหาร ร้อยละ 80.90 การมองเห็น ร้อยละ 79.60 เส้นรอบศีรษะ ร้อยละ 55.60 การดูแลทารกหลังคลอด ร้อยละ 53.70 ประวัติการรับวัคซีน ร้อยละ 50.60 ในกลุ่มอายุ 15–60 ปี จำนวน 5 รายการ ได้แก่ การดูแลมารดาหลังคลอด ร้อยละ 65.00 ประวัติการคลอด ร้อยละ 60.40 การตรวจครรภ์ ร้อยละ 57.00 ฟัน/เหงือก ร้อยละ 55.40 ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ร้อยละ 53.10 ส่วนรายการที่มีการบันทึกข้อมูลมีคุณภาพ มี 12 รายการ คือ ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 4 รายการ ได้แก่ น้ำหนัก ร้อยละ 93.50 ความสูง ร้อยละ 93.50 พัฒนาการ ร้อยละ 56.50 ภาวะโภชนาการ ร้อยละ 53.70 ในกลุ่มอายุ 15–60 ปี จำนวน 8 รายการ ได้แก่ น้ำหนัก ร้อยละ 100.00 ความสูง ร้อยละ 93.50 ค่าดัชนีมวลกาย ร้อยละ 78.70 ความดันโลหิต ร้อยละ 100.00 การตรวจปีศาจ ร้อยละ 72.80 การตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 58.90 การตรวจเต้านม ร้อยละ 53.00 และการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 88.00

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล กำหนดให้ความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูลครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบซึ่งผลวิเคราะห์ข้อมูลดังตาราง 6

ตาราง 6

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ระหว่าง ความรู้ การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว การได้รับการอบรม และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบกับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวจำแนกตามรายด้าน

ปัจจัย	คุณภาพข้อมูล			รวม
	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	
ความรู้	.036	.034	.023	.032
การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว	.162*	.160*	.169*	.166*
การได้รับการอบรม	.085*	.088*	.094*	.090*
จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ	-.086*	-.080	-.085*	.085*

\* $p < 0.05$

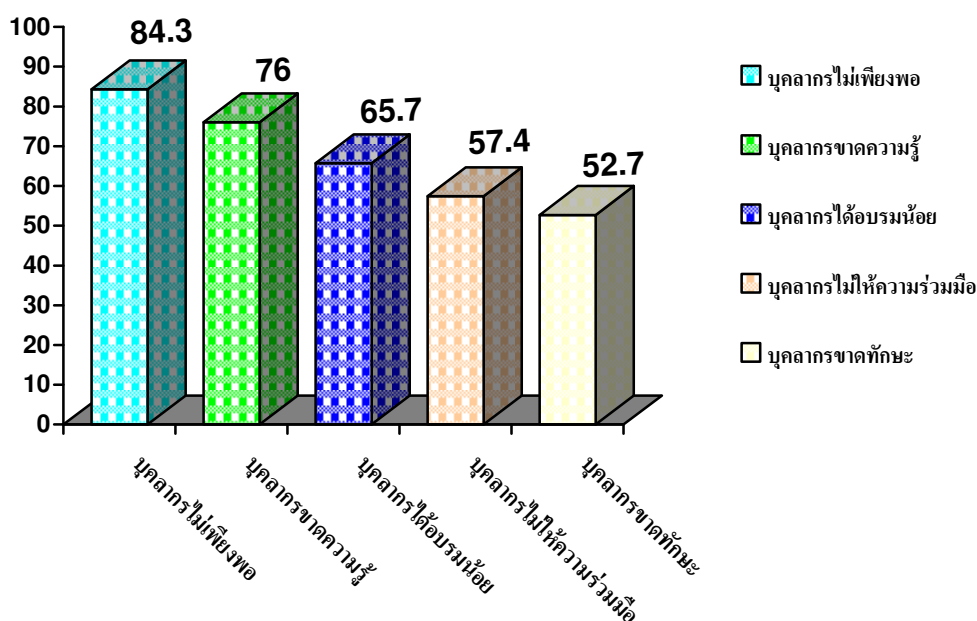
ตาราง 6 พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์คุณภาพข้อมูล ส่วนการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว และการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .166$  และ  $r = .090$ ,  $p < 0.05$ ) จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.085$ ,  $p < 0.05$ ) เมื่อพิจารณาปัจจัยกับคุณภาพข้อมูลในรายด้าน (ด้านความครบถ้วน ด้านความถูกต้อง และด้านความทันสมัย) พบว่า การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว และการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันสมัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .162$ ,  $.160$ ,

.169, .085, .088 และ .094,  $p < 0.05$ ) ตามลำดับ และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลด้านความครบถ้วนและความทันสมัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.086$  และ  $-.085, p < 0.05$ )

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

ภาพประกอบ 3

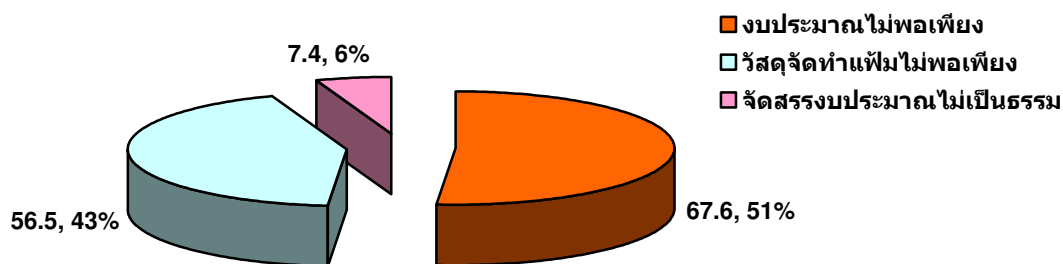
แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำแนกตามด้านบุคลากร ( $N = 108$ )



จากภาพประกอบ 3 พบว่า ปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวด้านบุคลากรที่ถูกระบุจำนวนมากที่สุด คือ บุคลากรไม่พอเพียง (ขาดบุคลากร 1-3 คน) ร้อยละ 84.30 รองลงมา ระบุว่าบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 76.00 บุคลากรได้อบรมเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวน้อย ร้อยละ 65.70 บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 57.40 และเห็นว่าบุคลากรขาดทักษะและประสบการณ์ในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 52.70

ภาพประกอบ 4

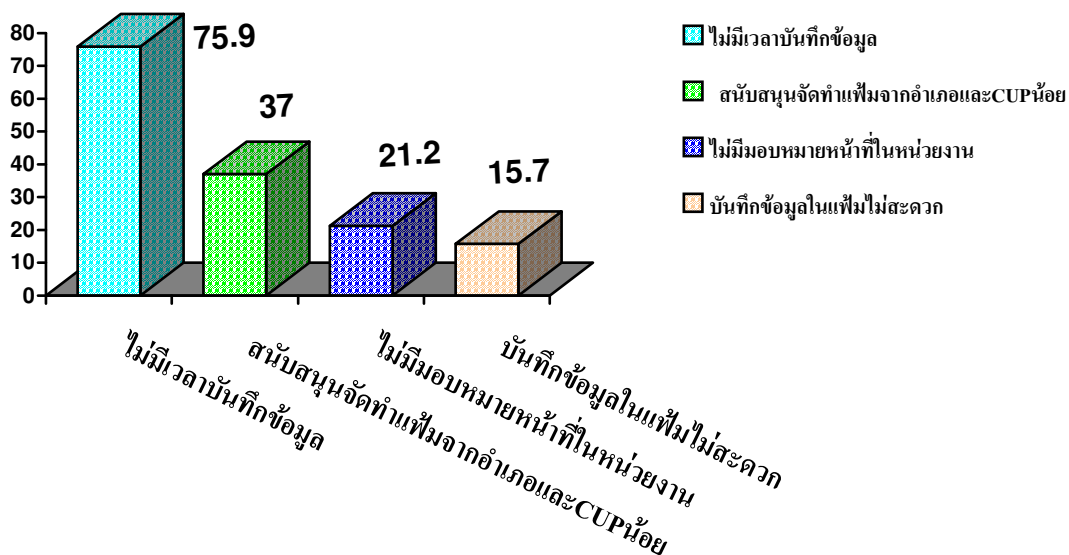
แผนภูมิวงแสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว  
จำแนกตามด้านงบประมาณ วัสดุและอุปกรณ์ (N = 108)



จากภาพประกอบ 4 พบว่า ปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวด้านงบประมาณ วัสดุและอุปกรณ์ ที่ถูกระบุจำนวนมากที่สุด คือ งบประมาณไม่พอเพียง (งบที่ต้องการเพิ่ม 20,000 บาทขึ้นไป) ร้อยละ 67.60 รองลงมาระบุว่า วัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวไม่พอเพียง ร้อยละ 56.50 และอุปสรรคที่มีผู้แสดงความคิดเห็นจำนวนน้อยที่สุด คือ การจัดสรรงบประมาณไม่เป็นธรรม ร้อยละ 7.40

ภาพประกอบ 5

แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว  
จำแนกตามด้านการบริหารจัดการ (N = 108)





จากภาพประกอบ 5 พบว่าปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวด้านการบริหารจัดการ ที่ถูกระบุจำนวนมากที่สุด คือ ไม่มีเวลาในการบันทึกข้อมูล ร้อยละ 75.90 รองลงมา การสนับสนุนการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวจากอำเภอและ CUP น้อย ร้อยละ 37.00 ไม่มีกรมอบหมายหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 21.20 อุปสรรคที่ระบุจำนวนน้อยที่สุด คือ การบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวไม่สะดวก ร้อยละ 15.70

### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพข้อมูล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล และปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่าง คือ แฟ้มสุขภาพครอบครัวในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 540 แฟ้ม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำนวน 108 คน ใช้วิธีการศึกษาเชิงบรรยาย จากผลการวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอนำมาอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

#### 1. ระดับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ระดับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 38.40$ , S.D. = 8.46) และในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความทันสมัย ด้านความถูกต้อง และด้านความครบถ้วนอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน แสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีการดำเนินการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวในพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบได้ในระดับหนึ่งซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (60.30% อยู่ในวัย 31 ปีขึ้นไป) ซึ่งผู้ที่อยู่ในวัยนี้จะมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน (Benner, 1984) และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ซึ่งตามแนวคิดของเบ็นเนอร์ (Benner, 1984) พยาบาลวิชาชีพที่อายุการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป จัดว่าเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ (experienced nurse) ซึ่งมีความสามารถในการปฏิบัติงานที่เชี่ยวชาญขึ้น มีความรับผิดชอบมากขึ้นรวมทั้งมีการใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหาและกระบวนการทำงานต่างๆ แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 54.60 ไม่เคยได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวจึงอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถดำเนินการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ (ครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย) ตามที่ควรเป็น นอกจากนี้ระบบการมอบหมายงานตลอดจน โครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจมีส่วนทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้คุณภาพได้ เนื่องจากหน่วยปฐมภูมิหนึ่งๆ ซึ่งมีบุคลากรจำนวน 1 คน ต้องรับผิดชอบประชาชน

ถึง 460 ครอบครัว ประกอบกับมีภาระที่มอบหมายเร่งด่วนที่จะต้องนำเสนอผู้บริหารของจังหวัด มีการประชุมย่อย ร้อยละ 48.10 ทั้งที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่รับผิดชอบ งานรักษาพยาบาล ร้อยละ 59.30 ซึ่งมีการการตรวจรักษาโรคที่หน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละวันมาก กล่าวคือ มีผู้ที่มารับบริการตรวจรักษาโรคเฉลี่ย จำนวน 60 ราย ต่อวัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2549) บุคลากรที่มีอยู่จึงไม่สามารถดำเนินการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวได้เต็มที่ ดังที่มีการระบุอุปสรรคหนึ่งของการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวคือบุคลากรไม่พอเพียงและ ไม่มีเวลาในการบันทึกข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล ยังจะต้องปรับปรุงกระบวนการการบันทึกเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่มีคุณภาพมีข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวครบทุกส่วนสามารถนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์เป็นภาพรวมบ่งชี้สถานะสุขภาพครอบครัว และรวมเป็นภาพของชุมชนที่รับผิดชอบได้ (อุทัยวรรณ, 2548) รวมทั้งเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งของมาตรฐานการบริการปฐมภูมิของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2547) และกองการพยาบาล (2545) ก็คาดหวังให้มีเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่ มีการบันทึกไว้มีความครบถ้วน ความถูกต้อง และทันสมัยเสมอ เหมาะกับการใช้งาน (ศิริพร, 2539; อรพรรณ, 2543)

เมื่อแยกวิเคราะห์ตามส่วนของเพิ่มสุขภาพครอบครัว พบว่า ส่วนที่ไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน และส่วนที่ 7 บัตรสรุปสถานะสุขภาพ เนื่องจากรายละเอียดและองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัวมีมากและองค์ประกอบและบัตรบางอย่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังไม่เน้นให้มีการจัดทำ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ดำเนินการจัดทำในบางส่วน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางส่วนยังไม่ทราบว่าองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัวประกอบไปด้วยข้อมูลชนิดใด และเนื่องจากทั้งห้าส่วนนี้ข้อมูลที่จัดทำได้มาจากการออกติดตามเยี่ยมครอบครัวในหมู่บ้านซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมียังขาดปัจจัยสนับสนุนในส่วนของเบาะเตียง ยานพาหนะ น้ำมันเชื้อเพลิง เป็นต้น ดังที่มีการระบุอุปสรรคของการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว คือ การสนับสนุนการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวในระดับอำเภอและหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) น้อย โดยเฉพาะด้านงบประมาณวัสดุและอุปกรณ์เกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวไม่เพียงพอ คือ งบประมาณไม่พอเพียง (งบที่ต้องการเพิ่มเติม 20,000 บาทขึ้นไป) ร้อยละ 67.60 และวัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวไม่พอเพียง ร้อยละ 56.50 จึงอาจเป็นเหตุทำให้ขาดแรงจูงใจในการดำเนินการเชิงรุก อันมีผลทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพได้ นอกจากนี้การที่มีงบประมาณที่ไม่เพียงพออาจมีผลทำให้ผู้บริหารไม่สามารถจัดหาทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวได้เพียงพอ

ส่วนที่มีคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวมีเพียง 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว และส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล ผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ข้อมูลส่วนนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดทำได้ง่ายไม่มีความซับซ้อน และเนื่องจากการนิเทศงานระดับจังหวัดจะเน้นทั้งสามส่วนนี้มากกว่าส่วนอื่น ประกอบกับข้อมูลส่วนนี้เกี่ยวข้องกับงบประมาณที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะได้รับ ตามระเบียบจะมีการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายหัวของประชากรที่ลงทะเบียน ดังนั้นในแต่ละหน่วยบริการมีข้อมูลส่วนนี้อยู่แล้ว จึงสามารถนำข้อมูลมาบันทึกในแฟ้มสุขภาพครอบครัวได้เลยโดยไม่ต้องออกไปเยี่ยมบ้าน ผลการวิเคราะห์ส่วนอื่นของแฟ้มสุขภาพครอบครัวก็เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่รวบรวมและบันทึกในแฟ้มสุขภาพครอบครัวเป็นข้อมูลที่ต้องรวบรวมและบันทึกจากจุดบริการ เช่น บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล ผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ เป็นต้น รายการเหล่านี้สามารถบันทึกได้เมื่อประชาชนมาใช้บริการที่สถานบริการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นภาพการปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังเน้นในการบริการเชิงรับในสถานบริการมากกว่าเชิงรุกออกไปพบประชาชนตามบ้าน สถานการณ์เช่นนี้สอดคล้องกับรายงานการประเมินผลการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดสระบุรีของรวิวรรณ, ถนอมวงษ์, และศิริวรรณ (2545) ที่พบว่าการจัดบริการส่วนใหญ่ยังเป็นให้บริการเชิงรับ ซึ่งการจัดบริการแบบเชิงรับนี้เป็นการให้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังของประชาชนในการได้รับการรักษา การที่ต้องจัดบริการในเชิงรับในปริมาณที่มากทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิจาจัดแผนปฏิบัติงานในเชิงรุกในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชินดา (2544) ที่พบว่า การเยี่ยมประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีระยะเวลาน้อยกว่ามาตรฐานที่กำหนด การประชุมชี้แจงในที่ประชุมองค์กรท้องถิ่น และการทำประชาคมยังมีน้อย การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนระดับบุคคลและครอบครัว ในการดูแลสุขภาพพื้นฐานและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยมีการปฏิบัติน้อย

จากการที่หน่วยบริการปฐมภูมิปฏิบัติงานในเชิงรุกน้อยเช่นนี้ โอกาสที่จะออกไปเยี่ยมตามครอบครัวเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวมีน้อย จึงเป็นเหตุที่ทำให้มีการบันทึกข้อมูลในส่วนข้อมูลผังเครือญาติ แผนที่ครอบครัว บัตรสรุปการเจ็บป่วย บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน และบัตรสรุปสภาวะสุขภาพน้อยไปด้วย ทั้งนี้ในการรวบรวมข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวในครั้งแรก เจ้าหน้าที่จะต้องออกไปสำรวจในพื้นที่จริงแต่ด้วยมีอุปสรรคมีข้อจำกัดในด้านเวลา และมีจำนวนบุคลากรน้อย รวมทั้งมีการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในเชิงรับ จึงทำให้แฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษาไม่มีคุณภาพตามที่ควรจะเป็นได้

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

1. การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว จากผลการศึกษา พบว่า การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพข้อมูล สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพข้อมูล สอดคล้องกับแนวคิดของเดลลอนน์ (Delone, 1992) และแฮนเดอตัน (Henderson, 1976) ที่ว่าการใช้ข้อมูลสารสนเทศ หรือการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารมีผลต่อคุณภาพข้อมูล กล่าวคือ ถ้ามีการใช้ข้อมูลสารสนเทศหรือประโยชน์จากข้อมูลน้อยจะทำให้ข้อมูลไม่มีคุณภาพจะเห็นได้ว่าข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการใช้ข้อมูลข่าวสารน้อย (under-utilization) แต่จากการศึกษา พบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อแฟ้มสุขภาพครอบครัวกับคุณภาพข้อมูลมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก เนื่องจากระดับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และในแต่ละด้าน พบว่าด้านความทันสมัย ด้านความถูกต้อง และด้านความครบถ้วนอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน และยังพบว่าที่ไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 และไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ ร้อยละ 90.70 ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว ร้อยละ 85.90 ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย ร้อยละ 72.80 ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 65.90 และส่วนที่ 7 บัตรสรุปสภาวะสุขภาพ ร้อยละ 55.00 ในส่วนของการใช้อแฟ้มสุขภาพครอบครัว จากการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีการใช้อแฟ้มสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.60 และมีการใช้อแฟ้มสุขภาพครอบครัวเป็นนานๆครั้ง ในเรื่องการใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนกิจกรรมในชุมชนร้อยละ 47.20 และมีการใช้อแฟ้มสุขภาพครอบครัวเป็นนานๆครั้งในเรื่องการบันทึกข้อมูลสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัวครบถ้วนทุกรายการ เช่น ข้อมูลน้ำ ส้วม ร้อยละ 63.00 (ภาคผนวก ช)

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า คะแนนคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวโดยรวมและในแต่ละด้านไม่แตกต่างกันหรือไม่ห่างกันมากนักซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 38.58$ ,  $\bar{X} = 38.31$ , และ  $\bar{X} = 38.30$  ตามลำดับ)และไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการใช้อแฟ้มสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำซึ่งไม่แตกต่างกันและอยู่เป็นกลุ่มเดียวกัน และการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านการรวบรวมข้อมูลเนื่องจากข้อมูลที่รวบรวมได้มีหลายขั้นตอนทำให้ข้อมูลถูกลดค่าเปลี่ยนไปเรื่อยๆค่าคะแนนมีการกระจายตัวไม่ดีและมีการปรับเปลี่ยนเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการหาค่าความสัมพันธ์ จากข้อมูลดังกล่าวนี้ จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว อธิบายได้ว่า เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการใช้อแฟ้มสุขภาพครอบครัวเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มที่แฟ้มสุขภาพครอบครัวมีคุณภาพเพิ่มขึ้นน้อยมาก

แม้ว่าการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูล แต่จากการศึกษา พบว่า ระดับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่ไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน และส่วนที่ 7 บัตรสรุปสถานะสุขภาพ ซึ่งข้อมูลทั้ง 5 ส่วนนี้ มีความสำคัญต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพทั้งเชิงรุก เชิงรับ ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างตรงกับความ เป็นจริง ตรงกับปัญหาและความต้องการ และจากแนวคิดคุณภาพข้อมูล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังพบว่า การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวมีผลต่อคุณภาพข้อมูล

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งจะต้องจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ คือ มีความครอบคลุมครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย เพื่อขอรับการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานบริการ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องนำแฟ้มสุขภาพครอบครัวมาใช้ประโยชน์ให้มากขึ้นเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องในเขตรับผิดชอบ โดยมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี หญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอด และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และใช้ประโยชน์ในการจัดเก็บข้อมูล การวางแผน การสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตรและคณะ (2545) กล่าวว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความจำเป็นต้องใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวในการให้บริการประชาชน โดยเฉพาะงานสร้างสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อประเมินการดูแลตนเองและให้คำแนะนำหรือให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินงานเหล่านี้ต้องอาศัยข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม ผสมผสานตามบทบาทของศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของแทน และคลิเมส (Tan & Klimach, 2004) ที่ศึกษาเรื่องแฟ้มรายงานสุขภาพสำหรับประชาชนในกลุ่มวัยเยาว์ที่พิการเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองสู่วัยผู้ใหญ่ พบว่า การใช้แฟ้มรายงานสุขภาพมีคุณค่ามีประโยชน์และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มรายงานสุขภาพ และการศึกษาของกรี โกรี, ลอนนีย์และแดเนล (Gregory, Lonny, & Daniel, 2006) ที่ศึกษาการตรวจระบบ:ผลกระทบเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพจากข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ พบว่า การใช้ประโยชน์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพการมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพข้อมูลทางการบริการสุขภาพ ดังนั้นผู้บริหารควรกำหนดนโยบายให้มีการมอบหมายงานและปฏิบัติงานแบบบูรณาการ รวมทั้งการแบ่งโซนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ละคนมีพื้นที่ที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและมีการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่มีคุณภาพครบทุกหลังคาเรือน มีการสรุปเป็นภาพรวมและจัดเวทีให้นำเสนอ

และนำผลการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวมาประกอบการพิจารณาความดีความชอบประจำปี รวมทั้งกำหนดให้มีการติดตามผลการดำเนินงานและนิเทศงานทุก 3 เดือน

2. การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว จากผลการศึกษา พบว่าการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพข้อมูล สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพข้อมูล สอดคล้องกับแนวคิดของเดลอนน์ (Delone, 1992) และแฮนเคอสัน (Henderson, 1976) ที่ว่าผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ใช้สารสนเทศจะต้องได้รับการอบรม ระบบงานบริการสาธารณสุข รู้แหล่งที่มาของข้อมูล รู้วิธีประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของข้อมูลและความสำเร็จของระบบสารสนเทศ แต่จากการศึกษาพบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอบรมกับคุณภาพภาพข้อมูลมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก เนื่องจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 54.60 รองลงมา เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 29.60 และมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 15.70 และในส่วนเพิ่มสุขภาพครอบครัว พบว่า ระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำและในแต่ด้าน พบว่า ด้านความทันสมัย ด้านความถูกต้อง และด้านความครบถ้วนอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน และยังพบว่าที่ไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 และไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ ร้อยละ 90.70 ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว ร้อยละ 85.90 ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย ร้อยละ 72.80 ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 65.90 และส่วนที่ 7 บัตรสรุปสถานะสุขภาพ ร้อยละ 55.00

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวซึ่งไม่แตกต่างกันและอยู่เป็นกลุ่มเดียวกัน รวมทั้งคะแนนคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวโดยรวมและในแต่ละด้านไม่แตกต่างกันหรือไม่ห่างกันมากนักซึ่งอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูลเนื่องจากข้อมูลที่รวบรวมได้มีหลายขั้นตอนทำให้ข้อมูลถูกลดค่าเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ค่าคะแนนมีการกระจายตัวไม่ดี และมีการปรับเปลี่ยนเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการหาค่าความสัมพันธ์ จากข้อมูลดังกล่าวนี้ จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว อธิบายได้ว่า เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการอบรมเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มที่เพิ่มสุขภาพครอบครัวมีคุณภาพเพิ่มขึ้นน้อยมาก

แม้ว่าการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูล แต่ พบว่าระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่ไม่มีคุณภาพมากที่สุดถึง 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน และส่วนที่ 7 บัตรสรุปสถานะสุขภาพ ซึ่งข้อมูลทั้ง 5 ส่วนนี้ มีความสำคัญต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิ และจากแนวคิดคุณภาพข้อมูลและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องพบว่า การได้รับการอบรมมีผลต่อคุณภาพข้อมูล ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การได้รับการอบรมเป็นการพัฒนาความรู้ และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ ความรู้และทักษะของผู้จัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ อันจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานอันจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพสูงขึ้น และจะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพของบุคคลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพอันจะส่งผลโดยตรงไปยังผลงานของหน่วยงาน (วิจิตร, 2540; ชูชัย, 2542; จงกลณี, 2542) จึงควรสนับสนุนและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวอย่างต่อเนื่องครบทุกคน เพื่อพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว ทำให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลและสามารถลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพเกิดความครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย ครอบคลุมองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัวทั้ง 8 ส่วนยิ่งขึ้น โดยไม่ต้องกังวลว่าลงบันทึกข้อมูลถูกต้องหรือผิดพลาด สอดคล้องกับการศึกษาของของรัตนา (2548) ที่ศึกษาการพัฒนาการจัดทำแฟ้มครอบครัวของสถานีอนามัยวิหารขาว อำเภอนาทอง จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า การอบรมและฝึกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการมีแฟ้มครอบครัวที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกครัวเรือน เช่นเดียวกับการศึกษาของเมอร์เรย์ (Murray, 1999) พบว่าการได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพของหน่วยงาน

3. จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ จากผลการศึกษา พบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพข้อมูล สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพข้อมูล สอดคล้องกับแนวคิดของสัญชาติ (2546) ที่ว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพข้อมูลในระดับสถานีอนามัย แต่จากการศึกษา พบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบกับคุณภาพข้อมูล มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก เนื่องจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่า 10 งาน ร้อยละ 49.10 รองลงมาคือ 5-10 งาน ร้อยละ 32.40 และต่ำกว่า 5 งาน ร้อยละ 18.50 มีลักษณะงานที่รับผิดชอบมากที่สุด คือ งานรักษาพยาบาล ร้อยละ 59.30 รองลงมาคือ งานประชุม/ไปราชการต่างๆ ร้อยละ 48.10 และในส่วนแฟ้มสุขภาพครอบครัว พบว่า ระดับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ ร้อยละ 90.70 ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว ร้อยละ 85.90 ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย ร้อยละ 72.80 ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 65.90 และส่วนที่ 7 บัตรสรุปสภาวะสุขภาพ ร้อยละ 55.00

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานที่รับผิดชอบเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันและไม่แตกต่างกันมากนัก รวมทั้งคะแนนคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว

โดยรวมและในแต่ละด้าน ไม่แตกต่างกันซึ่งอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้าน การรวบรวมข้อมูลเนื่องจากข้อมูลที่รวบรวมได้มีหลายขั้นตอนทำให้ข้อมูลถูกลดค่าเปลี่ยนไปเรื่อยๆค่าคะแนนมีการกระจายตัวไม่ดีและมีการปรับเปลี่ยนเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการหาค่า ความสัมพันธ์ จากข้อมูลดังกล่าวนี้ จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้ พบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว อธิบายได้ว่า เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มที่แฟ้มสุขภาพครอบครัวมีคุณภาพเพิ่มขึ้นน้อยมาก

แต่จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า จำนวนภาระงานที่ รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และจากการศึกษาของ เดลลอนน์ (Delone, 1992) พบว่า ปริมาณงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลและ ความสำเร็จของระบบสารสนเทศสาธารณสุขระดับสถานีอนามัย เช่นเดียวกับการศึกษาของและ การศึกษาของสัญญาติ (2546) ที่ศึกษาความถูกต้องของข้อมูลจากการจัดทำรายงานสรุปกิจกรรม สำคัญของสถานบริการสุขภาพ พบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ข้อมูลในแฟ้มข้อมูลสุขภาพ การศึกษาของมโน (2549) พบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมี ความสัมพันธ์กับคุณภาพของรายงานข้อมูลการให้บริการสุขภาพตามระบบการตรวจราชการแบบ อิเล็กทรอนิกส์ของสถานีอนามัยการศึกษา

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบในเชิงแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องมีผลต่อคุณภาพข้อมูล แม้ว่าการศึกษานี้ จะพบว่า จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว แต่การดำเนินการ จัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดเก็บรวบรวม และบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวตามองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว 8 องค์ประกอบตามมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีการสำรวจชุมชนและครอบครัวด้วยการ ลงบันทึกข้อมูลในส่วนต่างๆได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ประจำครอบครัว แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ และบัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน และในส่วนการบันทึกลงทะเบียนคัดกรองผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐม เจ้าหน้าสาธารณสุข จะลงบันทึกข้อมูลโดยใช้บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการ ให้บริการการรักษาที่สถานบริการ บัตรสรุปภาวะสุขภาพ และบัตรสรุปการเจ็บป่วย ซึ่งต้องลง บันทึกทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ และบันทึกประวัติผู้ป่วยมาตามนัดหรือไม่มาตามนัดของการ ให้บริการ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ดังนั้น ควรมีบุคคลทดแทน ในการบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ได้แก่ ลูกจ้างที่มีหน้าที่บันทึกข้อมูลโดยตรง หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นคนในพื้นที่ มีส่วนช่วยเหลือออกเยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลในแฟ้ม สุขภาพครอบครัว โดยให้สำรวจเรียนรู้เฉพาะเครื่องมือบางชนิดได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกใน



ครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว แผนที่ครอบครัว ผังเครือญาติ และส่วนที่เหลือเจ้าหน้าที่ก็อาจออกไปติดตามเก็บข้อมูลเพิ่มเติมโดยการผสมผสานไปกับงานอื่นๆ และนอกจากนี้การที่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ความร่วมมือในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว มีระบบการมอบหมายหน้าที่ในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวไว้อย่างชัดเจน จะส่งผลให้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในส่วนที่ขาดคุณภาพทั้ง 8 ส่วนมีความครบถ้วนและความทันสมัยมากขึ้น

4. ความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว จากผลการศึกษา พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของเดลลอนน์ (Delone, 1992) และแฮนเดอสัน (Henderson, 1976) ที่ว่า การที่เจ้าหน้าที่มีความรู้ในสาขาที่เกี่ยวข้องกับงานและเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการกระบวนการสร้างสารสนเทศให้มีคุณภาพ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล เนื่องจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.50 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรกคือ ข้อที่ไม่ใช่ประโยชน์ของผังเครือญาติคือ ช่วยในการสรุปประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญของบุคคล ตอบถูก ร้อยละ 18.50 รองลงมาคือ บัตรที่ใช้ประโยชน์เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาสุขภาพของครอบครัว คือ บัตรสรุปการเจ็บป่วย ตอบถูก ร้อยละ 27.80 และประโยชน์ของบัตรบันทึก สภาวะสุขภาพ คือ ใช้สำหรับบันทึกการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ตอบถูก ร้อยละ 39.80 (ภาคผนวก ข) สอดคล้องการศึกษานำร่องจากการวิเคราะห์เพิ่มสุขภาพครอบครัวของจังหวัดสตูล พบปัญหา เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ และองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัว และนอกจากนี้ในส่วนเพิ่มสุขภาพครอบครัว พบว่า ระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำและในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความทันสมัย ด้านความถูกต้อง และด้านความครบถ้วนอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน และพบว่าที่ไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 และไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ ร้อยละ 90.70 ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว ร้อยละ 85.90 ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย ร้อยละ 72.80 ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 65.90 และส่วนที่ 7 บัตรสรุปสภาวะสุขภาพ ร้อยละ 55.00

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำซึ่งมีความรู้ไม่แตกต่างกันและคะแนนความรู้ใกล้เคียงกัน รวมทั้งคะแนนคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวโดยรวมและในแต่ละด้านก็ไม่แตกต่างกันซึ่งอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านเครื่องมืออาจยังขาดความรู้เกี่ยวกับประเด็นของการเก็บรวบรวมข้อมูล จากข้อมูลดังกล่าวนี้ จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาขาดความต่อเนื่องผสมผสานในการปฏิบัติงานและเมื่อได้มีการประกาศเป็นนโยบายของผู้บริหารของจังหวัดเอง จึงได้มีการดำเนินการที่ต้องเร่งรัดให้เกิดการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นแต่ขาดการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพอย่างเป็นระบบในทุกระดับ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 54.60 และนอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่า 10 งาน ร้อยละ 49.10 ลักษณะงานที่รับผิดชอบมากที่สุด คือ งานรักษาพยาบาล ร้อยละ 59.30 รองลงมา คือ งานประชุม/สัมมนา/ไปราชการต่างๆ ร้อยละ 48.10 จึงไม่มีเวลาทบทวนศึกษาคู่มือ การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวมากนัก ส่งผลให้ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล ดังนั้น บุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัวในเรื่อง ประโยชน์ และองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัว (Tan & Klimach, 2004; ฌฐพร, 2548) และจัดให้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการให้ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌฐพร (2548) ที่ศึกษาการประเมินผลคุณภาพข้อมูลเพื่อสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลเพื่อสุขภาพของ ศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดนครราชสีมา (2546) ที่ได้มีการฝึกอบรมจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวและได้บรรจุไว้ในหลักสูตรสาธารณสุข ครอบครัวระยะสั้น พบว่า การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัวมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการทำให้ข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวมีความครบถ้วน ถูกต้องและข้อมูลมีความทันสมัยมากขึ้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสเตอร์ (Stair, 1995) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลและความสำเร็จของระบบสารสนเทศสาธารณสุขระดับสถานีอนามัย เช่นเดียวการศึกษาของมาวิน (2543) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการฐานข้อมูลสุขภาพ และเพิ่มสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของฐานข้อมูลสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรชนก (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลกับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาล พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบันทึกการพยาบาลของพยาบาล

### 3. ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่ถูกระบุจำนวนมากที่สุด คือ การที่มีบุคลากรไม่พอเพียง (ขาดบุคลากร 1-3 คน) ร้อยละ 84.30 และไม่มีเวลาในการบันทึกข้อมูลร้อยละ 75.90 เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ยอยู่ที่ 3.80 คนต่อหน่วย ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยเมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กระทรวงสาธารณสุข (2542) กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิมียังมีจำนวนบุคลากรได้ 5 อัตรา ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขหรือหัวหน้าสถานอนามัย 1 อัตรา นักวิชาการสาธารณสุข 1 อัตรา เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 อัตรา และ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 อัตราเพื่อปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ด้วยสภาพความเป็นจริงมีแต่กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่บุคลากรไม่พอเพียง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังรับผิดชอบประชากร 460 ครอบครัวต่อหน่วย มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ 1,600 คนต่อบุคลากรสาธารณสุข 1 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2549) ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานของกองการพยาบาล (2545) ที่กำหนดให้มีหน่วยบริการ 1 แห่งรับผิดชอบ 300 ครอบครัว และมาตรฐานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2546) ที่กำหนดให้บุคลากรสุขภาพ 1 คนรับผิดชอบประชากร 1,250 คน ด้วยจำนวนบุคลากรที่มีอยู่น้อยทำให้เจ้าหน้าที่แต่ละคนต้องรับผิดชอบงานหลายงานเพื่อกระจายภาระงานให้ใกล้เคียงกันมากที่สุดจึงต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน ทำให้ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีกำลังคนในการทำงานไม่เพียงพอกับภาระงาน (สมศักดิ์ และคณะ, 2548) ส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีภาระงานที่รับผิดชอบมาก และไม่มีเวลาที่จะการออกไปเยี่ยมบ้านสำรวจข้อมูลหรือปรับปรุงข้อมูลให้มีคุณภาพได้ ซึ่งผลสำรวจที่ได้จากการศึกษานี้ขัดแย้งกับค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบกับคุณภาพข้อมูลมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานที่รับผิดชอบเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันและไม่แตกต่างกันมากนัก รวมทั้งคะแนนคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวโดยรวมและในแต่ละด้านไม่แตกต่างกันซึ่งอยู่ในระดับต่ำจึงทำให้จำนวนภาระงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลน้อยมาก แต่ในเชิงแนวคิดคุณภาพข้อมูลและสภาพความเป็นจริงจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูล

สถานการณ์ความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสตูล สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพงษ์ (2545) ที่ศึกษาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานอนามัยจังหวัดพังงา ซึ่งพบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการจัดบริการปฐมภูมิได้แก่ คัดส่วนของบุคลากรต่อประชากรที่สูงกว่ามาตรฐานและสอดคล้องกับสุพิศตรา (2549) ที่รวบรวมข้อมูลจากการตรวจราชการ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 70 มีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเช่นกัน สถานการณ์ขาดแคลนบุคลากรซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติงานไม่ได้คุณภาพกรณี

สถานการณ์ภาวะขาดแคลนบุคลากรสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ร่วมกับการศึกษาของศิริพงษ์ (2545) สนับสนุนความคิดเห็นของนักวิชาการในด้านการบริหารที่ว่า การที่จะทำงานให้มีคุณภาพที่ดีได้ ต้องมีบุคลากรที่เพียงพอ (นิตยา, 2545) ในภาวะที่ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขเช่นนี้ ผู้บริหาร ควรสนับสนุนการฝึกอบรมการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวแก่อาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละหมู่บ้านเพื่อมีช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการออกไปเยี่ยมบ้านและลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว รวมทั้งการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลในการจ้างลูกจ้างให้มีหน้าที่บันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวโดยตรง อีกทั้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละหน่วย มีส่วนในการวางแผนการทำงานของตนเองในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพโดยให้มีการทำงานเชิงรุกในชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไปทุกวันเพื่อให้มีความต่อเนื่องและเป็นประจำ รวมทั้งการพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนตามผลงานที่ปฏิบัติ

บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 76.00 เนื่องเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 54.60 และมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่า 10 งาน ร้อยละ 49.10 จึงไม่มีเวลาทบทวนศึกษาคู่มือการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวมากนัก และอาจเป็นเพราะแต่เดิมไม่มีการรวบรวมข้อมูลและบันทึกในแฟ้มสุขภาพครอบครัว เมื่อเริ่มนำมาใช้ทำให้เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติงานเกิดความสับสนไม่เข้าใจและไม่สามารถจัดความสัมพันธ์ระหว่างงานเดิมได้ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการบริหารงานบุคคลที่ว่า ความสำเร็จของกิจการงานใด ๆ จะสำเร็จได้ถ้าบุคลากรเข้าใจในวัตถุประสงค์ของงานนั้น (Drucker, 1983 อ้างตาม นิตยา, 2545) ซึ่งผลสำรวจที่ได้จากการศึกษานี้ขัดแย้งกับค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพภาพข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีความรู้ไม่แตกต่างกันและคะแนนความรู้ใกล้เคียงกัน รวมทั้งคะแนนคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวโดยรวมและในแต่ละด้านก็ไม่แตกต่างกันซึ่งอยู่ในระดับต่ำ จึงทำให้ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล แต่ในเชิงแนวคิดคุณภาพข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความรู้มีผลต่อคุณภาพข้อมูล ดังนั้น ควรให้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อใช้เป็นคู่มือหรือแนวทางในการปฏิบัติงานในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ และนอกจากนี้ยังพบปัญหาบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 57.40 เนื่องจากไม่มีการมอบหมายหน้าที่ในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเดิมคิดว่าไม่ใช่งานของตนเอง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของขงยุทธ (2542) ที่พบว่า ขาดการผสมผสานงานบริการเข้ากับระบบงานประจำที่ตั้งอยู่เดิม ไม่มีการมอบหมายหน้าที่ในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ทำให้บุคลากรสุขภาพเดิมคิดว่าไม่ใช่งานของตนเอง บุคลากรสุขภาพมีทัศนคติลบต่อการปฏิบัติงานเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพการทำงานที่เปลี่ยนจากสถานีอนามัยมาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและมีพยาบาลวิชาชีพไปประจำในแต่ละแห่ง

ทำให้ระบบงานเปลี่ยนไปและบุคลากรสุขภาพเดิมเองมีความรู้สึกว่าคุณภาพของตัวเองถูกลดบทบาทลง ถูกก้าว  
 กายงานของตนเองและถูกตรวจสอบตลอดเวลา เกิดการไม่ยอมรับซึ่งกันและกัน ทำให้ขาดแรงจูงใจ  
 ที่จะออกไปสำรวจและจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้สมบูรณ์ได้ และเช่นเดียวกับการศึกษาของ  
 พรทิพย์ (2545) ที่ศึกษาในบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพิจิตร และการศึกษาของชิน  
 ตา(2544) ที่พบว่า การปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิขาดแผนกปฏิบัติงานในเชิงรุก โดยใน  
 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การเยี่ยมประชากรกลุ่มเป้าหมายมีระยะเวลาน้อยกว่ามาตรฐานที่  
 กำหนด การประชุมชี้แจงในการประชุมองค์กรท้องถิ่นและการทำประชาคมยังมีน้อย การให้ความรู้  
 แก่ประชาชนระดับบุคคลและครอบครัวในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย  
 ด้วยปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยมีการปฏิบัติน้อย ที่ทำให้การจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่เป็นการ  
 ทำงานเชิงรุกไม่สมบูรณ์ ดังนั้น ผู้บริหารจะต้องมีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำเพิ่ม  
 สุขภาพครอบครัวในแต่ละพื้นที่ที่รับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน และให้บุคลากรสาธารณสุขในแต่ละ  
 หน่วยบริการปฐมภูมิ มีส่วนในการวางแผนการทำงานของตนเอง โดยให้มีการทำงานเชิงรุกใน  
 ชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไปทุกวันเพื่อให้มีความต่อเนื่องและเป็นประจำตามนโยบายหลักประกัน  
 สุขภาพถ้วนหน้ารวมทั้งการพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนตามผลงานที่ปฏิบัติและเหมาะสมจะทำให้  
 เจ้าหน้าที่ที่มีแรงจูงใจที่จะออกไปสำรวจและจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพได้

อุปสรรคด้านการเงินและงบประมาณ ได้แก่งบประมาณไม่พอเพียง (งบที่ต้องการเพิ่มเติม  
 20,000บาทขึ้นไป) ร้อยละ 67.60 และการจัดสรรงบประมาณไม่เป็นธรรม ร้อยละ 7.40 จัดว่าเป็น  
 อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตาม โครงการหลักประกันสุขภาพ  
 ถ้วนหน้า ระบบการเงินและการคลังเปลี่ยนไปจากเดิม โดยให้มีการจัดแยกงบประมาณไว้ชัดเจนว่า  
 งบใดใช้เพื่อการรักษาหรือส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการใช้งบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาล  
 มากกว่า และอาจขาดการประสานงานกันในช่วงระยะของการเปลี่ยนผ่านของระบบการเงิน  
 การงบประมาณ พงษ์พิสุทธิ์ และคณะ (2546) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงระบบการปฏิบัติงาน  
 โดยโรงพยาบาลทุกระดับทั้งในระดับสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยต้องทำงานประสานกัน  
 อย่างใกล้ชิด และงบประมาณทั้งหมดของการจัดระบบบริการสุขภาพต้องบริหารผ่านโรงพยาบาล  
 ส่วนระบบงานอื่นสายการบังคับบัญชาเหมือนเดิม ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา  
 ส่วนหนึ่งมองเห็นความไม่เป็นธรรมในการบริหารงบประมาณ และอาจทำให้ขาดแรงจูงใจในการ  
 ดำเนินการเชิงรุก อันมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่สามารถจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มี  
 คุณภาพได้ นอกจากนี้การที่มีงบประมาณที่ไม่เพียงพออาจมีผลทำให้ ผู้บริหารไม่สามารถจัดหา  
 ทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวได้เพียงพอ จึงเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา  
 ส่วนหนึ่ง ร้อยละ 56.50 ระบุว่า มีทรัพยากรที่ไม่พอเพียงซึ่งในส่วนของทรัพยากรนี้ หมายถึง  
 ทรัพยากรที่เกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว เช่น ปกเพิ่ม เอกสารที่ใช้บันทึกไม่เพียงพอ  
 รวมทั้งทรัพยากรบุคคลที่จะออกไปจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ดังนั้น ควรเสนอปัญหาอุปสรรค

ในการดำเนินการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้ผู้บริหารและหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) รับทราบ เป็นระยะ โดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณที่ต้องการเพิ่มอย่างน้อย 20,000 บาทขึ้นไป/หน่วยบริการ ปรลุมภูมิ เช่น เบี้ยเลี้ยง ค่าตอบแทน ยานพาหนะอย่างเพียงพอ วัสดุอุปกรณ์ เช่น ปกแฟ้ม แผ่นเอกสารภายในแฟ้ม โดยเฉพาะแบบฟอร์มที่เหมือนกันเป็นรูปแบบเดียวกันทุกหน่วยบริการ ปรลุมภูมิ ตลอดจนการขอสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล เช่น งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับตำบล 37.50 ในด้านส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู เพื่อการแก้ไขปัญหาให้สามารถดำเนินการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว และปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่าง คือ แฟ้มสุขภาพครอบครัวในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 540 แฟ้มและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำนวน 108 คน เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน คือ แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลและแบบสอบถาม แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลซึ่งจะใช้ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัย และแบบสอบถาม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ และปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93 และแบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล เท่ากับ 0.98 และหาค่าความเที่ยงแบบสอบถามความรู้ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.85 และหาค่าความเที่ยงแบบสอบถามการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวด้วยวิธีของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

## สรุปผลการวิจัย

## ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.00 มีอายุเฉลี่ย 35.70 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 88.90 สถานภาพสมรสแต่งงานแล้วอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 83.30 ตำแหน่งหน้าที่ส่วนใหญ่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 43.50 มีอายุราชการเฉลี่ย 13.90 ปี ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการจัดทำเพิ่มครอบครัว ร้อยละ 54.6 และนอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิมีและใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 100

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบจำนวนหลังคาเรือนเฉลี่ย 460.60 หลังคาเรือน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ มากกว่า 10 งาน ร้อยละ 49.10 มีลักษณะงานที่รับผิดชอบมากที่สุด คือ งานรักษาพยาบาล ร้อยละ 59.30 ส่วนลักษณะงานที่รับผิดชอบน้อยที่สุด คือ งานบริหารทั่วไป ร้อยละ 16.70

## ระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 38.40$ , S.D. = 8.46) และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความทันสมัย ด้านความถูกต้องและด้านความครบถ้วนอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 38.58$ , S.D. = 8.37,  $\bar{X} = 38.31$ , S.D. = 8.61 และ  $\bar{X} = 38.30$ , S.D. = 8.71 ตามลำดับ) และส่วนที่ไม่มีคุณภาพมากที่สุด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ ร้อยละ 90.70 ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว ร้อยละ 85.90 ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย ร้อยละ 72.80 ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 65.90 และส่วนที่ 7 บัตรสรุปสภาวะสุขภาพ ร้อยละ 55.00 ในส่วนที่มีคุณภาพมีเพียง 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการให้บริการรักษาที่สถานบริการ ร้อยละ 95.00 รองลงมา คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 88.10 และส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว ร้อยละ 76.70

เมื่อแยกวิเคราะห์ตามส่วนที่ไม่มีคุณภาพจำแนกตามรายการในส่วนที่ 3, 4, 5 และ 7 พบว่า ส่วนที่ 3 แผนที่รายการที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ไม่มีคุณภาพมากที่สุด ได้แก่ สภาพบ้าน ลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 85.90 ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ รายการที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ไม่มีคุณภาพมี ทั้งหมด 7 รายการ ได้แก่ วาดวงกลมล้อมรอบสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้าน



เดียวกัน ร้อยละ 100 เรียงสมาชิกในครอบครัวตามลำดับจากซ้ายไปขวา ร้อยละ 97.40 ระบุโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 93.10 ระบุสาเหตุการตายของสมาชิกในครอบครัว (ถ้ามี) ร้อยละ 90.70 แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว ร้อยละ 71.90 ระบุสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.90 และ ระบุอายุ 61.30 ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า รายการที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ไม่มีคุณภาพมีทั้งหมด 3 รายการ ได้แก่ ปัญหาด้านจิตสังคม ร้อยละ 72.20 รองลงมา การดูแลเท้า ร้อยละ 61.70 และการรับยาต่อเนื่อง ร้อยละ 57.20 ส่วนที่ 7 บัตรสรุปสภาวะสุขภาพ รายการที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ไม่มีคุณภาพมีทั้งหมด 11 รายการ คือในกลุ่มเด็กอายุ ต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 7 รายการ ได้แก่ การไต่อิน ร้อยละ 86.30 ฟัน/เหงือก ร้อยละ 84.80 นม/อาหาร ร้อยละ 80.90 การมองเห็น ร้อยละ 79.60 เส้นรอบศีรษะ ร้อยละ 55.60 การดูแลทารกหลังคลอด ร้อยละ 53.70 ประวัติการรับวัคซีน ร้อยละ 50.60 ในกลุ่มอายุ 15-60 ปี จำนวน 5 รายการ ได้แก่ การดูแลมารดาหลังคลอด ร้อยละ 65.0 ประวัติการคลอด ร้อยละ 60.40 การตรวจครรภ์ ร้อยละ 57.00 ฟัน/เหงือก ร้อยละ 55.40 และประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (ร้อยละ 53.1)

#### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์คุณภาพข้อมูล ส่วนการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว และการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .166$  และ  $r = .090, p < 0.05$ ) จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์ เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.085, p < 0.05$ ) เมื่อพิจารณาปัจจัยกับคุณภาพข้อมูลในรายด้าน (ด้านความครบถ้วน ด้านความถูกต้อง และด้านความทันสมัย) พบว่า การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวและการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูลด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันสมัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .162, .160, .169, .085, .088$  และ  $.094, p < 0.05$ ) ตามลำดับ และจำนวนภาระงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพข้อมูล ด้านความครบถ้วนและความทันสมัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.086$  และ  $-.085, p < 0.05$ )

## ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่ถูกระบุ  
จำนวนมากที่สุด คือ บุคลากรไม่พอเพียง (ขาดบุคลากร 1-3 คน) ร้อยละ 84.30 รองลงมา ระบุว่า  
บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว ร้อยละ 76.00 ไม่มีเวลาใน  
การบันทึกข้อมูล ร้อยละ 75.90 และงบประมาณไม่เพียงพอ (งบที่ต้องการเพิ่มเติม 20,000 บาทขึ้น  
ไป) ร้อยละ 67.60 อุปสรรคที่มีผู้แสดงความคิดเห็นจำนวนน้อยที่สุด คือ การจัดสรรงบประมาณ  
ไม่เป็นธรรม ร้อยละ 7.40

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ควรมีการอบรมและพัฒนาทักษะการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวแก่  
อาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อมีส่วนช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการออกไป  
เยี่ยมบ้าน และลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว รวมทั้งการติดต่อประสานงานกับองค์กร  
บริหารส่วนตำบลเกี่ยวกับการจ้างลูกจ้างให้มีหน้าที่บันทึกข้อมูลโดยตรง
2. ควรมีแนวทางหรือจัดทำคู่มือในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิ เพื่อใช้เป็นแนวทางหรือคู่มือในการปฏิบัติงานในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มี  
คุณภาพ
3. ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละหน่วยมีส่วนในการวางแผนการทำงานของตนเอง  
ในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ โดยให้มีการทำงานเชิงรุกในชุมชนอย่าง  
ค่อยเป็นค่อยไปทุกวันเพื่อให้มีความต่อเนื่องและเป็นประจำรวมทั้งการพิจารณาจ่ายค่าตอบแทน  
ตามผลงานที่ปฏิบัติ
4. ควรเสนอปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้ผู้บริหารและ  
หน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) รับทราบเป็นระยะ โดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณที่ต้องการเพิ่มอย่าง  
น้อย 20,000 บาทขึ้นไป/หน่วย ค่าเบี้ยเลี้ยง ยานพาหนะ น้ำมันเชื้อเพลิง และวัสดุอุปกรณ์ เช่น  
ปกแฟ้ม แผ่นเอกสารภายในแฟ้ม โดยเฉพาะแบบฟอร์มที่เป็นรูปแบบเดียวกันทุกหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิ ตลอดจนการขอสนับสนุนจากองค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อการแก้ไขปัญหาให้สามารถ  
ดำเนินการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง
5. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายให้มีการมอบหมายงานและปฏิบัติงานแบบบูรณาการ  
โดยแบ่งโซนความรับผิดชอบให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละคนมีพื้นที่ที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและ

มีการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่มีคุณภาพครบทุกหลังคาเรือน มีการสรุปเป็นภาพรวมและจัดเวทีให้นำเสนอ และนำผลการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวมาประกอบการพิจารณาความดีความชอบประจำปี

6. คณะทำงานพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด ควรกำหนดให้มีการติดตามผลการดำเนินงานและนิเทศงานทุก 3 เดือน

#### *ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป*

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาการดำเนินการในเชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในด้านการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวและผลกระทบของการดำเนินการเชิงรุกนี้กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนอื่น
2. ควรมีการวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพกับกลุ่มที่ไม่มีคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพ

## บรรณานุกรม

- กาญจนา กาญจนสินีรักษ์. (2532). การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการบริหารจัดการระดับมหภาค. กรุงเทพฯ: กองสถิติสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษดา เรืองอารีย์รัตต์. (บรรณาธิการ). (2547). ระบบข้อมูลข่าวสารประสิทธิภาพและความเสมอภาคของสังคม. 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- กองการพยาบาล. (2545). แนวทางการดำเนินงานการพยาบาลครอบครัว. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองการพยาบาล. (2545). แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2545). วิถีชีวิต คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผลและสนุกนันทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็ง, ราตรี ปิ่นแก้ว, และวรัญญา เพ็ชรคง. (2545). วิถีชุมชน. นนทบุรี: ดีไซน์
- โกเมศ ดัฒนิกุล. (2540). ปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำรายงานประจำเดือนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดฉะเชิงเทรา. กรุงเทพมหานคร: ภาคนิพนธ์ปริญญาตรี, มหาวิทยาลัยมิด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2542). การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร. (มปท.)
- จกกลณี ชูติมาเทวินทร์. (2542). การฝึกอบรมเชิงพัฒนา. (Training and Development.) กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2534). สภาพความต้องการและปัญหาในการใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน. กรุงเทพมหานคร: ปริญญานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จิราภรณ์ รักษาแก้ว. (2541). *สารสนเทศเพื่อการจัดการ*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัย  
ธรรมาธิราช.
- ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, วณิดา วิระกุล และอดิสร วงคงเดช. (2534). *ข้อมูลข่าวสารเป็นเส้นทางการ  
พัฒนาสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: ศิริชัยการพิมพ์
- ชินอรส ลีสวัสดิ์. (2545). *การประเมินความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของ  
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ชูชัย สมบัติไกร. (2542). *การฝึกอบรมบุคลากร กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ณัฐพร ไพโรกลาง. (2548). *การประเมินผลคุณภาพข้อมูลจากการจัดทำแฟ้มครอบครัวโดยเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขของศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- ณัฐพันธุ์ เจริญนันท. (2544). *ขอดีกลยุทธ์การบริหารสำหรับองค์กรยุคใหม่. กรุงเทพฯ:  
ด้านสุขภาพการพิมพ์.*
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). *การบริหารการพยาบาล. นนทบุรี: ประชุมการช่าง.*
- นิภาพรรณ สฤกษ์คือภิกษย์. (2546). *การศึกษาคุณภาพข้อมูลการรายงานโรคไข้เลือดออก ภาคกลาง.  
ม.ป.ท.: ม.ป.พ.*
- นารี แซ่อึ้ง. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์สังกัด  
กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น,  
ขอนแก่น.*
- นลินี ช่วยดำรงค์. (2541). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคทาง  
ระบาดวิทยา ระดับสถานีอนามัย จังหวัดสงขลา. กรุงเทพมหานคร: วิทยานิพนธ์  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- บุญทวี นันสติดิษฐ์. (2546). *การใช้เวลาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน  
อำเภออมลาไสย และกิ่งอำเภอม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข  
ศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.*

- บรรชา สรรพโส. (2547). *เกาะประตูดูแลสุขภาพโดยใช้เพิ่มประวัติครอบครัว ปี 2547* กรณีศึกษา  
อำนาจเจริญ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. (บทคัดย่อ). Retrieved April 20,  
2007, from Website: <http://www.geocities.com/amnatphj/r2.htm>.
- ปรีดา แต่อารักษ์. (2545). *ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(โครงการ  
30บาทรักษาทุกโรค)*. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.
- ประดิษฐ์ ฤาเดช. (2542). *ประสิทธิผลการจัดทำข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
(บัญชี 1-10) ใน จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภัตสร ศันสนะพิทยากร. (2541). *ประสิทธิผลการจัดทำรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา  
(รง.506) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์วิทยา  
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประหยัด โครตศรีวงษ์. (2540). *การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการงานวางแผนครอบครัว  
และอนามัยแม่และเด็ก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร  
การพัฒนา. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรากรม วุฒิพงศ์ และคนอื่นๆ. (2532). *การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อ  
การบริหารจัดการในระดับจังหวัด กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุข  
มูลฐาน*
- ปรีชา เจียมพิริยะ. (2543). *การประเมินผลระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์  
ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผ่องศรี วณิชย์สุวงค์. (2537). *สารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรการศึกษา ประมวลสาระ  
ชุดวิชาการบริหารทรัพยากรศึกษาหน่วยที่12*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, กาญจนา เกียรติธนาพันธ์, นันทา อ่วมกุล, บวร งามศิริอุดม, จิราพร  
เกตุปรัชาสวัสดิ์, วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์, และคณะ. (2546). *มุมมองและประสบการณ์สร้าง  
สุขภาพยุค 30 บาท*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก.

- พรชนก ชันชะรุ. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลกับคุณภาพการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรพันธ์ บุญรัตพันธ์. (2540). แนวคิดในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัครสำเนา)
- พัฒนาระบบบริการสาธารณสุข, สำนัก. (2547). คู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คูโรปกรณ์พงษ์. (2536). เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- พิทยา คุณโอภาส. (2544). "คุณภาพ: การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง" วารสารบริหารธุรกิจรังสิต.
- พรทิพ รัตนวิชัย. (2545). กิจกรรมการให้บริการของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพิจิตร. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เมืองมา พิทยะพงษ์. (2538). ความถูกต้องของข้อมูลจากการจัดทำระเบียบรายงานของสถานีอนามัยในจังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2538. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น,ขอนแก่น.
- มโน มณีฉาย. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องของการรายงานข้อมูลการให้บริการสุขภาพตามระบบการตรวจราชการแบบอิเล็กทรอนิกส์ของสถานีอนามัยในจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2549. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มาวิน ทับแสง. (2543). การประเมินเครือข่ายเฝ้าระวังระบาดวิทยา จังหวัดมหาสารคาม ปี 2543. มหาสารคาม.
- รัตนา ตรีสาร. (2548). การพัฒนาการจัดทำแฟ้มครอบครัวของสถานีอนามัยวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.

- รวมพร กำเนิดคง. (2544). ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รวีวรรณ ศิริสมบุรณ์, ถนอมวงษ์ วงษ์สถิตย์ และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. (2545). การประเมินผล การดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 5, 739-751
- เรมวถ นันท์ศุภวัฒน์, รวีวัลย์ วงศ์ลือเกียรติ, อชรี จิตต์ภักดี, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, และกุลวดี มุทุมม. (2546). การบริหารการพยาบาล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- วิจิตร อาวะกุล. (2540). การฝึกอบรม: คู่มือฝึกอบรมและพัฒนาคคล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์. (2538). วิชาสถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย ขอนแก่น
- วิลาวลัย เสนารัตน์, ชมนาด พงนามาตร์, สุสันหา ยิ้มแย้ม, สุจิตนา เทียนสวัสดิ์, ธนารักษ์ สุวรรณ ประพิศ, กรรณิการ์ พงษ์สนิท, พรพรรณ ทวีไพบุรย์กิจ, และคณะ. (2546). การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ สถานีอนามัยขุนคอง จังหวัด เชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีรพัฒน์ แจ็งศิริ. (2540). ปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลและสารสนเทศในสำนักงาน ศึกษาธิการอำเภอ เขตการศึกษา 2. สาขาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วัลลภ บุญริ้ว. (2545). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน สถานีอนามัยระดับตำบล. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. (2539). แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล. (พิมพ์ครั้งที่ 4). สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ศิริเพ็ญ ชื่นประเสริฐ. (2546). คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล: บันทึกทางการพยาบาล. วารสารวิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้า.
- สมคิด บางโม. (2544). เทคนิคการประชุมและการประชุม (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์



- สมชาย บุญมาก. (2543). การรับรู้และทัศนคติต่อบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวคนธ์ แก้วอ่อน และคณะ. (2547). การจัดอัตรากำลังตามภาระงานของกลุ่มงานการพยาบาล March 7, 2005 จาก [http:// 203.157.3.100/research/show](http://203.157.3.100/research/show) .
- สัญญาติ พลมีศักดิ์. (2546). ความถูกต้องของข้อมูลจากการจัดทำ รายงานสรุปกิจกรรมสำคัญของสถานบริการสุขภาพ (0110รง.5) ด้านการรักษาพยาบาล ของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธรปีงบประมาณ 2546. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) กรุงเทพฯ: นนทบุรี.มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ลำเรียง แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. (2545). คู่มือการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน. นครราชสีมา: โชนกเจริญมาร์เก็ตติ้ง.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรม. กองสถิติสาธารณสุข. (2532). รายงานการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการบริหารจัดการ: การศึกษาระดับมหภาค. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2547). ก้าวไปกับการปฏิรูปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: มปป.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล. (2549). สรุปผลการดำเนินงาน ปี 2549. สตูล: มปป.
- สมชาย วีระษา. (2546). การประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. การศึกษาค้นคว้าอิสระ กศ.ม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สมยศ พรหมงาม. (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของข้อมูลเพื่อการบริหารของสำนักงานศึกษาธิการอำเภอ ในเขตการศึกษา 12. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สมศักดิ์ ชูณหรัสมย์, พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช, เมธ โชคชัยชาญ, เสรี หงษ์หยก, นิพิช พิวเวช, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2548). ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันคุณภาพ: ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขนนทบุรี.

- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2545, กันยายน). *พยาบาลชุมชนในระบบสุขภาพใหม่*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2549). หน่วยบริการปฐมภูมิ. สารพันหลักประกันสุขภาพไทย.
- อรทัย เขียวเจริญ และสุกสิทธิ์ พรรณนารุ โนนทัย. (2546). ความพอเพียงของงบประมาณภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดพิษณุโลก. พุทธชินราชเวชสาร.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2543). *ระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการ*. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 12(2), 1-8.
- อรุณ จิรวัดนกุล, บุญศรี ปราบณศักดิ์, สมพนธ์ ทศนิยม, เพ็ญศรี อนันตกุลธนี, อรุณี นิลศรี, เอื้องพร กรองชิต, เฉลิมวุฒิ คุณกันหา, และโชติ เขมฤกษ์อำพล. (2533). รายงานการวิจัย เรื่อง การปรับปรุงคุณภาพข้อมูลโดยการพัฒนาบุคลากรระดับตำบลให้สามารถใช้ข้อมูลจากระบบรายงานในการปฏิบัติงาน. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข
- อำนวยการ เผยแพร่เพียงเพื่อ. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของระบบสารสนเทศสาธารณสุขระดับสถานีอนามัยในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม). สาขาพัฒนาสังคม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุทัยวรรณ สุกิมานิล. (2548). การบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ.
- American Nurses Association. (1994). *The scope of practice for nursing informatics*. Washington, DC: American Nurses Association.
- Benner, P. (1984). From novice to expert: *Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Par: Addison-Wesley, pp. 13-34. Retrieved May 9, 2007, from Website:<http://www.sonoma.edu/users/n/Nolan/n312/benner.htm>.
- Burke, J.G. (1992). *System analysis , design, and implementation*. Boston: Boy&Fraser.
- Carriere, M.P.and other. (2000). "Evaluatio of the SIMI System, and Experimental Computerized Network for the Suveilance of Communicable Diseases in Italy" *European Journal of Epidemiology*.

- DeLone, W.H. (1992). Information System Success: The Quest for the Department Variable. In *Information System Research*. 3 (March 1992)
- Dickson, G.W. (1985). *The Management of Information Systems* Singapore: McGraw - Hill Inc.
- Drucker, P.F. (1967). *The Effective Executive*. New York: Marper & Row.
- Essex, P.A. (1998). "Determinants of Information Center Success". *Journal of Management Information Systems Research*.
- Gregory, S., Lonny, R.&Daniel, H. (2006). *Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care*.
- Handeron, D.A. (1976). Surveillance of Smallpox, *International Jurnal of Epidemiology*.
- Hicks, J.O. (1990). *Information System in Business: an Introduction 2nd ed U.S.A.:* West Publishing Company.
- John, M.L. (1997). *Information management for Health Professions. The Health Information management Series*. New york: Delmar.
- Kahn, M.G. (1995). *The computer – based patient record and Robert Fulghum’s 16 principles.M.D. Computing*.
- Laudon, K.C. & Laudon, P.C. (2004). *Management Information Systems: MANAGING THE DIGITAL FIRM*. New Jersey. Pearson Education.
- Long, H.B. (1989). *Self-directed learning*. Oklahoma: University of Oklahoma.
- Murray. (1999). *Interpreting teacher’s utilization of information technologies: Case studies of four central Ohio secondary social studies*. Thesis (Ph.D.) The Ohio State University.
- Polit, D. F.& Hungler, B. P. (2001). *Essentials of Nursing research: Methods, Appraisal, and Utilization*. (5thed.). Philadelphia: Lippincot.
- Saultz, W. J. (1988). *Family-centered health care In Taylor B R Family Medicine*. Principles and practice. Third edition. Springer-Verlay New york Inc .

- Stair, R.M. (1995). *Principles of Information Systems a managerial approach*. (Second Edition).  
Danver, Massachusetts USA: Boyd & Fraser Publishing Company.
- Tan, M.J. & Klimch, V.J. (2004). "*Portfolio of Health Advice for Young People with Disabilities Transferring to Adult Care.*" *Car. Health and Development*.
- Tozor, G.V. (1994). *Information quality management*. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Triandis, H. C. (1971). *Attitudes and Attitude Change*. New York: Wiley.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L. & Lenz, E.R. (1991). *Measurement in nursing research*.  
Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Weddle and other. (2002). "*The Professional Development Portfolio Process: Set Goals for Credentialing.*"
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. Tokyo: Harper International  
Edition.
- Zorkoczy, P. & Heap, N. (1995). *Information technology: An introduction*. London: Pittman.

## ภาคผนวก ก

### การวิเคราะห์เพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

จังหวัดสตูลมีระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเพิ่มสุขภาพครอบครัว สำหรับจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เริ่มมีขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 เมื่อมีแนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัวเข้ามาในจังหวัดสตูล และจากการดำเนินงาน พบว่า มีการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวร้อยละ 93 ของครัวเรือนในเขตรับผิดชอบ ซึ่งเพิ่มสุขภาพครอบครัวเป็นเครื่องมือที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ทำให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมใช้ในการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงานให้บรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้ สถานบริการส่วนใหญ่ได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว จึงได้มีการปรับเปลี่ยนการจัดการข้อมูลข่าวสารในหลายพื้นที่ อย่างเช่น พื้นที่อำเภอเมือง อำเภอควนโดน อำเภอท่าแพ อำเภอควนกาหลง อำเภอละงู อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง จึงได้มีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในชุมชนที่รับผิดชอบ และพยายามเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ในเพิ่มสุขภาพครอบครัว เพื่อใช้ในการให้บริการที่ตอบสนองการบริการแบบองค์รวมรวมทั้งการพยายามให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลในส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามา เช่น ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน การให้บริการที่บ้านกับข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในสถานบริการที่นอนพักรักษาตัวโดยการบันทึกข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว และมีการปรับระบบข้อมูลภายในเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล รวมทั้งตัดปัญหาการจับเก็บข้อมูลที่ไม่จำเป็นออก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2549)

จากการวิเคราะห์เพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องในพื้นที่อำเภอท่าแพ และอำเภอเมืองที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งแต่ละแห่งมีและใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวสำหรับจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ และได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 แหล่ง คือ เก็บข้อมูลการบันทึกจากเพิ่มสุขภาพครอบครัว จำนวน 20 แฟ้มตามแบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพของข้อมูลโดยคัดเลือกเพิ่มสุขภาพครอบครัวตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ คือ เพิ่มสุขภาพครอบครัว 1 แฟ้มจะต้องประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ 8 ส่วน และต้องมีกลุ่มต่างๆ ในแฟ้มฯ ได้แก่ กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี กลุ่มอายุ 15-60 ปี และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งละ 10 แฟ้ม 2 แห่ง จาก 2 อำเภอจะได้เพิ่มสุขภาพครอบครัวทั้งหมด 20 แฟ้มและเก็บข้อมูลจากผู้บันทึกข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกโดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงทั้งหมด 10 ราย ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 2 ราย ผู้ปฏิบัติงานจำนวน 6 ราย และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 ราย ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดย

วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ซึ่งสรุปรายละเอียดเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว จังหวัดสตูล ได้ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เก็บข้อมูลการบันทึกจากเพิ่มสุขภาพครอบครัว จำนวน 20 เพิ่มตามแบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพของข้อมูลซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

บริบทพื้นที่และข้อมูลทั่วไป

บริบทพื้นที่ที่ศึกษา บริบทพื้นที่ที่ใช้ดำเนินการศึกษา คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่ง ซึ่งมีขนาดใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองและอำเภอท่าแพ จังหวัดสตูลมีการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวสำหรับจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนเหมือนกัน

ข้อมูลทั่วไป คือ มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขเท่ากันประกอบด้วยเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขจำนวน 1 คน ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าสถานีอนามัย นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 2 แห่งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 3 คน มีช่วงอายุระหว่าง 31-52 ปี อายุเฉลี่ย 35.30 ปี ทุกคนจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีกัน มีอายุราชการเฉลี่ย 14 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 9.70 ปี ระยะเวลาในการรับผิดชอบหรือดำเนินงานเพิ่มสุขภาพครอบครัวเฉลี่ย 5.30 ปี ไม่เคยได้รับเงินค่าตอบแทนในการดำเนินงานเพิ่มสุขภาพครอบครัวทั้ง 2 แห่งได้รับความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว จำนวน 2 คนในปี 2545 คือเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข จากการวิเคราะห์เพิ่มสุขภาพครอบครัวจังหวัดสตูล พบว่า ส่วนที่มีการจัดทำข้อมูลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว รองลงมา คือ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว และส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง ด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ และส่วนที่ไม่มีการจัดทำข้อมูลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ รองลงมา คือ ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน และส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว (รายละเอียดดังตาราง 3)

ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลจากผู้บันทึกข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 10 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การให้ความหมายคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว

การให้ความหมายคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว พบว่า ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติให้ความหมายของคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวเหมือนกันคือ คุณภาพข้อมูล ต้องมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน ทันสมัย ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์ได้ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติให้ข้อมูลว่า

“คุณภาพของข้อมูล คือ ข้อมูลนั้นต้องสมบูรณ์ เป็นจริง น่าเชื่อถือ ทันเหตุการณ์ นำไปใช้ประโยชน์ต่างๆได้” (ผู้บริหาร)

“คุณภาพของข้อมูล หมายถึง ข้อมูลที่อยู่ในแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่เป็นข้อมูลที่ ครบถ้วนสมบูรณ์ ถูกต้อง ใช้ได้จริง นำไปใช้ได้ และต้องทันสมัยเป็นปัจจุบัน” (ผู้ปฏิบัติ)

ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขให้ความหมายคุณภาพของข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวในเรื่องของข้อมูลน่าจะดี สมบูรณ์ ใช้งานได้ และต้องเป็นข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง อาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อมูลว่า

“คุณภาพของข้อมูล น่าจะต้องดี สมบูรณ์ ใช้งานได้ และที่สำคัญนั้นต้องเป็นข้อมูลจริงๆในหมู่บ้านเรา (อสม.)

ความสมบูรณ์ ครบถ้วน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ให้ความหมายเหมือนกันว่า ข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่ดีต้องมีเนื้อหา สมบูรณ์ครบถ้วนตามรายละเอียดและสิ่งที่ต้องมีในแฟ้ม ในแฟ้มทั้งหมด เช่น แผนที่ ผังเครือญาติ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ให้ข้อมูลว่า

“ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน คือ ข้อมูลที่มีเนื้อหา รายละเอียด และสิ่งที่ต้องมีในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ครบถ้วน สมบูรณ์ เช่น แผนที่ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม ผังเครือญาติ” (ผู้บริหาร)

“ความสมบูรณ์ ครบถ้วน ของข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว หมายถึง ข้อมูลที่มีรายละเอียดครบถ้วนทุกรายการ ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดขาดหายไป เช่น ผังเครือญาติ แผนที่ ข้อมูลทั่วไป” (ผู้ปฏิบัติ)

ความถูกต้องของข้อมูล ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ให้ความหมายเหมือนกันว่า ข้อมูลที่ดีต้องถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจนเชื่อถือได้ ไม่มีความคลาดเคลื่อน ไม่มีความคิดเห็นของบุคคลรวมอยู่ด้วย ข้อมูลเป็นเท็จจะทำให้การตัดสินใจผิดพลาด ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติให้ข้อมูลว่า

“ข้อมูลที่มีถูกต้องในแฟ้มสุขภาพครอบครัว คือ ข้อมูลที่เป็นจริง ไม่มีคลาดเคลื่อน ถ้าข้อมูลที่เป็นเท็จจะทำให้การตัดสินใจผิดพลาด” (ผู้บริหาร)

“ความถูกต้องของข้อมูล คือ เป็นจริง ชัดเจนเชื่อถือได้ ไม่มีความคิดเห็นของคนอื่นรวมอยู่ด้วย และไม่คลาดเคลื่อน” (ผู้ปฏิบัติ)

ความทันสมัยของข้อมูล ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ให้ความหมายเหมือนกันว่า ข้อมูลนั้นต้องเป็นปัจจุบัน อยู่ในสภาพที่ทันเหตุการณ์(อย่างน้อย 6 เดือน) กับการใช้ประโยชน์ของผู้ใช้ เป็นข้อมูลที่ได้มาอย่างรวดเร็ว พร้อมที่จะนำไปใช้ได้เสมอ ถ้าข้อมูลล่าช้าจะไม่มีประโยชน์ต่อผู้ใช้ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ให้ข้อมูลว่า

“ความทันสมัยของข้อมูล หมายถึง ข้อมูลอยู่ในสภาพทันเหตุการณ์อย่างน้อย 6 เดือน กับการใช้ประโยชน์ของผู้ใช้ ถ้าข้อมูลล่าช้าจะไม่เป็นต่อผู้ใช้” (ผู้บริหาร)

“ความทันสมัยของข้อมูล คือ เป็นปัจจุบัน เป็นข้อมูลได้มาอย่างรวดเร็ว พร้อมนำไปใช้งานได้เสมอ” (ผู้ปฏิบัติ)

จากการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพอยู่ในประเด็นต่างๆดังนี้

ปัญหาในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในมิติของผู้บริหาร และมิติของผู้ปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นเหมือนกันว่าบุคลากรสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ใช้และบันทึกเพิ่มสุขภาพครอบครัวน้อยเนื่องจากลงบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสถานีนามัย และบุคลากรสาธารณสุขมีภาระงานที่รับผิดชอบมากเกินไป จึงไม่สามารถลงบันทึกข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ปัญหาดังนี้

1. ปัญหาบุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัวในเรื่ององค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัวในแต่ละส่วน และประโยชน์ของเพิ่มสุขภาพครอบครัว

ปัญหาบุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว ในมิติของผู้บริหาร และมิติของผู้ปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นเหมือนกันว่าบุคลากรสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัวในเรื่องประโยชน์ของเพิ่มสุขภาพครอบครัว และองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัวทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนดบางรายการได้ และไม่ชัดเจนว่าต้องการให้กรอกข้อมูลอะไร ทำให้ไม่รู้จะใส่อะไร องค์ประกอบและบัตรบางอย่างจังหวัดไม่เน้นให้จัดทำและการดำเนินงานที่ผ่านมาขาดความต่อเนื่องผสมผสานในการปฏิบัติงานและเมื่อได้มีการประกาศเป็นนโยบายของผู้บริหารของจังหวัดเอง จึงได้มีการดำเนินการที่ต้องเร่งรัดให้เกิดการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ขาดการถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นระบบในทุกระดับ จากการให้ข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

“ที่ผ่านมามีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัวในแต่ละดับ ทำให้บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ ในด้านองค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัวว่ามีอะไรบ้างและประโยชน์ของเพิ่มสุขภาพครอบครัว” (ผู้บริหาร)

“บุคลากรในหน่วยงานมีบางคนยังขาดความรู้เรื่อง องค์ประกอบของเพิ่มข้อมูลและประโยชน์ของเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดการข้อมูลบริการอยู่ รู้แต่ว่าหาข้อมูลเพื่อให้มีรายงานส่งมากกว่าทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนดบางรายการได้ และไม่ชัดเจนว่าต้องการให้กรอกข้อมูลอะไร ทำให้ไม่รู้จะใส่อะไร” (ผู้ปฏิบัติ)

“ การปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ประจำในเรื่องการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ส่วนใหญ่ก็ทำไปตามที่เข้าใจเอาเอง องค์ประกอบและบัตรบางอย่างจังหวัดไม่เน้นให้ทำ ก็ให้มีรายงานส่งจังหวัดให้ทัน มีการสำรวจข้อมูลซ้ำทุกปี” (ผู้ปฏิบัติ)



“ที่ผ่านมามีการจัดอบรมด้านการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวแก่นุคลากรสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิละ 1 คน เพียง 2 ครั้งเท่านั้น เมื่อ ปี 2545 หลังจากนั้นไม่มีการจัดอบรมเลย ทำให้บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้ถูกต้อง มีคุณภาพ ไม่เกิดปัญหาการบริการ” (ผู้ปฏิบัติ)

“รับทราบว่าเป็นนโยบายของจังหวัดแต่ไม่เห็นมีการชี้แจงรายละเอียดในด้าน ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่จะนำมาใช้ในการบริการ สาธารณสุขเลย” (ผู้บริหาร)

2. ปัญหาบุคลากรสาธารณสุขไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวอย่างต่อเนื่องในมติของผู้บริหารและมติของผู้ปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นเหมือนกันว่า จังหวัดจัดให้มีการจัดอบรมด้านการใช้โปรแกรมระบบข้อมูลสถานีอนามัยแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน แต่การจัดอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวไม่ต่อเนื่องและไม่ครบทุกคน หน่วยบริการปฐมภูมิละ 1 คน เพียงแค่ 2 ครั้งใน 1 ปี ทำให้บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้ถูกต้อง ต่างคนต่างคิดเอาเอง ไม่แน่ใจว่าจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวถูกต้องหรือไม่ ไม่มีความเข้าใจในสิ่งที่จัดเก็บ ซึ่งปฏิบัติไปตามคำบอกเล่าของคนอื่นโดยไม่ทราบว่าคุณหรือผิดจากการให้ข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

“จังหวัดไม่ได้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ในด้านการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวสำหรับการจัดบริการสุขภาพ และไม่มีหนังสือหรือคู่มือในการปฏิบัติงานด้วย ต่างคนต่างคิดเอาเอง ไม่แน่ใจว่ารู้ถูกต้องหรือไม่ ไม่มีความเข้าใจในสิ่งที่จัดเก็บ ซึ่งปฏิบัติไปตามคำบอกเล่าของคนอื่นโดยไม่ทราบว่าคุณหรือผิด” (ผู้ปฏิบัติ)

“ส่วนใหญ่จังหวัดมีจัดอบรมด้านการใช้โปรแกรม PHIS แต่การจัดอบรมด้านการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้แก่บุคลากรบางส่วนเท่านั้น ไม่ครบทุกคน ” (ผู้บริหาร)

3. ปัญหาการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ในมติของผู้บริหารและมติของผู้ปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นเหมือนกัน กล่าวคือเห็นว่า เจ้าหน้าที่ใช้และบันทึกแฟ้มสุขภาพครอบครัวน้อยเนื่องจากלבบันทึกในโปรแกรมระบบข้อมูลสถานีอนามัย และมีการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวน้อย โดยเฉพาะใช้ในการบันทึกข้อมูลการดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี หญิงตั้งครรภ์ / หลังคลอด และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และ โรคความดัน และนอกจากนี้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งยังไม่ได้ใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวในการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลของประชาชนและชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีจ้างอาสาสมัครสาธารณสุขในการสำรวจข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลพื้นฐาน เช่น สำรวจสมาชิกในครอบครัว และข้อมูลสุขภาพเป็นต้นและนอกจากนี้เจ้าหน้าที่บางท่านไม่ใช้ประโยชน์จากแฟ้มสุขภาพครอบครัว เพราะว่า ไม่รู้จะใช้อย่างไร ไม่ได้เก็บข้อมูล และคิดว่าไม่เกี่ยวข้องกับงานที่รับผิดชอบจากการให้ข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

“เจ้าหน้าที่บางท่านมีการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวน้อย เนื่องจากมีความคิดว่าลงบันทึกในโปรแกรม PHIS ก็พอแล้ว” (ผู้ปฏิบัติ)

“เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพของประชาชนน้อย โดยเฉพาะใช้ในการบันทึกข้อมูลการดูแลสุขภาพเด็ก 0 – 5 ปี หญิงตั้งครรภ์ / หลังคลอดและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดัน ยังบันทึกไม่สมบูรณ์เลย” (ผู้บริหาร)

“เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งยังไม่ค่อยใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวในการการสำรวจและเก็บข้อมูลของประชาชนและชุมชนเลย ส่วนมากจะจ้างอสมในการออกสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เช่น สำรวจสมาชิกในครอบครัว สำรวจข้อมูลสุขภาพ” (ผู้ปฏิบัติ)

“เจ้าหน้าที่บางท่านไม่ใช้ประโยชน์จากแฟ้มสุขภาพครอบครัว เพราะว่า ไม่รู้จะใช้อย่างไร ไม่ได้เก็บข้อมูล และคิดว่าไม่เกี่ยวข้องกับงานที่รับผิดชอบเลย” (ผู้ปฏิบัติ)

4. ปัญหาบุคลากรสาธารณสุขมีภาระงานที่รับผิดชอบมากเกินไป และเจ้าหน้าที่มีน้อย จึงไม่สามารถลงบันทึกข้อมูลให้มีคุณภาพได้ ในมิติของผู้บริหารและมิติของผู้ปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นเหมือนกัน กล่าวคือเห็นว่า เจ้าหน้าที่มีน้อย และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีภาระงานที่รับผิดชอบมากทั้งงานรักษาพยาบาล งานควบคุมและป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ งานฟื้นฟูสภาพ รวมแล้วประมาณ 27 งาน และงานอื่นๆที่รับมอบหมาย (งานประชุม สัมมนา หรือไปราชการต่างๆบ่อยครั้งเดือนละ 4-5 ครั้ง) และขาดสนับสนุนปัจจัยอื่น เช่น เบี้ยเลี้ยง น้ำมันเชื้อเพลิง เป็นต้นทำให้ไม่สามารถจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัยได้จากการให้ข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

“เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีภาระงานที่รับผิดชอบมากทั้งงานรักษาพยาบาลทุกประเภทงานควบคุมและป้องกันโรค (ใช้เลือดออก เช่น สอบสวนโรค ฟันเคมี) งานส่งเสริมสุขภาพ (EPI ANC FP อนามัยโรงเรียน ฯลฯ) งานฟื้นฟูสภาพ (ทั้งในและนอกสถานบริการ) แยกเป็นงานย่อยๆแล้วประมาณ 27 งาน และงานอื่นๆที่รับมอบหมาย(งานประชุม สัมมนา หรือไปราชการต่างๆบ่อยครั้งเดือนละ 4-5 ครั้ง) ไม่มีเวลาพอที่จะลงบันทึกข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ คือ ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน ตลอดเวลา เพราะไม่ได้ทำแต่งงานข้อมูลอย่างเดียว” (ผู้ปฏิบัติ)

“เจ้าหน้าที่มีน้อย แต่ภาระงานที่รับผิดชอบของแต่ละคนมาก คนหนึ่งรับผิดชอบมากกว่า 5 งาน ทั้งรักษา ส่งเสริม ฟื้นฟู ควบคุมโรคในพื้นที่ และขาดสนับสนุน เช่น เบี้ยเลี้ยง น้ำมันเชื้อเพลิง ทำให้ไม่สามารถจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัยได้ ไม่มีเวลาที่จะออกไปสำรวจข้อมูลหรือปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา” (ผู้บริหาร)

ข้อเสนอแนะในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว

1. ผู้ปฏิบัติได้เสนอให้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการให้ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว บุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลว่า

“ ความรู้ที่ได้ไม่ชัดเจน หลากหลาย ไม่มีคู่มือและรูปแบบที่ชัดเจน ควรมีการกำหนดแนวทางในการให้ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัวและจัดทำคู่มือให้เจ้าหน้าที่ด้วย” (ผู้ปฏิบัติ)

2. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเสนอให้มีการจัดประชุมชี้แจงหรืออบรมให้บุคลากรมีความรู้พื้นฐานในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องครอบคลุมบุคลากรทุกคน และเสนอให้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อใช้เป็นคู่มือหรือแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลว่า

“ ควรประชุมชี้แจงหรืออบรมเจ้าหน้าที่ทุกคนให้เข้าใจในเรื่องการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย เพื่อจะได้นำไปจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่” (ผู้บริหาร)

“ ควรมีการจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานด้วย เป็นแนวทางในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว” (ผู้ปฏิบัติ)

3. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเสนอให้มีการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ เพราะเพิ่มสุขภาพครอบครัว มีประโยชน์ และมีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบริการสาธารณสุข การตัดสินใจ และการใช้อย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน เป็นองค์รวม และเสนอให้มีรูปแบบในการจัดเก็บข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวเท่าที่จำเป็นและเหมาะสม สามารถนำมาใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดในทุกระดับ และนอกจากนี้เสนอให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิทำการตรวจสอบข้อมูลหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อมีผู้มารับบริการในสถานีนามัย ในกรณีที่จ้างอาสาสมัครสาธารณสุขในการสำรวจข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลส่งผลให้บุคลากรไม่สามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรสาธารณสุขให้ข้อมูลว่า

“ การนำข้อมูลที่มีอยู่ในเพิ่มสุขภาพครอบครัวมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เป็นประเด็นที่ควรพิจารณาเพราะที่ผ่านมามีการจัดเก็บข้อมูลมาก แต่ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่” (ผู้บริหาร) “ การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวน้อย ควรหาแบบที่สามาถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ให้มากกว่านี้” (ผู้บริหาร)

“ สถานบริการนำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวมาใช้ประโยชน์น้อย ควรให้มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการจัดทำแผนงาน โครงการให้มากขึ้น” (ผู้ปฏิบัติ)

“ ในการบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการบริการในทุกด้านถ้าข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวมีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ก็จะนำมาใช้ประโยชน์ในการบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ” (ผู้บริหาร)

“ ควรเน้นการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว ที่ผู้เก็บรวบรวมสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้โดยตรงมากกว่าการจัดเก็บรวบรวมเพื่อรายงาน” (ผู้ปฏิบัติ)

“ การใช้ข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบ แตกต่างกัน และขาดความชัดเจน ทำให้ใช้ข้อมูล โดยเฉพาะการส่งต่อข้อมูลอาจมีปัญหาในทางปฏิบัติอยู่และคิดว่าไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้” (ผู้ปฏิบัติ)

“ ควรมีระบบการจัดเก็บที่ดี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวในการนำข้อมูลมาใช้ในการบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ” (ผู้ปฏิบัติ)

“ ควรหารูปแบบที่สามารถเรียกใช้ข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวได้ทันที เมื่อต้องการข้อมูลในการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ” (ผู้บริหาร)

“ ควรลดปัญหาในการจัดเก็บแบบฟอร์มหรือเอกสารด้านข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่ไม่จำเป็นลง และจะได้ไม่เสียเวลากับการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว เพื่อให้มีเวลาในการใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวในการให้บริการประชาชนมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่” (ผู้ปฏิบัติ)

“ เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิจึงคิดว่าความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในกรณีที่จ้างอาสาสมัคร ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลส่งผลให้บุคลากรไม่สามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรสาธารณสุขควรทำการตรวจสอบข้อมูลหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อมีผู้มารับบริการในสถานีนามัย” (ผู้บริหาร)

4. ผู้ปฏิบัติ เสนอน่าจะมีผู้ที่รับผิดชอบแต่งงานข้อมูลจะได้สมบูรณ์และเป็นปัจจุบันมากขึ้นและจำเป็นต้องออกไปเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่ตลอดเวลา และนอกจากนี้เสนอให้จ้างอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้เป็นผู้สำรวจข้อมูลพื้นฐาน เนื่องจากเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีเวลา จากการให้ข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

“ ที่จริงในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งน่าจะให้มีผู้ที่รับผิดชอบแต่งงานข้อมูลอย่างเดียวไม่ต้องรับงานอื่นๆ ข้อมูลจะได้สมบูรณ์และเป็นปัจจุบันมากขึ้นกว่านี้ และต้องออกเยี่ยมบ้านบ่อยๆ (ผู้ปฏิบัติ)

“ เจ้าหน้าที่เราไม่ค่อยมีเวลา จึงจ้างสม.ที่พอมีความรู้เป็นผู้สำรวจข้อมูลให้ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องข้อมูลพื้นฐานทางเจ้าหน้าที่ได้ลงพื้นที่บ้าง แต่ก็ไม่ได้ดู 100 % เพราะไม่มีเวลา งานสาธารณสุขของเราเยอะมาก อย่างที่เคยบอก” (ผู้ปฏิบัติ)

ตาราง 3 การวิเคราะห์เพิ่มสุขภาพครอบครัว จังหวัดสตูล (ศึกษานำร่อง)

รายการ	กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี (N=20)				กลุ่มอายุ 15- 60ปี (N=20)				กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (N=20)				หมายเหตุ
	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว													
1.1 ชื่อ-สกุล	0	20	20	20	0	20	20	20	0	20	20	20	
1.2 เพศ	0	20	20	20	0	6	6	6	0	20	20	20	
1.3 อายุ	0	20	20	20	0	6	6	6	0	20	20	20	
1.4 การศึกษา	0	20	20	20	0	6	6	6	0	20	20	20	
1.5 อาชีพ	0	20	20	20	0	6	6	6	0	20	20	20	
1.6 ความสัมพันธ์ในครอบครัว	18	2	2	2	18	2	2	2	18	2	2	2	
1.7 รหัสประจำตัวประชาชนเลข 13 หลัก	0	20	20	20	0	20	20	20	0	20	20	20	
1.8 สถานภาพสมรส	0	20	20	20	0	20	20	20	0	20	20	20	
1.9 การศึกษา	0	20	20	20	0	20	20	20	0	20	20	20	
1.10 สิทธิในการรักษาพยาบาล	6	14	14	14	6	14	14	14	6	14	14	14	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว (อาจอยู่ปกหลังของเพิ่มสุขภาพครอบครัว)	6	14	14	14	6	14	14	14	6	14	14	14	
2.1 ข้อมูลน้ำ	6	14	14	14	6	14	14	14	6	14	14	14	
2.2 ส้วม	6	14	14	14	6	14	14	14	6	14	14	14	
2.3 ขยะมูลฝอย	14	6	6	6	14	6	6	6	14	6	6	6	
2.4 ลักษณะบ้าน	14	6	6	6	14	6	6	6	14	6	6	6	
2.5 การกำจัดน้ำโสโครก	6	14	14	14	6	14	14	14	6	14	14	14	
2.6 ลักษณะครัว	15	5	5	5	15	5	5	5	15	5	5	5	

รายการ	กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี (N=20)				กลุ่มอายุ 15- 60ปี (N=20)				กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (N=20)				หมายเหตุ
	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว(ต่อ)													
27. การควบคุมสัตว์นำโรค	20	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	
28. สมุนไพรในครัวเรือน	20	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	
ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว													
3.1 แสดงที่ตั้งบ้าน	0	20	20	20	0	20	20	20	0	20	20	20	
3.2 สภาพบ้าน ลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม	20	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	
ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ													
4.1 ระบุเพศ	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
4.2 ระบุอายุ	16	4	4	4	16	4	4	4	16	4	4	4	
4.3 ระบุสถานภาพสมรส	20	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	
4.4 ระบุสาเหตุการตายของสมาชิกในครอบครัว (ถ้ามี)	20	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	
4.5 ระบุโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว	20	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	
4.6 วาดวงกลมล้อมรอบสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน	20	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	
4.7 เรียงสมาชิกตามลำดับจากซ้ายไปขวา	20	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	
4.8 แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว	20	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	

รายการ	กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี (N=20)				กลุ่มอายุ 15- 60ปี (N=20)				กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (N=20)				หมายเหตุ
	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	
ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการประเมินการดูแลตนเองดังนี้													
5.1 อาหาร	-	-	-	-	-	-	-	-	14	6	6	6	
5.2 การออกกำลังกาย	-	-	-	-	-	-	-	-	18	2	2	2	
5.3 การดูแลเท้า	-	-	-	-	-	-	-	-	20	0	0	0	
5.4 การรับยาต่อเนื่อง	-	-	-	-	-	-	-	-	16	4	4	4	
5.5 ปัญหาด้านจิตสังคม	-	-	-	-	-	-	-	-	20	0	0	0	
ส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) การให้บริการการรักษาที่สถานบริการ													
6.1 น้ำหนัก	-	-	-	-	-	-	-	-	2	18	18	18	
6.2 ความดันโลหิต	-	-	-	-	-	-	-	-	3	17	17	17	
6.3 Urine Sugar	-	-	-	-	-	-	-	-	2	18	18	18	
6.4 Urine Albumin	-	-	-	-	-	-	-	-	1	19	19	14	
6.5 ผลเลือด (FBS)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	19	19	19	
6.6 ยาที่ได้รับ	-	-	-	-	-	-	-	-	0	20	20	20	
6.7 การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เท้า ตา	-	-	-	-	-	-	-	-	20	0	0	0	

รายการ	กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี (N=20)				กลุ่มอายุ 15- 60ปี (N=20)				กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (N=20)				หมายเหตุ
	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	
ส่วนที่ 7 บัตรสรุปภาวะสุขภาพ (Health Maintenance Card )													
<u>กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี</u>													
7.1 น้ำหนัก	0	20	20	20	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.2 ความสูง	4	16	16	16	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.3 เส้นรอบศีรษะ	4	16	16	16	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.4 ประวัติการรับวัคซีน	12	8	8	8	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.5 พัฒนาการ	8	12	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.6 ภาวะโภชนาการ	5	15	15	15	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.7 การมองเห็น	2	18	18	18	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.8 การได้ยิน	2	18	18	18	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.9 ฟันและเหงือก	20	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.10 นม/อาหาร	20	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
7.11 การดูแลทารกหลังคลอด	2	18	18	18	-	-	-	-	-	-	-	-	
<u>กลุ่มอายุ 15-60 ปี</u>	-	-	-	-	0	20	20	20	-	-	-	-	
7.12 น้ำหนัก	-	-	-	-	0	20	20	20	-	-	-	-	
7.13 ความสูง	-	-	-	-	16	4	4	4	-	-	-	-	
7.14 ค่าดัชนีมวลกาย	-	-	-	-	12	8	8	8	-	-	-	-	



รายการ	กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี (N=20)				กลุ่มอายุ 15- 60ปี (N=20)				กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (N=20)				หมายเหตุ
	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย	
ส่วนที่ 7 บัตรสรุปภาวะสุขภาพ (Health Maintenance Card) (ต่อ)													
กลุ่มอายุ 15-60 ปี (ต่อ)													
7.15 ความดันโลหิต	-	-	-	-	8	12	12	12	-	-	-	-	
7.16 การตรวจปัสสาวะ	-	-	-	-	0	20	20	20	-	-	-	-	
7.17 การตรวจมะเร็งปากมดลูก	-	-	-	-	4	16	16	16	-	-	-	-	
7.18 การตรวจเต้านม	-	-	-	-	4	16	16	16	-	-	-	-	
7.19 การวางแผนครอบครัว	-	-	-	-	8	12	12	12	-	-	-	-	
7.20 ประวัติการคลอด	-	-	-	-	1	19	19	19	-	-	-	-	
7.21 ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	-	-	-	-	1	19	19	19	-	-	-	-	
7.22 การตรวจครรภ์	-	-	-	-	1	19	19	19	-	-	-	-	
7.22 การดูแลมารดาหลังคลอด	-	-	-	-	2	18	18	18	-	-	-	-	
7.24 ฟัน/เหงือก	-	-	-	-	9	11	11	11	-	-	-	-	
ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย (Synthesis Card)	11	9	9	9	11	9	9	9	11	9	9	9	

จากการวิเคราะห์แฟ้มสุขภาพครอบครัวจังหวัดสตูล พบว่า ส่วนที่มีการจัดทำข้อมูลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว รองลงมา คือ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว และ ส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง ด้านการให้บริการการรักษาที่สถานบริการ และส่วนที่ไม่มีการจัดทำข้อมูลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ รองลงมา คือ ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรังด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน และส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว

## ภาคผนวก ข

### การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

**เรื่อง** ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

**เรียน** ผู้ร่วมตอบแบบสอบถาม

กระผม นายวิชา พลาอาด นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบแนวทางในการจัดทำข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวที่มีคุณภาพ และใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร หน่วยงานในการกำหนดนโยบาย การนิเทศติดตาม และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูลให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ในการนี้ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือมายังท่านเพื่อตอบแบบสอบถาม โดยท่านมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม และไม่ต้องระบุชื่อของท่านลงในแบบสอบถาม เนื่องจากผู้วิจัยได้กำหนดรหัสของชุดแบบสอบถามไว้ โดยจำแนกรายอำเภอเพื่อดำเนินการในกรณีข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและจะไม่เชื่อมโยงให้เกิดความเสียหายแก่ท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้องอื่นใด หากท่านต้องการข้อมูลหรือรายละเอียดอื่นใดสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 084-8534002 ได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยขอรับรองว่าการตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิชา พลาอาด)

นักศึกษหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ภาคผนวก ก

### แบบสอบถามการวิจัย

[สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว]

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นการวิจัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบแนวทางในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่มีคุณภาพ และใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร หน่วยงานในการกำหนดนโยบาย การนิเทศติดตาม และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูลให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบจะถือเป็นความลับ และการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อหน้าที่การงานของท่านและหน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่ นอกจากนี้จะนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น จึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยความสบายใจ

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว	จำนวน 17 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว	จำนวน 33 ข้อ
ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว	จำนวน 10 ข้อ

ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

วิทยา พลาอาด

นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ สอ / ศูนย์สุขภาพชุมชน.....ตำบล.....อำเภอ.....

วัน/เดือน/ปีที่บันทึก.....

**ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป**

คำชี้แจง : ให้กรอกข้อความในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ความเป็นจริงของท่าน	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	Sex <input type="checkbox"/>
2. อายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มปีจนถึงปัจจุบัน)	Age <input type="checkbox"/>
3. การศึกษาขั้นสูงสุด <input type="checkbox"/> 1. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 3. ปริญญาโทขึ้นไป <input type="checkbox"/> 2. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ .....	Edu <input type="checkbox"/>
4. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 3. แต่งงานแล้วแยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 4. หม้าย/หย่า	Sta <input type="checkbox"/>
5. ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> 1. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 2. นักวิชาการสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 3. พยาบาลวิชาชีพ <input type="checkbox"/> 4. พยาบาลเทคนิค <input type="checkbox"/> 4. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ (ระบุ).....	Pos <input type="checkbox"/>
6. อายุราชการของท่าน.....ปี.....เดือน	Ago <input type="checkbox"/>
7. ท่านรับผิดชอบหลังคาเรือนจำนวน.....หลัง	Ho <input type="checkbox"/>
8. ท่านมีภาระงานที่รับผิดชอบอะไรบ้างดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ไม่ได้รับ รับ
<input type="checkbox"/> 1. งานบริหารทั่วไป	[     ] [     ]
<input type="checkbox"/> 2. งานแผนงาน	[     ] [     ]
<input type="checkbox"/> 3. งานข้อมูลข่าวสาร	[     ] [     ]
<input type="checkbox"/> 4. งานระบาดวิทยา	[     ] [     ]
<input type="checkbox"/> 5. งานประกันสุขภาพ	[     ] [     ]
<input type="checkbox"/> 6. งานรักษาพยาบาล	[     ] [     ]
<input type="checkbox"/> 7. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	[     ] [     ]

8. ท่านมีภาระงานที่รับผิดชอบอะไรบ้างดังต่อไปนี้ (ต่อ) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |   | สำหรับผู้วิจัย |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> 8. งานอนามัยแม่และเด็ก                             | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 9. งานวางแผนครอบครัว                               | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 10. งานโภชนาการ                                    | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 11. งานอนามัยโรงเรียน                              | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 12. งานทันตสาธารณสุข                               | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 13. งานอนามัยสิ่งแวดล้อม                           | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 14. งานอาชีวอนามัย                                 | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 15. งานควบคุมโรคติดต่อ                             | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 16. งานควบคุมโรคเอดส์                              | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 17. งานยาเสพติด                                    | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 18. งานเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง                  | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 19. งานมะเร็งปากมดลูกหรือเต้านม                    | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 20. งานอุบัติเหตุ                                  | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 21. งานออกกำลังกาย                                 | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 22. งานสุขภาพจิต                                   | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 23. งานเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยา                       | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 24. งานผู้สูงอายุ                                  | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 25. งานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์                       | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 26. งานประชุม/สัมมนา/ไปราชการต่างๆ.....ครั้ง/เดือน | [ ] [ ]        |
| <input type="checkbox"/> 27. งานอื่นๆ(ระบุ).....                            | [ ] [ ]        |

9. ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวในระดับอำเภอ และระดับจังหวัด มาแล้วกี่ครั้ง

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย        | Tr <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. เคย.....ครั้ง |                             |

10. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีและใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี       | UC <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. มีและไม่ใช้ |                             |
| <input type="checkbox"/> 3. มีและใช้    |                             |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว

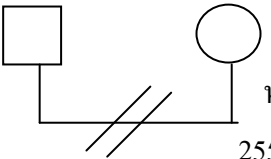
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ถูกต้องการที่สุด

สำหรับผู้วิจัย

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <p>1. ข้อต่อไปนี้เป็นประโยชน์ของเพิ่มสุขภาพครอบครัว (family folder) ยกเว้นข้อใด</p> <p><input type="checkbox"/> ก. เป็นสื่อหรือเครื่องมือที่ใช้ทำความรู้จักและเข้าใจชีวิตของครอบครัว</p> | <p>K1 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>ได้อย่างรอบด้าน</p>   |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ข. ทำให้ทราบความต้องการของชุมชน</p>  |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ค. ช่วยเพิ่มคุณภาพในการบริหาร</p>  |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ง. ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพโดยมองได้ทั้งครอบครัว</p>   |                                    |
| <p>2. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการจัดทำบัตรสรุปการเจ็บป่วย</p>   | <p>K2 <input type="checkbox"/></p> |
| <p><input type="checkbox"/> ก. ต้องสรุปจาก OPD card และ Chronic card เดือนละครั้ง</p>  |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ข. ต้องสรุปจาก OPD card และ Chronic card ปีละครั้ง</p>   |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ค. ต้องสรุปจากบัตรสรุปสถานะสุขภาพเดือนละ 1 ครั้ง</p>   |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ง. ต้องสรุปจากบัตรสรุปสถานะสุขภาพปีละครั้ง</p>   |                                    |
| <p>3. ประโยชน์ของบัตรสรุปสถานะสุขภาพ คือข้อใด</p>  | <p>K3 <input type="checkbox"/></p> |
| <p><input type="checkbox"/> ก. เพื่อบันทึกการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์</p>  |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ข. เพื่อบันทึกการเจ็บป่วยเมื่อมารับการรักษาที่สถานบริการ</p>   |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ค. เพื่อช่วยในการพยากรณ์โรค</p>  |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ง. เพื่อประเมินสภาพพื้นฐานด้านสุขภาพของครอบครัว</p>  |                                    |
| <p>4. บัตรที่ใช้ประโยชน์เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาสุขภาพของครอบครัว คือข้อใด</p>  | <p>K4 <input type="checkbox"/></p> |
| <p><input type="checkbox"/> ก. บัตรสรุปการเจ็บป่วย</p>   |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ข. บัตรบันทึกสถานะสุขภาพ</p>   |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ค. บัตรบันทึกการเยี่ยมบ้าน</p>   |                                    |
| <p><input type="checkbox"/> ง. บัตรบันทึกโรคเรื้อรัง</p>   |                                    |

5. สัญลักษณ์  ในผังเครือญาติที่ถูกต้องคือข้อใด

- ก. มีบุตรแฝดชาย-หญิง  
 ข. เคยมีบุตรหญิง  
 ค. มีบุตรบุญธรรมชาย  
 ง. มีบุตรบุญธรรมหญิง

6. สัญลักษณ์  หมายถึงข้อใด

- ก. หย่าขาดจากกันปี พ.ศ. 2550  
 ข. แยกกันอยู่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550  
 ค. อยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงานกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550  
 ง. แต่งงานกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550

7. ข้อต่อไปนี้เป็นประโยชน์ของผังเครือญาติกับแว่นข้อใด

- ก. ช่วยสร้างความคุ้นเคยระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้าน  
 ข. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย  
 ค. ช่วยค้นหาความเสี่ยงของบุคคลในครอบครัว  
 ง. ช่วยในการสรุปประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญของบุคคล

8. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อซ่อมสุขภาพที่ถูกต้องคือข้อใด

- ก. รบ 1 ต 06  
 ข. รบ 1 ต 05  
 ค. OPD card  
 ง. แบบคัดกรองวัยทอง

9. กลุ่มที่ต้องการดูแลพิเศษในเพิ่มสุขภาพครอบครัว ได้แก่ บุคคลในกลุ่มใด

- ก. เด็ก 0-5 ปี  
 ข. หญิงวัยเจริญพันธุ์  
 ค. ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง  
 ง. ผู้สูงอายุ

สำหรับผู้วิจัย

K5

K6

K7

K8

K9

10. ข้อมูลต่อไปนี้คือข้อมูลทั่วไปที่มีอยู่ในแฟ้มสุขภาพครอบครัววงเวียนข้อใด

- ก. สถานภาพสมรส  
 ข. ศาสนา  
 ค. ข้อมูลน้ำ ส้วม  
 ง. อายุ

สำหรับผู้วิจัย

K10

11. บัตรที่ใช้บันทึกข้อมูลการดูแลปัญหาสุขภาพ เพื่อให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง หมายถึงบัตรชนิดใด

- ก. บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล  
 ข. บัตรบันทึกโรคเรื้อรัง  
 ค. บัตรบันทึกการเยี่ยมบ้าน  
 ง. บัตรสรุปปัญหาสุขภาพของครอบครัว

K11

12. ข้อต่อไปนี้คือองค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัววงเวียนข้อใด

- ก. แผนที่เดินดิน  
 ข. แผนที่ครอบครัว  
 ค. ผังเครือญาติ  
 ง. จิวประวัติและข้อมูลทางเศรษฐกิจและสังคม

K12

13. ข้อใดต่อไปนี้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการสร้างสุขภาพ

- ก. บัตรอนามัยมารดา  
 ข. Chronic card  
 ค. OPD Card  
 ง. ถูกทุกข้อ

K13

14. ข้อมูลต่อไปนี้คือข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัวที่มีอยู่ในแฟ้มสุขภาพครอบครัววงเวียนข้อใด

- ก. ขยะมูลฝอย  
 ข. สมุนไพรในครัวเรือน  
 ค. ข้อมูลน้ำ ส้วม  
 ง. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

K14



สำหรับผู้วิจัย

15. แบบฟอร์มที่เป็นเครื่องมือทำให้เห็นรายละเอียดของชีวิตผู้คน เมื่อศึกษาแล้ว จะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจชาวบ้านมากขึ้นหมายถึงแบบฟอร์มในข้อใด

K15 

- ก. แบบฟอร์มประวัติชีวิต
- ข. แบบฟอร์มความเชื่อ ทักษะคิด ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพ
- ค. แบบฟอร์มบันทึกการเยี่ยมบ้าน
- ง. แบบฟอร์มชีวประวัติ

16. ข้อต่อไปนี้เป็นแบบฟอร์มชีวประวัติและข้อมูลทางเศรษฐกิจที่มีอยู่ในแฟ้มสุขภาพครอบครัววงวนข้อใด

K16 

- ก. การจัดเตรียมอาหารและการจัดการงานบ้าน
- ข. ประวัติชีวิต
- ค. ข้อมูลทางสังคม
- ง. ความเชื่อ ทักษะคิด ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพ

17. ข้อต่อไปนี้เป็นรายละเอียดที่ต้องแสดงในแผนที่ครอบครัวที่มีอยู่ในแฟ้มสุขภาพครอบครัววงวนข้อใด

K17 

- ก. แสดงที่ตั้งบ้าน
- ข. สภาพบ้าน ลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม
- ค. สมุนไพรในครัวเรือน
- ง. ถูกทั้งข้อ ก และ ข

### ส่วนที่ 3 : แบบสอบถามการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียดแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตรงกับข้อความที่ท่านเห็นว่าเหมาะสมตรงตามความเป็นจริง

ใช้บ่อย หมายถึง มีการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปในช่วงระยะเวลา น้อยกว่า 3 เดือนหรือมีการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวเป็นประจำทุกวัน ทุกสัปดาห์หรือทุกเดือน

ใช้ปานกลาง หมายถึง มีการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว 1 ครั้ง ภายในช่วงระยะเวลา 3 ถึง 6 เดือน

ใช้นานๆ ครั้ง หมายถึง มีการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว 1 ครั้ง ภายในระยะเวลามากกว่า 6 เดือนถึง 1 ปี

ไม่ใช้ หมายถึง มีเพิ่มสุขภาพครอบครัวแต่ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ใดๆเลย

ข้อความ	ระดับการใช้			ไม่ใช้	สำหรับ ผู้วิจัย
	ใช้ บ่อย	ใช้ ปาน กลาง	ใช้ นานๆ ครั้ง		
<b>ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล</b>					
1. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการสำรวจครอบครัว					U1 <input type="checkbox"/>
2. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูล ของประชาชนและชุมชน					U2 <input type="checkbox"/>
3. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเยี่ยมบ้าน					U3 <input type="checkbox"/>
4. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูล การให้สุขศึกษา					U4 <input type="checkbox"/>
5. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูล คนพิการ					U5 <input type="checkbox"/>
6. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยเรื้อรัง					U6 <input type="checkbox"/>
7. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บข้อมูลการ รักษาพยาบาล					U7 <input type="checkbox"/>
8. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บข้อมูลการรับ บริการ ตรวจสอบสุขภาพ					U8 <input type="checkbox"/>

ข้อความ	ระดับการใช้			ไม่ใช้	สำหรับ ผู้วิจัย
	ใช้ บ่อย	ใช้ ปาน กลาง	ใช้ นานๆ ครั้ง		
ด้านการบริหารจัดการ วางแผนงาน และการวิเคราะห์ ข้อมูล					
9. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบริหารจัดการ วางแผน ควบคุมกำกับ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิ					U9 <input type="checkbox"/>
10. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำ แผนงานให้บริการ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่าง สม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด					U10 <input type="checkbox"/>
11. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผนงาน ส่งเสริมสุขภาพ					U11 <input type="checkbox"/>
12. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผนงาน ควบคุมและป้องกันโรค					U12 <input type="checkbox"/>
13. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผน ติดตาม เด็ก 0-5 ปี					U13 <input type="checkbox"/>
14. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผน ติดตาม หญิงตั้งครรภ์					U14 <input type="checkbox"/>
15. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผน ติดตาม ผู้ป่วยเรื้อรัง					U15 <input type="checkbox"/>
16. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผน ช่วยเหลือผู้พิการ					U16 <input type="checkbox"/>
17. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผน การเยี่ยมบ้าน					U17 <input type="checkbox"/>
18. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวค้นหากลุ่มเป้าหมาย ในการติดตามให้บริการในชุมชน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน อย่างสม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด					U18 <input type="checkbox"/>
19. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวิเคราะห์หา เป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ					U19 <input type="checkbox"/>

ข้อความ	ระดับการใช้			ไม่ใช้	สำหรับ ผู้วิจัย
	ใช้ บ่อย	ใช้ ปาน กลาง	ใช้ นานๆ ครั้ง		
20. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวิเคราะห์ปัญหาสถานะสุขภาพของแต่ละครอบครัว					U20 <input type="checkbox"/>
21. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวิเคราะห์ค้นหาปัญหาสุขภาพในชุมชน					U21 <input type="checkbox"/>
22. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนกิจกรรมในชุมชน					U22 <input type="checkbox"/>
<b>ด้านการบันทึกข้อมูล</b>					
23. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวครบถ้วนทุกรายการ เช่น ชื่อ-สกุล สิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นต้น					U23 <input type="checkbox"/>
24. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกข้อมูลสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัวครบถ้วนทุกรายการ เช่น ข้อมูลน้ำ ลม เป็นต้น					U24 <input type="checkbox"/>
25. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกข้อมูลฝั่งเครือญาติครบถ้วนทุกรายการ เช่น ระบุเพศ โรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น					U25 <input type="checkbox"/>
26. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังครบถ้วนทุกรายการ เช่น น้ำหนัก ความดันโลหิต Urine Albumin ผลเลือด (FBS) เป็นต้น					U26 <input type="checkbox"/>
27. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกบัตรสรุปสถานะสุขภาพ ครบถ้วนทุกรายการเช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต เป็นต้น					U27 <input type="checkbox"/>
28. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกบัตรสรุปการเจ็บป่วย ครบถ้วนทุกรายการ					U28 <input type="checkbox"/>

ข้อความ	ระดับการใช้			ไม่ใช้	สำหรับ ผู้วิจัย
	ใช้ บ่อย	ใช้ ปาน กลาง	ใช้ นานๆ ครั้ง		
ด้านการจัดทำรายงาน					
29. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำรายงานผู้ป่วยความดัน เบาหวาน					U29 <input type="checkbox"/>
30. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำรายงานการได้รับวัคซีนในเด็กอายุครบ 0-5 ปี และหญิงมีครรภ์					U30 <input type="checkbox"/>
31. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำรายงานอนามัยแม่และเด็ก และการใช้เวชภัณฑ์คุมกำเนิด					U31 <input type="checkbox"/>
32. การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำรายงานต่างๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิเกิดความสะดวกร้างยิ่งขึ้น					U32 <input type="checkbox"/>
33. การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวช่วยให้การจัดทำรายงานต่างๆ มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันสมัยมากยิ่งขึ้น					U33 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 : แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วย  
บริการปฐมภูมิ

คำชี้แจง : โปรดเติมคำลงในช่องว่างและเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบตามความเป็นจริง  
ท่านมีปัญหและอุปสรรคในการดำเนินการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวทั้งที่เป็นด้านบุคคล  
งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ ดังต่อไปนี้ หรือไม่

1. จำนวนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิของท่าน
  - ( ) เพียงพอ เพราะ.....
  - ( ) ไม่เพียงพอ เพราะ.....
  - ขาดบุคลากร.....คน
2. คุณภาพบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)
  - ( ) บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับเพิ่มสุขภาพครอบครัว
  - ( ) บุคลากรขาดทักษะและประสบการณ์ในเรื่องการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว
  - ( ) บุคลากรได้รับการสนับสนุนให้อบรมหรือศึกษาเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพ  
ครอบครัวน้อย เพราะ.....
3. ความร่วมมือในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ  
ของท่าน
  - ( ) ให้ความร่วมมือ เพราะ.....
  - ( ) ไม่ให้ความร่วมมือ เพราะ.....
4. บุคลากรที่เหมาะสมกับการทดแทนในการบันทึกเพิ่มสุขภาพครอบครัวในหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิของท่าน
  - ( ) อาสาสมัครสาธารณสุข เพราะ.....
  - ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....เพราะ.....
5. งบประมาณที่เกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว(ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)
  - ( ) เพียงพอ เพราะ.....
  - ( ) ไม่เพียงพอ เพราะ.....
  - งบประมาณที่ต้องการเพิ่ม.....บาท
  - ( ) การจัดสรรงบประมาณไม่เป็นธรรม เพราะ.....

6. วัสดุและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจาก CUP หรือ สสจ.

( ) เพียงพอ เพราะ.....

( ) ไม่เพียงพอ เพราะ.....

7. การสนับสนุนในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวของระดับอำเภอหรือCUP

( ) สนับสนุน เพราะ.....

( ) ไม่สนับสนุน เพราะ.....

8. หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านได้มีการมอบหมายหน้าที่ในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวไว้อย่างชัดเจน

( ) มีการมอบหมายหน้าที่ เพราะ.....

( ) ไม่มีการมอบหมายหน้าที่ เพราะ.....

9. การบันทึกข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

( ) สะดวก เพราะ.....

( ) ไม่สะดวก เพราะ.....

( ) ไม่มีเวลาในการบันทึกข้อมูล เพราะ.....

10. ปัญหาและอุปสรรคเพิ่มเติม อื่นๆ โปรดระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ภาคผนวก ง

## แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูล

[สำหรับผู้วิจัย]

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัว  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล

## คำชี้แจง

แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลนี้ ผู้วิจัยใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน และความทันสมัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบแนวทางในการจัดทำข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวที่มีคุณภาพ และใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร หน่วยงานในการกำหนดนโยบาย การนิเทศติดตาม และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูลให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น

แบบตรวจสอบการบันทึกคุณภาพข้อมูลนี้แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัวข้อมูล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 แผนที่ครอบครัว จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 ผังเครือญาติ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน  
จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการให้บริการการ  
รักษาที่สถานบริการ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 7 บัตรสรุปภาวะสุขภาพ (health maintenance card) จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย (synthesis card) จำนวน 1 ข้อ

วิทยา พลาอาด

นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



เลขที่แบบตรวจสอบ.....

แบบตรวจการบันทึกคุณภาพข้อมูล

สอ / ศูนย์สุขภาพชุมชน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสตูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายการ	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย
องค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัว				
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว				
1.11 ชื่อ-สกุล				
1.12 เพศ				
1.13 อายุ				
1.14 สถานภาพสมรส				
1.15 ศาสนา				
1.16 การศึกษา				
1.17 อาชีพ				
1.18 รหัสประจำตัวประชาชนเลข 13 หลัก				
1.19 ความสัมพันธ์ในครอบครัว				
1.10 สิทธิในการรักษาพยาบาล				
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัว (อาจอยู่ปกหลังของเพิ่มสุขภาพครอบครัว)				
2.1 ข้อมูลน้ำ (น้ำดื่มเพื่อบริโภค)				
2.2 ส้วม				
2.3 ขยะมูลฝอย				
2.4 ลักษณะบ้าน				
2.5 การกำจัดน้ำโสโครก				
2.6 ลักษณะครัว				
2.7 การควบคุมสัตว์นำโรค				
2.8 สมุนไพรในครัวเรือน				
ส่วนที่ 3 แขนงที่ครอบครัว				
3.1 แสดงที่ตั้งบ้าน				
3.2 สภาพบ้าน ลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม				

รายการ	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย
องค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัว (ต่อ)				
ส่วนที่ 4 ฟังเครื่องมือ				
4.1 ระบุเพศ				
4.2 ระบุอายุ				
4.3 ระบุสถานภาพสมรส				
4.4 ระบุสาเหตุการตายของสมาชิกในครอบครัว(ถ้ามี)				
4.5 ระบุโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว				
4.6 วาดวงกลมล้อมรอบสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน				
4.7 เรียงสมาชิกในครอบครัวตามลำดับจากซ้ายไปขวา				
4.8 แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว				
ส่วนที่ 5 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการประเมินการดูแลตนเองดังนี้				
5.1 อาหาร				
5.2 การออกกำลังกาย				
5.3 การดูแลเท้า				
5.4 การรับยาต่อเนื่อง				
5.5 ปัญหาด้านจิตสังคม				
ส่วนที่ 6 บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคลผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) ด้านการให้บริการรักษาที่สถานบริการ				
6.1 น้ำหนัก				
6.2 ความดันโลหิต				
6.3 Urine Sugar				
6.4 Urine Albumin				
6.5 ผลเลือด (FBS)				
6.6 ยาที่ได้รับ				
6.7 การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เท้า ตา (จอประสาทตา) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ				

รายการ	ไม่มีข้อมูล	ครบถ้วน	ถูกต้อง	ทันสมัย
องค์ประกอบของเพิ่มสุขภาพครอบครัว (ต่อ)				
ส่วนที่ 7 บัตรสรุปสถานะสุขภาพ (Health Maintenance Card)				
ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี				
7.1 น้ำหนัก				
7.2 ความสูง				
7.3 เส้นรอบศีรษะ				
7.4 ประวัติการรับวัคซีน				
7.5 พัฒนาการ				
7.6 ภาวะโภชนาการ				
7.7 การมองเห็น				
7.8 การได้ยิน				
7.9 ฟัน/เหงือก				
7.10 นม/อาหาร				
7.11 การดูแลทารกหลังคลอด				
ในกลุ่มอายุ 15 – 60 ปี				
7.12 น้ำหนัก				
7.13 ส่วนสูง				
7.14 ค่าดัชนีมวลกาย				
7.15 ความดันโลหิต				
7.16 การตรวจปัสสาวะ				
7.17 การตรวจมะเร็งปากมดลูก				
7.18 การตรวจเต้านม				
7.19 การวางแผนครอบครัว				
7.20 ประวัติการคลอด				
7.21 ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน				
7.22 การตรวจครรภ์				
7.23 การดูแลมารดาหลังคลอด				
7.24 ฟัน/เหงือก				
ส่วนที่ 8 บัตรสรุปการเจ็บป่วย (Synthesis Card)				

รวมทั้งสิ้น.....ข้อ	ตรวจทั้งหมด.....ข้อ
ไม่มีข้อมูล.....ข้อ	ร้อยละ.....ถูกต้อง.....ข้อ ร้อยละ.....
ครบถ้วน.....ข้อ	ร้อยละ.....ทันสมัย.....ข้อ ร้อยละ.....

## ภาคผนวก จ

## เฉลยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว

1. ข. ทำให้ทราบความความต้องการของชุมชน
2. ข. ต้องสรุปจาก OPD Card และ Chronic Card ปีละ 1 ครั้ง
3. ก. ใช้สำหรับบันทึกการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์
4. ก. บัตรสรุปการเจ็บป่วย (Synthesis Card)
5. ง. มีบุตรบุญธรรมหญิง
6. ก. หย่าขาดจากกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550
7. ง. ช่วยในการสรุปประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญของบุคคล
8. ค. OPD card
9. ค. ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง
10. ค. ข้อมูลน้ำ ส้วม
11. ข. บัตรบันทึกโรคผู้ป่วยเรื้อรัง
12. ก. แผนที่เคินคิน
13. ก. บัตรอนามัยมารดา
14. ง. ความสัมพันธ์ในครอบครัว
15. ก. แบบฟอร์มประวัติชีวิต
16. ข. ประวัติชีวิต
17. ค. สมุนไพรในครัวเรือน

## ภาคผนวก ฉ

**การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพิ่มสุขภาพครอบครัว**

ตาราง 7

จำนวนประชากร เจ้าหน้าที่ที่จัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวของของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
จังหวัดสตูล จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ ที่	อำเภอ	หน่วยบริการปฐม ภูมิ (แห่ง)	จำนวน ประชากร (คน)	ตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย
1	อำเภอเมือง	17	59	34
2	อำเภอควนโดน	4	15	8
3	อำเภอควนกาหลง	7	26	14
4	อำเภอท่าแพ	5	18	10
5	อำเภอละงู	10	42	20
6	อำเภอทุ่งหว้า	6	20	12
7	อำเภอมะนัง	5	20	10
รวม	7 อำเภอ	54	200	108

**การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเพิ่มสุขภาพครอบครัว**

$$\text{ขนาดของตัวอย่างศึกษา} = N / (1 + Ne^2)$$

โดย n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนเพิ่มสุขภาพครอบครัวทั้งหมด

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร



$$\begin{aligned} n &= 33,772 / 1 + 33,772 \times (0.05)^2 \\ &= 33,772 / 1 + (33,772 \times 0.0025) \\ &= 395.31 \end{aligned}$$

## ภาคผนวก ข

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 8

จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว

ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว	ตอบถูก (N=108)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ชื่อที่ไม่ใช่ประโยชน์ของแฟ้มสุขภาพครอบครัว (Family Folder) คือ ทำให้ทราบความต้องการของชุมชน	100	92.60
2. การจัดทำบัตรสรุปการเจ็บป่วยต้องสรุปจาก OPD Card และ Chronic Card ปีละ 1 ครั้ง	53	49.10
3. ประโยชน์ของบัตรบันทึกสภาวะสุขภาพ คือ ใช้สำหรับบันทึกการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์	43	39.80
4. บัตรที่ใช้ประโยชน์เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาสุขภาพของครอบครัว คือ บัตรสรุปการเจ็บป่วย	30	27.80
5. สัญลักษณ์  ในผังเครือญาติ หมายถึง มีบุตรบุญธรรมหญิง	49	45.50
6. สัญลักษณ์  ในผังเครือญาติ หมายถึง หย่าขาดจากกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550	59	54.60
7. ชื่อที่ไม่ใช่ประโยชน์ของผังเครือญาติ คือ ช่วยในการสรุปประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญของบุคคล	20	18.50
8. ข้อมูลเพื่อการซ่อมสุขภาพ คือ OPD Card	74	68.50
9. กลุ่มที่ต้องการดูแลพิเศษ ได้แก่ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง	56	51.90
10. ข้อมูลที่ไม่ใช่ข้อมูลทั่วไป คือ ข้อมูลน้ำ ส้วม	101	93.50
11. บัตรที่ใช้บันทึกข้อมูลการดูแลปัญหาสุขภาพเพื่อให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง คือ บัตรบันทึกโรคผู้ป่วยเรื้อรัง	81	75.00
12. แผนที่เดินดินไม่ใช่องค์ประกอบของแฟ้มสุขภาพครอบครัว	73	67.60
13. ข้อมูลเพื่อการสร้างสุขภาพ คือ บัตรอนามัยมารดา	92	85.20
14. ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ใช่ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัวที่มีอยู่ในแฟ้มสุขภาพครอบครัว	86	79.60

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก (N=108)	
	จำนวน	ร้อยละ
15. แบบฟอร์มที่เป็นเครื่องมือทำให้เห็นรายละเอียดของชีวิตผู้คน เมื่อศึกษาแล้วจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจชาวบ้านมากขึ้น หมายถึงแบบฟอร์มประวัติชีวิต	78	72.20
16. ประวัติชีวิตไม่ใช่แบบฟอร์มชีวประวัติและข้อมูลทางเศรษฐกิจที่มีอยู่ในแฟ้มสุขภาพครอบครัว	73	67.60
17. สมุนไพรในครัวเรือนไม่ใช่รายละเอียดที่ต้องแสดงในแผนที่ครอบครัวที่มีอยู่ในแฟ้มสุขภาพครอบครัว	96	88.90

ตาราง 9

จำนวนและร้อยละระดับความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับแฟ้มสุขภาพครอบครัว (N = 108)

ระดับความรู้	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	< 10	49	45.40
ปานกลาง	(11 - 13)	43	39.80
สูง	> 13	16	14.80
รวม		108	100.00



## ตาราง 10

ร้อยละและระดับการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามรายชื่อ

การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว	ระดับการใช้ (ร้อยละ)			
	ใช้บ่อย	ใช้ปานกลาง	ใช้นานๆ ครั้ง	ไม่ใช้
<b>ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล</b>				
1. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการสำรวจครอบครัว	15.70	42.60	41.70	0.00
2. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูล ของประชาชนและชุมชน	23.10	26.90	50.00	0.00
3. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเยี่ยมบ้าน	23.10	26.90	50.00	0.00
4. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูล การให้สุขศึกษา	7.40	58.30	26.90	7.40
5. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูล คนพิการ	21.30	42.60	34.30	1.90
6. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยเรื้อรัง	32.40	55.60	12.00	0.00
7. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บข้อมูล การรักษาพยาบาล	47.20	10.20	41.70	0.90
8. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการเก็บข้อมูล การรับบริการ ตรวจสอบสุขภาพ	33.30	19.40	45.40	1.90

ตาราง 10 (ต่อ)

การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว	ระดับการใช้ (ร้อยละ)			
	ใช้บ่อย	ใช้ปานกลาง	ใช้นานๆ ครั้ง	ไม่ใช้
ด้านการบริหารจัดการ วางแผนงาน และ การวิเคราะห์ข้อมูล				
9. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบริหารจัดการวางแผน ควบคุมกำกับ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ	27.80	38.90	29.60	3.70
10. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำแผนงานให้บริการ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างสม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด	12.00	28.70	38.90	20.40
11. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพ	23.10	50.90	22.20	3.70
12. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผนงานควบคุมและป้องกันโรค	21.30	47.20	31.50	0.00
13. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผนติดตาม เด็ก 0 – 5 ปี และ	24.10	35.20	39.80	0.90
14. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผนติดตามหญิงตั้งครรภ์	26.90	25.90	45.40	1.90
15. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผนติดตาม ผู้ป่วยเรื้อรัง	42.60	39.80	17.60	0.00
16. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผนช่วยเหลือผู้พิการ	12.00	63.90	22.20	1.90
17. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวางแผนการเยี่ยมบ้าน	23.10	46.30	29.60	0.90

ตาราง 10 (ต่อ)

การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว	ระดับการใช้ (ร้อยละ)			
	ใช้ บ่อย	ใช้ปาน กลาง	ใช้นานๆ ครั้ง	ไม่ใช้
18. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวค้นหากลุ่มเป้าหมายในการติดตามให้บริการในชุมชน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานอย่างสม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด	21.30	43.50	34.30	0.90
19. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวิเคราะห์หาเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ	15.70	41.70	40.70	1.90
20. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวิเคราะห์ปัญหาสถานะสุขภาพของแต่ละครอบครัว	16.70	38.00	41.70	3.70
21. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวิเคราะห์ค้นหาปัญหาสุขภาพในชุมชน	8.30	43.50	38.90	9.30
22. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนกิจกรรมในชุมชน	6.50	34.30	47.20	12.00
<b>ด้านการบันทึกข้อมูล</b>				
23. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวครบถ้วนทุกรายการ เช่น ชื่อ-สกุล สิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นต้น	15.70	34.30	50.00	0.00
24. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกข้อมูลสิ่งแวดล้อมประจำครอบครัวครบถ้วนทุกรายการ เช่น ข้อมูลน้ำ ส้วม เป็นต้น	4.60	29.60	63.00	2.80
25. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกข้อมูลผังเครือญาติครบถ้วนทุกรายการ เช่น ระบุเพศ โรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น	18.50	33.30	47.20	0.90
26. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังครบถ้วนทุกรายการ เช่น น้ำหนัก ความดันโลหิต Urine Albumin ผลเลือด (FBS) เป็นต้น	26.90	35.20	38.00	0.00

ตาราง 10 (ต่อ)

การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว	ระดับการใช้ (ร้อยละ)			
	ใช้บ่อย	ใช้ปานกลาง	ใช้นานๆ ครั้ง	ไม่ใช้
27. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกบัตรสรุปสถานะสุขภาพ ครบถ้วนทุกรายการเช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตเป็นต้น	26.90	19.40	42.60	11.10
28. ใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการบันทึกบัตรสรุปการเจ็บป่วย ครบถ้วนทุกรายการ	24.10	51.90	24.10	0.00
ด้านการจัดทำรายงาน				
29. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำรายงานผู้ป่วยความดัน เบาหวาน	25.00	40.70	25.90	8.30
30. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำรายงานการได้รับวัคซีนในเด็กอายุครบ 0-5 ปี และหญิงมีครรภ์	30.60	34.30	31.50	3.70
31. ใช้ข้อมูลเพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำรายงานอนามัยแม่และเด็ก และการใช้เวชภัณฑ์คุมกำเนิด	30.60	10.20	55.60	3.70
32. การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวในการจัดทำรายงานต่างๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิเกิดความสะดวก ง่ายยิ่งขึ้น	40.70	28.70	22.20	8.30
33. การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวช่วยให้การจัดทำรายงานต่างๆ มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันสมัยมากยิ่งขึ้น	27.80	43.50	20.40	8.30

ตาราง 11

จำนวนและร้อยละระดับการใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (N = 108)

ระดับการใช้เพิ่มฯ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	73	67.60
ปานกลาง	18	16.70
สูง	17	15.70
รวม	108	100.00

**ภาคผนวก ข****รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

1. นายแพทย์สุเทพ วัชรปียานันท์  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
2. คุณสุจิตร์ คงจันทร์  
นักวิชาการสาธารณสุข 7 งานข้อมูลข่าวสาร ฝ่ายแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
3. คุณอนวัช ประทีปอนันต์  
สาธารณสุขอำเภอเมืองสตูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสตูล

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล

นายวิชา พลาอาด

รหัสประจำตัวนักศึกษา

5010420019

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

วิทยาศาสตร์บัณฑิต

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

2548

(สาธารณสุขชุมชน)

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 6 สถานีอนามัยบ้าน 1 ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล