



การประเมินผลระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
Evaluation for Information System for Primary Care
for Urban Health Center in Ayuttaya Province

ปรีชา เจียมพิริยะ

Preecha Jaempiriya

๑

เลขหมู่ RA440.87.T5	ป46	2543	ว.2
Order Key	28865		
Bib Key	177732		
	1 2 ก.ค. 2543		

วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Science Thesis in Health System Research and Development
Prince of Songkla University
2543

ชื่อวิทยานิพนธ์ การประเมินผลระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน

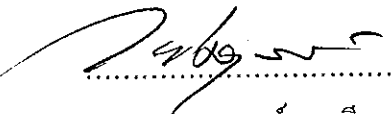
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

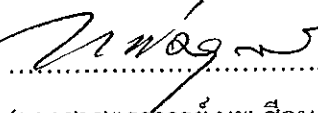
ผู้เขียน นายปรีชา เจียมพิริยะ

สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข

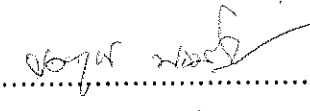
คณะกรรมการที่ปรึกษา

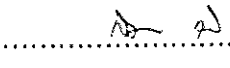
คณะกรรมการสอบ

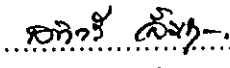

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นพ.สีลม แจ่มอุติรัตน์)


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นพ.สีลม แจ่มอุติรัตน์)

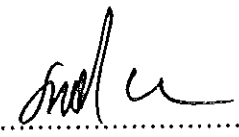

.....กรรมการ
(นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ)


..... กรรมการ
(นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. สรยุทธ วาสิกนันนท์)


..... กรรมการ
(ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ บำรุงรักษ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ การประเมินผลระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ผู้เขียน นายปรีชา เจียมพิริยะ
สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
ปีการศึกษา 2542

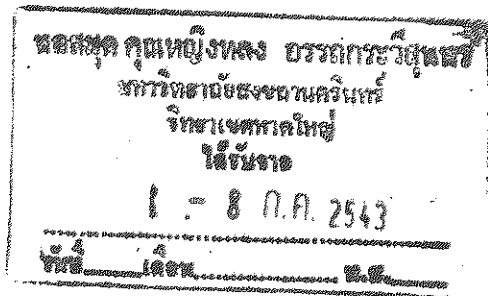
บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลระบบข้อมูลกิจกรรมการบริการปฐมภูมิ ใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยแบบ descriptive qualitative เพื่อการประเมินผลปฏิบัติการของระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการแบบปฐมภูมิ ของศูนย์แพทย์ชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในรูปแบบของการประเมินผลกระบวนการ (process evaluation) เพื่อตอบสนองกับหลักการ (principle) ที่ว่า ต้องมีความต่อเนื่องในระดับบุคคลและครอบครัว เป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับ และสามารถรายงานส่งหน่วยงานที่สูงขึ้น

พื้นที่วิจัยเลือกเอาศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทราราม) เป็นศูนย์แพทย์ชุมชนที่เปิดมาเป็นเวลาประมาณ 6 ปี มีแพทย์ประจำและต่อเนื่อง มีผู้มาศึกษาดูงานเป็นจำนวนมากและมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีครบและความพร้อมที่จะรับประเมินผล เพื่อให้เห็นการดำเนินการเกี่ยวกับระบบข้อมูลและความคิดเห็นของผู้ให้บริการของศูนย์ชุมชนและผู้รับบริการ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกต (observation technique) การทำงานระบบข้อมูล สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) และสนทนา (focus group discussion) เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ตามเนื้อหา content analysis โดยวิธี analytic comparison เพื่อให้ได้ผลประเมินผลการของระบบข้อมูลการบริการแบบปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ว่าเป็นอย่างไร

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีระบบข้อมูลการบริการปฐมภูมิที่พัฒนาโดยทีมวิจัยระบบสาธารณสุข ตามโครงการอยุธยา ได้จัดทำแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลต่างๆ ได้แบ่งการบันทึกข้อมูล 2 ระยะ คือ การบันทึกข้อมูลระยะเวลากำลังป่วยหรือใช้บริการ (intra-episode record) และการบันทึกข้อมูลในช่วงที่ไม่ได้เจ็บป่วยและต้องการเก็บไว้เป็นเวลายาว (inter-episode record) ซึ่งการปฏิบัติงานตามระบบข้อมูลจริง ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ตามกรอบแนวคิดที่แสดงมาในคู่มือ แต่ยังมีบางกิจกรรมไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคู่มือและมีผลต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ การค้นเพิ่มครอบครัวและข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน, การเขียนรายละเอียดในใบพบหมอ (personal ticket), การนำไปใช้ประโยชน์ในแบบฟอร์มต่างๆไม่เต็มที่, การบันทึกใบสรุปสภาวะสุขภาพ (synthesis card) บางกิจกรรมสามารถปฏิบัติได้ดีกว่าที่ระบุในคู่มือ ได้แก่ การนัด, การค้นหารายชื่อผู้ใช้บริการ โดยภาพรวม

ของแบบฟอร์มต่างๆ มีรายละเอียดมาก บางช่องก็เลืกเกินไป ในการใช้ประโยชน์ของข้อมูลจะขึ้นอยู่กับความตระหนักในเรื่องสุขภาพของผู้ใช้บริการและความเข้าใจของผู้ให้บริการร่วมด้วย จำนวนผู้ให้บริการในแต่ละวันก็มีผลต่อการลงข้อมูลต่อเนื่อง ขาดการชี้แจงการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ขาดการสร้างควมตระหนักในการรับรู้ของประชาชนเพื่อกระตุ้นให้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์มากขึ้น โดยระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิเป็นทางเลือกหนึ่งของสถานบริการในระดับเดียวกัน สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ การติดตามการรักษาสร้างความโปร่งใสที่ตรวจสอบได้ในการให้บริการ



Thesis Title Evaluation for Information System for Primary Care
 for Urban Health Center in Ayuttaya Province
Author Mr. Preecha Jaempiriya
Major Program Health System Research and Development
Academic Year 1999

Abstract

The objectives of this descriptive qualitative research, "The Evaluation of Primary Care Service Information System", are to evaluate the operation of primary care service information system employed in the community health care center in Ayutthaya Province as the form of process evaluation; and to serve the principle that must be continuous as the individual and family level, can be the tool for diseases control and can also be reported to the higher departments.

Health Care Center 1 (Wat Intraram), which established for 6 years, was chosen as the observation unit since family practitioners have worked here permanently and continuously, a great number of keen observers have visited here, and also had a perfect and ready-to-evaluate information system. This for showing the operational process of the information system and the opinion of health care center providers and patients processing by the observation technique of information system, in-depth interview and focus group discussion to study all data by content analysis : analytic comparison. As a result, the evaluation effect of primary care service information system of the community health care center, Ayutthaya Province would be shown, and the result of this research could be used in order to develop the manuals and distribute them to primary care service centers for further use.

As from this research, the investigator found that the primary care service information system of the health care center at Ayutthaya Province has been developed by health care system research team, Ayutthaya Project. All of the information forms were divided into two steps which were the intra-episode record and the inter-episode record. As from the actual operation, most operators could operate properly based on the conceptual framework in the manuals. However, some activities did not achieve success and also give effect to the service such as family file and non-updated data finding, detail recording in the personal ticket, incomplete using of each information form, and synthesis card recording. Moreover, some activities could be operated better than details given in the manuals such as the appointment and patients-list finding. As for the overall picture of the information

forms, most of them were detailed forms and some of them had too limited columns. In using all of their information was depended on health awareness of patients and understanding of the providers, the total number of the patients (both continuous and non-continuous information checking had a strong influence on information processing) and also public awareness to stimulate interest in using information more beneficially. The Primary Care Service Information System is the optional choice of another health service center in the same level in order to build up the relationship between the providers and the patients, the follow-up treatment, and the clear-to-check service.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องการประเมินผลระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากท่านคณาจารย์ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สีลม แจ่มอุทิศรัตน์ และนายแพทย์ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มต้นทำการศึกษามาจนสำเร็จ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.สรยุทธ วาสิตานานนท์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชน (วัดอินทาราม) ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกและให้ความเป็นกันเองตลอดการเก็บข้อมูล

กราบขอบพระคุณ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย หึงห์ช่างชัย ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและเป็นผู้สอน คอยกำกับและติดตามการทำงาน ให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจมาโดยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอบคุณสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่จุดประกายริเริ่มหลักสูตรในการพัฒนานักวิจัยระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบงานสาธารณสุข และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กรุณาสนับสนุนในการศึกษาวิจัยบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ตลอดระยะเวลาการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ ได้รับกำลังใจและแรงกระตุ้นจากเพื่อนๆ นักศึกษาสาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข รุ่น 1, รุ่น 2, รุ่น 3 เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี

ปรีชา เจริมพิริยะ

สารบัญ

บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(11)
รายการภาพประกอบ	(12)
รายการผังงาน	(13)
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์เฉพาะ.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
รูปแบบการศึกษา.....	5
รอบแนวคิดระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิ.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2. การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 ศูนย์แพทย์ชุมชนและระบบข้อมูล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	7
2.2 ทฤษฎีระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ.....	17
2.3 หลักการและแนวคิดของการประเมินผล.....	18
2.4 แนวคิดในการวิจัยเชิงปฏิบัติการของศูนย์แพทย์ชุมชน.....	20
2.5 งานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง.....	25

3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
3.1 การเลือกพื้นที่ศึกษาและระยะเวลาในการศึกษา.....	28
3.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (KEY INFORMATIONS).....	29
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	30
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	33
3.5 ขั้นตอนการวิจัย.....	33
4. ผลการวิจัย.....	35
4.1 บริบทของศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทาราม).....	36
4.1.1 สถานที่ตั้งของศูนย์แพทย์วัดชุมชน.....	36
4.1.2 ประชาชนผู้ใช้บริการ.....	37
4.1.3 ระบบการเงินและการบริหารจัดการ.....	39
4.1.4 รูปแบบการบริการ.....	40
4.1.5 ทีมผู้ให้บริการ.....	42
4.1.5 ความสัมพันธ์กับชุมชน.....	43
4.1.6 ระบบข้อมูลข่าวสาร.....	44
4.2 ระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน.....	44
4.2.1 ขั้นตอนการบริการของคลินิกผู้ป่วยทั่วไป.....	46
4.2.2 ขั้นตอนการบริการของคลินิกฝากครรภ์.....	53
4.2.3 ขั้นตอนการบริการของคลินิกสุขภาพเด็กดี.....	58
4.2.4 ขั้นตอนการบริการของคลินิกวางแผนครอบครัว.....	60
4.2.5 ขั้นตอนการบริการของคลินิกโรคเรื้อรัง.....	66
4.2.6 กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน.....	73
4.3 การวิเคราะห์ความสอดคล้องและขั้นตอนระบบข้อมูลบริการปฐมภูมิ.....	79
4.3.1 สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของคู่มือ.....	79
4.3.2 ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด แต่ไม่มีผลต่อคุณภาพบริการ.....	80
4.3.3 ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด และมีผลต่อคุณภาพบริการ.....	80
4.3.4 ปฏิบัติได้ดีกว่ากรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของคู่มือ.....	81
4.3.5 วิเคราะห์ขั้นตอนระบบข้อมูลบริการปฐมภูมิ.....	81
การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป.....	83
การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์.....	87
การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี.....	90
การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการวางแผนครอบครัว.....	93

การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง.....	96
4.4 การวิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อนและจุดแข็งของระบบข้อมูลการบริการ ปฐมภูมิ.....	99
5. การอภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	105
การอภิปรายผล.....	105
ข้อเสนอแนะของการพัฒนาระบบข้อมูลการบริการปฐมภูมิ.....	108
ข้อเสนอแนะเชิงระบบ.....	109
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	109
6. บรรณานุกรม.....	110
7. ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก 1 Good care.....	114
ภาคผนวก 2 TERMINOLOGY.....	120
ภาคผนวก 3 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในการดำเนินงาน Primary Care.....	121
ภาคผนวก 4 คู่มือแฟ้มและบัตรต่างๆ.....	122
8. ประวัติผู้เขียน.....	186

รายการตาราง

ตาราง

1. ข้อมูลหมู่บ้านจำนวนครอบครัวในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชน
วัดอินทาราม.....38
2. แสดงรายรับและรายจ่ายของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม ปี 2541.....39
3. เปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของสถานพยาบาลของรัฐใน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....40
4. สรุปผลการปฏิบัติงานของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม ปี 2540-2541.....42
5. แสดงการจัดลำดับความสำคัญในการเยี่ยมบ้านของศูนย์แพทย์ชุมชน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....74

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ

1. แสดงการเคลื่อนย้ายและถ่ายเทข้อมูล ในระบบข้อมูลเพื่อผู้รับบริการของ
สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว.....13
2. แสดงวงจรของ Action Research.....21
3. แผนภูมิแสดงขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โครงการอยุธยา.....23
4. แผนภาพแสดงทีมงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ โครงการอยุธยา.....25
5. ค้างสถานสถานที่ทำการการวิจัย(setting).....29
6. แสดงลักษณะที่ตั้งและภายในอาคารของศูนย์แพทย์ชุมชน1
(วัดอินทราราม).....37

รายการผังงาน

ผังงาน

1. การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป.....83
2. การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์.....87
3. การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี.....90
4. การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการวางแผนครอบครัว.....93
5. การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง.....96

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริการปฐมภูมิ (primary care) เป็นการดูแลสุขภาพพื้นฐานที่เป็นบริการด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข เน้นการให้บริการที่พบป่วยแก่บุคคลทุกกลุ่มอายุ ทุกเพศ (first contact and generalist role) และสามารถให้การดูแลสุขภาพปัญหาที่ฉุกเฉินในระยะแรกได้ก่อนส่งต่อผู้ป่วย เป็นบริการแบบผสมผสานทั้งด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (integrated) เป็นบริการที่ให้การดูแลสุขภาพที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity) ตั้งแต่ก่อนป่วย เริ่มป่วย ขณะป่วยและหลังป่วย เป็นบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชน ให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพโดยเข้าใจถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของประชาชนที่รับผิดชอบ มีการประสานการดูแลสุขภาพกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดการร่วมดูแลที่เหมาะสม (holistic) ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุน (primary care system) ที่จะช่วยให้เกิดความเข้มแข็งได้ ซึ่งควรจะมีการขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือบริการอื่นในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ตลอดจนเวลาของการดำเนินงานให้บริการ (สุหัตรา ศรีวณิชชากร, 2540 ; อยุธยา พงษ์สุภาพ, 2540) ดังนั้นระบบข้อมูลของกิจกรรมบริการปฐมภูมิ จึงเพื่อการบริการมากกว่าการบริหาร เป็นการจัดให้มีข้อมูลข่าวสารในลักษณะรายละเอียดของครอบครัวที่หยิบใช้ได้ขณะบริการ เพื่อให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ทราบถึงความเป็นอยู่ในครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก ที่มีระบบข้อมูลที่เก็บประวัติต่อเนื่องตลอดชีวิตและมีความคล่องตัวในการใช้งาน (ทวีเกียรติ บุญญไพศาล, 2538)

จากปัจจัยเกื้อหนุนดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ระบบข้อมูลมีส่วนที่จะทำให้การดำเนินงานบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง อีกทั้งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆด้วย การขึ้นทะเบียนนั้นเป็นการทำให้การบริการปฐมภูมิ มีประชากรเป้าหมายที่ชัดเจน ถือเป็นฐานที่สำคัญ ซึ่งช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปสู่การออกแบบและการกำหนดกิจกรรมการให้บริการปฐมภูมิ เพื่อทำให้ผู้ให้บริการสามารถแสดงศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในอันที่จะทำให้ประชากรเป้าหมายได้รับประโยชน์สูงสุด (อยุธยา พงษ์สุภาพ, 2540) เมื่อมีการขึ้นทะเบียนก็จำเป็นต้องมีระบบข้อมูลมารองรับ เพื่อให้การบริการปฐมภูมิมีการดูแลแบบองค์รวม ความต่อเนื่อง และผสมผสาน เนื่องจากระบบข้อมูลตามกิจกรรมบริการ

ปฐมภูมินั้น จะมีการรวบรวมข้อมูลของประชาชนที่เข้าขึ้นทะเบียน เป็นข้อมูลทั้งครอบครัว ข้อมูลการรับบริการทุกกิจกรรมรวบรวมไว้ในที่เดียวกันเป็นแฟ้มข้อมูล จึงจะทำให้ผู้ให้บริการปฐมภูมิมีความเข้าใจผู้มารับบริการอย่างแท้จริง โดยมีข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบสภาพครอบครัวและสภาวะที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ แต่จากสภาพปัจจุบัน สถานบริการเน้นการจัดทำข้อมูลเพื่อการรายงานต่อหน่วยงานระดับสูง แต่ในการจัดทำระบบข้อมูลของสถานบริการการบริการปฐมภูมิ จะถูกสร้างเพื่อการบริการแก่ผู้ขึ้นทะเบียนทุกคน เพื่อเกิดความต่อเนื่องของข้อมูลของผู้ขึ้นทะเบียนทั้งในระดับรายบุคคลและรายครอบครัว (individual and family continuous records) เป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับ ประเมินผลงานและเข้าใจสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง (monitoring and evaluation) และประการสุดท้ายเพื่อรายงานต่อหน่วยงานที่สูงขึ้นไป (report for higher level) (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, ม.ป.ป.)

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีสภาพปัญหาต่างๆในการให้บริการดังนี้ ขาดคุณภาพการบริการ การแข่งขันระหว่างสถานบริการในแต่ละระดับมากกว่าการส่งเสริมกัน ขาดความเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการ ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน ไม่มีความคุ้มทุน จึงได้ร่วมกันจัดทำโครงการวิจัยอยุธยา เพื่อการวิจัยระบบสาธารณสุข (health system research) เริ่มต้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ด้วยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามคำแหง และสถาบันโรคเขตร้อน ประเทศเบลเยียม เป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีรูปแบบการให้บริการในอุดมคติ (ideal health service) ได้ยึดหลักแนวคิดตามหลักการของการให้บริการแบบบูรณาการหรือการบริการแบบองค์รวม (integrated health care system) มาเป็นรูปแบบการพัฒนา ซึ่งต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นการให้บริการที่เป็นคุณภาพเชิงสังคมควบคู่ไปกับเชิงเทคนิคการบริการ
2. ต้องไม่มีความซ้ำซ้อนกันระหว่างสถานบริการในแต่ละระดับ
3. ต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ

โดยการอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในระบบ เพื่อเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานตามสมมติฐานที่ว่า ในปัจจุบันการให้บริการในระดับปฐมภูมิ (primary care) มีความอ่อนแอ ในขณะที่ในระดับ secondary care มีความเข้มแข็งมาก ทางหนึ่งที่จะพัฒนาให้การบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพตามอุดมคติได้นั้น ต้องพัฒนาการบริการในระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็งขึ้น โดยต้องมีเงื่อนไข คือ ตั้งอยู่ในเขตชุมชน (decentralization) มีจำนวนประชากรจำกัดไม่มากหรือน้อย (appropriate coverage plan) มีทีมงานที่มีคุณภาพและมีความสามารถหลายด้าน (polyvalent team) ขนาดสถานบริการไม่ใหญ่เกินไปจนขัดขวางความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับสถานบริการ (minimum package) ให้บริการสม่ำเสมอตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ (permanent service) และสามารถให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในการตัดสินใจส่งต่ออย่างถูกต้อง (family consultation) ซึ่งจากเงื่อนไขดังกล่าวมาแล้ว พบว่าในเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ในเขตเมืองไม่มีสถานบริการสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติดังกล่าวเลย ดังนั้น

โครงการวิจัยอุรุษยา จึงได้ตัดสินใจสร้างสถานอนามัยในเขตเมืองขึ้น เรียกว่า "ศูนย์แพทย์ชุมชน" (urban health center)

ส่วนการดำเนินการระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้มีการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนารูปแบบระบบข้อมูลในกิจกรรมแบบปฐมภูมิ โดยเริ่มจากกระบวนการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐาน (basic data) ประสบการณ์ (past experience) และหลักการ (general principle) ของทฤษฎีวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้ปฏิบัติงานระบบข้อมูลศูนย์แพทย์ชุมชน จนเกิดการตัดสินใจเบื้องต้น (empirical decision) (รวินนท์ สิริกนกวิไล, ม.ป.ป. : 45-47 ; Prof. P. Mercenier อ้างในขงยุทธ พงษ์สุภาพ, ม.ป.ป. : 41) ในการจัดทำรูปแบบระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน และได้พัฒนาคู่มือ (instruction) ของระบบข้อมูล แต่ยังไม่มีการประเมินระบบข้อมูลดังกล่าวในภาพรวม เพื่อเป็นการสะท้อนการปฏิบัติ (reflection) ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (อากรณ เชื้อประไพ, 2541) ซึ่งทางทฤษฎีวิจัยเชิงปฏิบัติของศูนย์ชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความต้องการที่จะให้มีการประเมินผลจาก External Researcher (V.De Brouwere, et al, 1996)

ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจเรื่องนี้และได้ติดต่อนักวิจัยเชิงปฏิบัติการในโครงการอุรุษยาผ่านสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อไปทำการศึกษาและไปศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) เบื้องต้น ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยาซึ่งมีอยู่ 4 แห่ง และได้ตัดสินใจเลือกศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทาราม) เนื่องจากเป็นศูนย์แพทย์ชุมชนที่เปิดมาเป็นเวลานาน มีแพทย์ประจำและต่อเนื่อง มีผู้มาศึกษาดูงานเป็นจำนวนมากและมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีครบและความพร้อมที่จะรับการประเมิน โดยเลือกใช้วิธีการประเมินเชิงคุณภาพ เพื่อให้เห็นการดำเนินการเกี่ยวข้องระหว่างระบบข้อมูลและความคิดเห็นของผู้ให้บริการของศูนย์ชุมชนและผู้รับบริการ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกต (observation technique) การทำงานระบบข้อมูลสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ตามเนื้อหา (content analysis) โดยวิธี analytic comparison เพื่อให้ได้ผลประเมินระบบข้อมูลการกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ว่าเป็นอย่างไร และผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคู่มือและเผยแพร่ให้แก่หน่วยงานที่มีบริการปฐมภูมินำไปใช้ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิ ของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ว่าเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความสอดคล้องระหว่างการปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ กับกรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของคู่มือ (instruction) เพียงใด
2. เพื่อหาปัญหา จุดเด่นและจุดด้อยของระบบข้อมูลของศูนย์แพทย์

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์วัดอินทาราม (แพทย์, พยาบาลเวชปฏิบัติ, พยาบาลวิชาชีพ, พยาบาลเทคนิค และลูกจ้าง), ผู้ที่มาใช้บริการและญาติ

เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จะทำการเก็บข้อมูลให้กระจายทุกวันทำการ(จันทร์-เสาร์) และทุกช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงเช้า เวลา 08.00น.-12.00น. และช่วงเย็นเวลา 17.00 น. – 20.00 น.

สถานที่ ทำการศึกษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทาราม) อำเภอเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และครอบครัวของชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทาราม)

คำถามการวิจัย

1. ระบบข้อมูลของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาทำการได้ตามขั้นตอนของแต่ละประเภทข้อมูลตามที่ระบุคู่มือ(instruction) ที่สร้างใหม่หรือไม่ อย่างไร
2. ปัญหา จุดเด่นและจุดด้อยของระบบข้อมูลของศูนย์แพทย์ว่าเป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

การปฏิบัติงานจริงของระบบข้อมูลของกิจกรรมบริการปฐมภูมิ ในศูนย์แพทย์ชุมชนกับกรอบแนวคิดมีลักษณะ 4 แบบ คือ

1. ระบบข้อมูลของกิจกรรมบริการปฐมภูมิ ที่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งในทางปฏิบัติและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของคู่มือ
2. ระบบข้อมูลของกิจกรรมบริการปฐมภูมิ ที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งในทางปฏิบัติและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของคู่มือ แต่ไม่มีผลต่อการให้บริการ

3. ระบบข้อมูลของกิจกรรมบริการปฐมภูมิ ที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ ในทางปฏิบัติและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของคู่มือ แต่มีผลต่อการให้บริการ

4. ระบบข้อมูลของกิจกรรมบริการปฐมภูมิ ที่สามารถปฏิบัติได้ดีกว่ากรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของคู่มือ แต่ไม่มีผลต่อการให้บริการ

รูปแบบการศึกษา

Quality Research

กรอบแนวคิดระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิ

แนวคิดของระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความต้องการที่จะให้ความสำคัญของข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิอยู่ 3 ระดับ (ชงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2541) คือ

- 1) ระบบข้อมูลเพื่อความต่อเนื่องของข้อมูลของสมาชิกของศูนย์แพทย์ชุมชนทั้งในระดับรายบุคคลและครอบครัว (individual and family continuous records)
- 2) ระบบข้อมูล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับ ประเมินผลงาน (monitoring and evaluation report) ตลอดจนเพิ่มความเข้าใจสถานการณ์ของศูนย์แพทย์ชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- 3) ระบบข้อมูลเพื่อการรายงานที่ต้องส่งไปยังหน่วยงานที่สูงขึ้น (report for higher levels) เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นิยามศัพท์

กิจกรรมการบริการปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการแบบผสมผสานทั้งด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (integrate) เป็นบริการที่ให้การดูแลสุขภาพที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity) ตั้งแต่ก่อนป่วย เริ่มป่วย ขณะป่วยและหลังป่วย เป็นบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชน ให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพโดยเข้าใจถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของประชาชนที่รับผิดชอบ มีการประสานการดูแลสุขภาพกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดการร่วมดูแลที่เหมาะสม (holistic)

ระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการ หมายถึง ข้อเท็จจริงที่รวบรวมเพื่อการจัดการในกิจกรรมของศูนย์แพทย์ชุมชนให้มีความคล่องตัวและสามารถให้บริการตามแนวคิดของการให้บริการปฐมภูมิ ได้

แก่ แฟ้มอนามัยครอบครัว (Family file) บัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ (Synthesis card) บัตรปฏิบัติการ (Operational card) สมุดประจำตัวผู้รับบริการ (Personal book) บัตรประจำตัวผู้รับบริการ (Personal ticket) ใบสั่งยา (Prescription form)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ผลการสะท้อนถึงปัญหา จุดอ่อน จุดแข็งจากการประเมินผลระบบข้อมูลการบริการแบบปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อนำไปแก้ไขปรับปรุงต่อไป
2. ได้ข้อคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์และประชาชนที่มีต่อระบบข้อมูลศูนย์แพทย์ชุมชน
3. เป็นแนวทางในการดำเนินงานในการพัฒนาระบบข้อมูลและคู่มือที่เหมาะสมต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปเผยแพร่ต่อหน่วยงานในระดับเดียวกันแห่งอื่น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย “ประสิทธิผลเชิงปฏิบัติการของการพัฒนาระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” ดังนี้

- 2.1 ศูนย์แพทย์ชุมชนและระบบข้อมูล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 2.2 ทฤษฎีระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ
- 2.3 หลักการและแนวคิดของประเมินผล
- 2.4 แนวคิดในการวิจัยเชิงปฏิบัติการของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ศูนย์แพทย์ชุมชนและระบบข้อมูล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ทางเลือกหนึ่งในการพัฒนากิจกรรมการบริการปฐมภูมิ (primary care) ซึ่งการบริการปฐมภูมิมิทั้งเขตชนบท (rural) และเขตเมือง (urban) โดยเขตชนบทมีสถานอนามัยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในชนบท ซึ่งในปัจจุบันเขตเมืองหรือชุมชนขนาดใหญ่ยังมีช่องว่างในการให้บริการปฐมภูมิระหว่างประชาชนและหน่วยให้บริการ เนื่องจากโรงพยาบาลในเมืองหรือชุมชนใหญ่มีโครงสร้างและองค์กรไม่เหมาะกับการให้บริการปฐมภูมิ เพราะมีกลุ่มเป้าหมายที่รับบริการที่ไม่ชัดเจน ไม่มีการขึ้นทะเบียน ระบบบริการไม่สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมบริการปฐมภูมิ

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากสภาพปัญหาต่างๆในการให้บริการแก่ประชาชน โดยเฉพาะในเขตเมือง มีสถานบริการจำนวนมากและขนาดใหญ่ มีแพทย์เฉพาะทางที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยทุกๆไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการไม่ดี และมีการตลาดเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงก่อให้เกิดปัญหา (โครงการวิจัยอยุธยา, 2537 : 2-6) ดังนี้

- (1) ขาดคุณภาพการบริการ (lack of quality of care) เนื่องจาก ศูนย์รวมอยู่ที่โรงพยาบาลทั้ง primary care และ secondary care ทำให้ขาดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง,ผสมผสานและแบบองค์รวมในเขตเมือง
- (2) มีลักษณะการแข่งขันกัน (competition) ระหว่างสถานบริการในแต่ละระดับมากกว่าการส่งเสริมซึ่งกันและกัน (complementary) เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกันในบทบาทการให้บริการ

ระหว่างโรงพยาบาลกับสถานอนามัย หรือระหว่างโรงพยาบาลด้วยกันเอง และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกระดับ แต่การบริหารจัดการอยู่ภายใต้คนละเงื่อนไข ลักษณะเช่นนี้ให้เกิดการแข่งขันกัน มากกว่าการส่งเสริมซึ่งและกัน โดยจะเห็นจากความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลและสถานอนามัยในการส่งต่อผู้ป่วย บางครั้งก็ถูกต่อว่าทำเกินหน้าที่บ้างหรือน้อยกว่าหน้าที่บ้าง

- (3) ขาดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (inquiry) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน มากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีหลักประกันสุขภาพ และเป็นการต่อรองกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้ผู้ที่มีฐานะดีกว่าย่อมมีสิทธิต่อรองในการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขมากกว่าผู้มีฐานะยากจน
- (4) ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน ลักษณะการให้บริการที่ไม่มีขอบเขตชัดเจน ทำให้การมีส่วนร่วมจากประชาชนมีน้อยเกินไป เพราะโรงพยาบาลมีขนาดใหญ่เกินไปที่จะทำความรู้จักกับประชาชน ในขณะที่สถานอนามัยไม่รับการศรัทธาจากประชาชนในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชน
- (5) ขาดความประหยัด เพราะมีการนำเทคโนโลยีและการตลาดมาใช้ โดยเฉพาะในภาคเอกชน ทำให้เกิดมีการใช้บริการเกินความจำเป็น (over utilization and over investigation) ต้องสูญเสียเงินเพื่อการบริการสูงเกินความจำเป็น

ดังนั้น จังหวัดอุษาคเนย์ได้ร่วมกันจัดทำโครงการวิจัยยุทธศาสตร์ เพื่อการวิจัยระบบสาธารณสุข (health system research) เริ่มต้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ด้วยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันโรคเขตร้อน ประเทศเบลเยียม เป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีรูปแบบการให้บริการในอุดมคติ (ideal health service) ได้ยึดหลักแนวคิดตามหลักการของการให้บริการแบบบูรณาการหรือการบริการแบบองค์รวม (integrated health care system) มาเป็นรูปแบบการพัฒนา ซึ่งต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- (1) เป็นการให้บริการที่เป็นคุณภาพเชิงสังคมควบคู่ไปกับเชิงเทคนิคการบริการ โดยไม่เพียงแต่ต้องถูกต้องการหลักวิชาการแพทย์เท่านั้น แต่ยังคงคำนึงถึงความต่อเนื่อง การผสมผสานการให้บริการ และความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม
- (2) ต้องไม่มีความซ้ำซ้อนกันระหว่างสถานบริการในแต่ละระดับ โรงพยาบาลจะต้องมีการกระจายอำนาจในการให้บริการสาธารณสุขไปอยู่ในชุมชนให้เหมาะสมโดยโรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบในเรื่องของความยุ่งยากซับซ้อนของความเจ็บป่วยให้มากขึ้น และลดงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนไปอยู่ที่สถานบริการที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด
- 3) ต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ จะต้องมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และมีความเชื่อมโยงของข้อมูลข่าวสารผู้ป่วยอย่างเป็นเอกภาพ

โดยการอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในระบบ เพื่อเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานตามสมมติฐานที่ว่า การให้บริการในระดับปฐมภูมิ (primary care) มีความอ่อนแอ ในขณะที่ในระดับ secondary care มีความเข้มแข็งมาก ทางหนึ่งที่จะพัฒนาให้การบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพตามอุดมคติได้นั้น ต้องพัฒนาการบริการในระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็งขึ้น โดยต้องมีเงื่อนไข คือ ตั้งอยู่ในเขตชุมชน (decentralization) มีจำนวนประชากรจำกัดไม่มากหรือน้อย (appropriate coverage plan) มีทีมงานที่มีคุณภาพและมีความสามารถหลายด้าน (polyvalent team) ขนาดสถานบริการไม่ใหญ่เกินไปจนขีดขวางความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับสถานบริการ (minimum package) ให้บริการสม่ำเสมอตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ (permanent service) และสามารถให้ความปรึกษาแก่ประชาชนในการตัดสินใจส่งต่ออย่างถูกต้อง (family consultation) ซึ่งจากเงื่อนไขดังกล่าวมาแล้ว พบว่าในเขตเมืองและชนบทมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ในเขตเมืองไม่มีสถานบริการสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติดังกล่าวเลย ดังนั้นโครงการวิจัยอยุธยา จึงได้ตัดสินใจในการสร้างสถานีอนามัยในเขตเมืองขึ้น เรียกว่า "ศูนย์แพทย์ชุมชน" (urban health center)

ศูนย์แพทย์ชุมชน (urban health center) เป็นสถานบริการที่ตั้งอยู่ในชุมชนเขตเมือง เพื่อการให้บริการปฐมภูมิ (primary care) ในชุมชนเขตเมือง โดยมีจุดมุ่งหมายให้ศูนย์แพทย์ชุมชนสามารถให้การดูแลสุขภาพปัญหาที่ฉุกเฉินในระยะแรกได้ก่อนส่งต่อผู้ป่วย เป็นบริการแบบผสมผสานทั้งด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (integrate) เป็นบริการที่ให้การดูแลสุขภาพที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity) ตั้งแต่ก่อนป่วย เริ่มป่วย ขณะป่วยและหลังป่วย เป็นบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชน ให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพ โดยเข้าใจถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของประชาชนที่รับผิดชอบ มีการประสานการดูแลสุขภาพกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดการร่วมดูแลที่เหมาะสม (holistic) เพื่อให้เกิดตามแนวความคิดดังกล่าวนี้ ศูนย์แพทย์ชุมชนจึงต้องมีการจัดระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุน (primary care system) ที่จะช่วยให้ความ เข้มแข็งได้ ควรจะมีการขึ้นทะเบียน ระบบข้อมูล ระบบการเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือบริการอื่นในระบบ การปรับบทบาทหน้าที่ตลอดจนเวลาของการดำเนินงานให้บริการ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2540 ; ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2540) ดังนั้น การจะสร้างศูนย์แพทย์ชุมชนจะต้องสร้างความร่วมมือร่วมระหว่างภาครัฐและชุมชนและมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างดีและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน

ระบบข้อมูลในศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อให้การจัดการในกิจกรรมของศูนย์แพทย์ชุมชนมีความคล่องตัวและสามารถให้บริการตามแนวคิดของการให้บริการปฐมภูมิ จึงต้องมีระบบข้อมูลที่สามารถอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีได้ ดังนั้น ในส่วนของระบบข้อมูลในศูนย์แพทย์ชุมชนจะกล่าวถึงอยู่ 2 ประเด็นดังนี้

2.1.1 หลักการทั่วไปของระบบข้อมูลของศูนย์แพทย์ชุมชน

2.1.2 เพิ่มและบัตรต่างๆ

2.1.1 หลักการทั่วไป (general principle) ของระบบข้อมูลในศูนย์แพทย์ชุมชน มี 3 ระดับ (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2541) คือ

- (1) ระบบข้อมูลเพื่อความต่อเนื่องของข้อมูลของสมาชิกของศูนย์แพทย์ชุมชนทั้งในระดับรายบุคคลและครอบครัว (individual and family continuous records)
- (2) ระบบข้อมูล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับ ประเมินผลงาน (monitoring and evaluation report) ตลอดจนเพิ่มความเข้าใจสถานการณ์ของศูนย์แพทย์ชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- (3) ระบบข้อมูลเพื่อการรายงานที่ต้องส่งไปยังหน่วยงานที่สูงขึ้น (report for higher levels) เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

หลักการของระบบข้อมูลเพื่อผู้รับบริการสำหรับสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว เป้าหมายสำคัญของการมีระบบข้อมูลสำหรับเวชปฏิบัติครอบครัวคือ การทำให้มีข้อมูลทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สำหรับสมาชิกทุกคน เพื่อให้ให้เห็นการเชื่อมโยงของเหตุการณ์ต่างๆ ทางด้านสุขภาพซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ถูกแยกออกจากกันด้วยการดำเนินไปของเวลา การมีข้อมูลอย่างต่อเนื่องนี้ สามารถทำให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ 2 ประการคือ

- (1) เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้รับบริการในขณะที่ให้บริการ (operational) โดยใช่ประโยชน์จากข้อมูลที่มีอยู่ช่วยเพิ่มคุณภาพของการให้บริการ
- (2) เพื่อประโยชน์สำหรับการวิจัย (research) ซึ่งเป็นการพัฒนาองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ จากการทำเป็นความรู้เฉพาะที่ พัฒนาเป็นความรู้ที่สามารถใช้ได้ทั่วไป

การออกแบบระบบข้อมูลนี้ ออกแบบเพื่อรองรับการบันทึกข้อมูล ตามความแตกต่างกันของลักษณะและความแตกต่างกันของระยะเวลาของปัญหาสุขภาพดังนี้

2.1.1.1 ระบบข้อมูลในส่วนที่ออกแบบเพื่อการเก็บข้อมูลอย่างความต่อเนื่องตลอดชีวิต หรือเพื่อ การเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องระยะยาว (long term)

ระบบข้อมูลในส่วนที่ออกแบบเพื่อใช้บันทึกหรือเก็บข้อมูลระยะยาวนี้ออกแบบออกมาเป็นลักษณะของบัตร ในที่นี้จะเรียกบัตรนี้ว่า บัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่นำ

มาบันทึกในบัตรนี้ เกิดจากการกรอหรือการสังเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญ จากแหล่งข้อมูล (บัตรปฏิบัติ การ บัตรประจำตัวผู้รับบริการ เวชระเบียนของโรงพยาบาล) ที่บันทึก ปัญหาสุขภาพต่างๆ ซึ่งมีการสร้างมาตรฐานในการถ่ายเทข้อมูล เพื่อทำให้เกิดการ บันทึกลงบัตรสรุปสภาวะที่สำคัญได้อย่างเป็นระบบ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า การ บันทึกลงบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญนี้เป็นการบันทึกเพื่อทำให้เกิดความเชื่อมโยง ของข้อมูลระหว่างปัญหาสุขภาพ (inter-episode records) เพื่อสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ ประโยชน์สำหรับสมาชิกได้ในระยะยาว ซึ่งบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญนี้ จะถูก เก็บรวมไว้ใน แฟ้มอนามัยครอบครัว (family file) ของแต่ละครอบครัว แฟ้มอนามัย ครอบครัวนี้อาจเก็บตามบ้านเลขที่ โดยเก็บไว้ที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว

2.1.1.2 ระบบข้อมูลในส่วนที่ออกแบบ เพื่อการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องภายในปัญหา

สุขภาพนั้นๆ (intra-episode record)

ระบบข้อมูลที่ออกแบบเพื่อรองรับการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องภายในปัญหา สุขภาพนั้นๆ อาจแบ่งตามระยะเวลาของปัญหาสุขภาพเป็น 2 ลักษณะคือ

(1) ปัญหาสุขภาพที่ใช้เวลาในการดำเนินไปของปัญหาสุขภาพนั้นเป็นเวลาด นานในที่นี้จะเรียกว่าเป็นการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องระยะกลาง (medium term)

ระบบข้อมูลที่ถูกออกแบบเพื่อรองรับข้อมูลลักษณะนี้ประกอบไปด้วย

- ระบบข้อมูลที่ออกแบบออกมาเป็นลักษณะของบัตร ในที่นี้จะเรียก บัตรนี้ว่า บัตรปฏิบัติการ (operational cards) ใช้บันทึกข้อมูลของปัญหา สุขภาพที่ ต้องใช้เวลาในการดูแลปัญหาสุขภาพเป็นระยะเวลานาน ซึ่งมีความ จำเป็นที่จะต้องมียูรูปแบบหรือลักษณะของบัตรที่มีความจำเพาะสำหรับปัญหา สุขภาพนั้นๆ และควรมีการสร้างมาตรฐานสำหรับกรบันทึกข้อมูล เพื่อทำให้ มีข้อมูลที่จะทำให้เกิดเห็นวิวัฒนาการของปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ ตัวอย่าง ของปัญหาสุขภาพที่ควรมีบัตรปฏิบัติการลักษณะดังกล่าว ที่จะใช้สำหรับการ บันทึกข้อมูลประกอบด้วย

- โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค เป็นต้น
- หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในช่วงคุมกำเนิด
- หญิงมีครรภ์
- เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ซึ่งบัตรปฏิบัติการนี้จะใช้ร่วมกับ สมุดประจำตัวผู้รับบริการ (personal book) โดยที่สมุดประจำตัวผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะเป็นผู้เก็บ และบัตร

ปฏิบัติการจะเก็บไว้ในแฟ้มปฏิทินวันนัด (dairy box) ซึ่งจะเก็บไว้ที่สถาน
บริการเวชปฏิบัติครอบครัว

- ระบบข้อมูลที่มีอยู่แล้วในลักษณะ เวชระเบียนของโรงพยาบาล
(hospital file) เป็นระบบข้อมูลที่รองรับในกรณีที่มีการ admit ที่โรงพยาบาล
ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะบันทึกเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในขณะที่ admit ที่
โรงพยาบาล ซึ่งมีพัฒนาการของปัญหาสุขภาพที่เร็ว และมีกิจกรรมการให้
บริการทางด้านสุขภาพจำนวนมาก อย่างไรก็ตามการบันทึกอย่างเป็นระบบ
ช่วยทำให้การใช้ข้อมูลในภายหลังมีความสะดวกยิ่งขึ้น

(2) ปัญหาสุขภาพที่ใช้เวลาในการดำเนิน ไปของปัญหาสุขภาพนั้นเป็นเวลา
สั้นในที่นี่จะเรียกว่าเป็นการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องระยะสั้น (short term)

ระบบข้อมูลที่ถูกออกแบบเพื่อรองรับข้อมูลลักษณะนี้ประกอบไปด้วย

- ระบบข้อมูลที่ถูกออกแบบออกมาเป็นลักษณะของบัตร ในที่นี่จะเรียก
บัตรนี้ว่า บัตรประจำตัวผู้รับบริการ (personal ticket) ใช้บันทึกข้อมูลของ
ปัญหาสุขภาพที่ต้องใช้เวลาในการดูแลปัญหาสุขภาพระยะสั้น หรืออาจกล่าว
ได้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพในลักษณะของปัญหาสุขภาพแบบเฉียบพลัน (acute
episode) ซึ่งมีความจำเป็น เช่นกันในการทำมาตรฐาน เพื่อการบันทึก
ข้อมูลอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลอื่นได้ง่าย อนึ่ง การสร้าง
มาตรฐานเพื่อการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบนั้น กล่าวได้ว่า การสร้าง
มาตรฐานเพื่อบันทึกข้อมูลในบัตรประจำตัวผู้รับบริการเป็นส่วนที่ยากที่สุด

- ระบบข้อมูลที่มีอยู่แล้วในลักษณะ เวชระเบียนของโรงพยาบาล
(hospital file) หรือบางครั้งอาจเรียกว่าเป็น OPD card ของโรงพยาบาล ซึ่ง
ใช้บันทึกในกรณีที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลแล้วไม่ได้รับการ admit การ
บันทึกนี้สามารถผสมผสานโดยใช้เวชระเบียนเดียวกันกับการบันทึกปัญหา
สุขภาพอย่างต่อเนื่องระยะกลาง

(3) ระบบข้อมูลในส่วนที่ออกแบบเพื่อรองรับการเก็บข้อมูลเป็นรายครอบครัว
(family record)

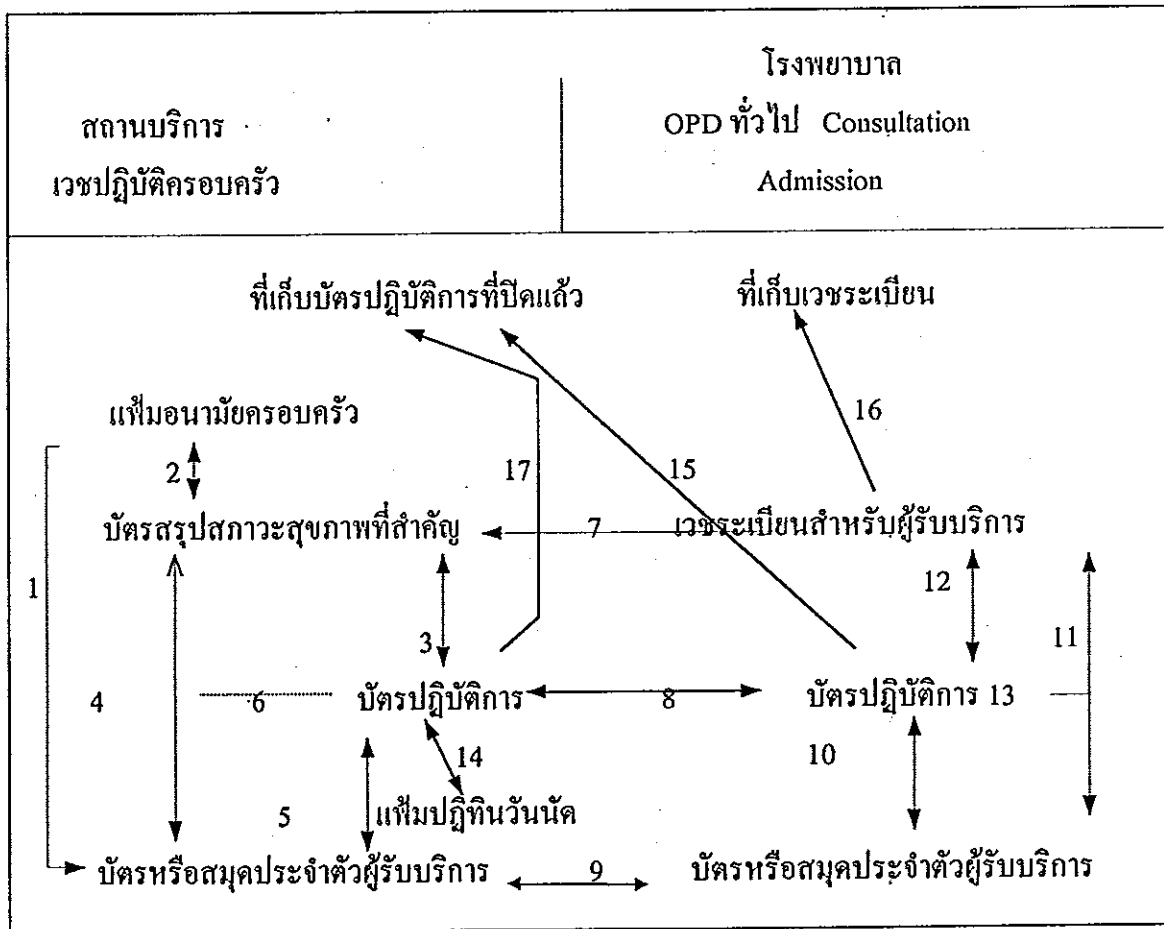
การออกแบบระบบข้อมูลเพื่อรองรับการเก็บข้อมูลเป็นรายครอบครัวนั้น ออก
แบบออกมาเป็นลักษณะของแฟ้ม ในที่นี่จะเรียกว่า แฟ้มอนามัยครอบครัว (family
file) ซึ่งตัวแฟ้ม จะมีข้อมูลพื้นฐานของแต่ละครอบครัว เช่น ชื่อของสมาชิกภายใน
ครอบครัว วันเดือนปีเกิด สิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาล แผนที่ที่ตั้งของบ้านตลอดจน

ถึงแวดล้อมที่น่าสนใจภายในบ้านหรือรอบๆ บ้าน การที่ใช้แฟ้มนี้เป็นที่เก็บบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว ดังนั้นเมื่อใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวนี้ นอกจากจะทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกแต่ละคนแล้ว ยังสามารถทำให้เข้าใจสภาวะสุขภาพที่สำคัญของสมาชิกแต่ละคนอีกด้วย

(4) การเคลื่อนย้ายเอกสาร และการถ่ายเทข้อมูล

การแสดงให้เห็นถึงการเคลื่อนย้ายของเอกสารและการไหลเวียนของข้อมูลในระบบข้อมูลเพื่อผู้รับบริการในสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ในที่นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ ในการที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในความต่อเนื่องของข้อมูลของแต่ละบุคคลที่เป็นสมาชิกของสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว การเคลื่อนย้ายและการถ่ายเทข้อมูลสามารถสรุปได้โดยย่อดังแผนภาพต่อไปนี้

ภาพประกอบ 1 แสดงการเคลื่อนย้ายและถ่ายเทข้อมูล ในระบบข้อมูลเพื่อผู้รับบริการของสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว



- การถ่ายเทข้อมูลระหว่างแฟ้มหรือบัตร
- การเคลื่อนย้ายของแฟ้มหรือบัตร

2.1.2 แฟ้มและบัตรต่างๆ ที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูล มีดังนี้ แฟ้มอนามัยครอบครัว (family file) บัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญ (synthesis card) บัตรปฏิบัติการ (operational card) สมุดประจำตัวผู้รับบริการ (personal book) บัตรประจำตัวผู้รับบริการ (personal ticket) ใบสั่งยา (prescription form) สำหรับการใช้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

เพื่อเพิ่มความเข้าใจในแผนภาพข้างต้นสามารถอธิบายให้เห็นถึงความต่อเนื่องของข้อมูลได้ดังต่อไปนี้

2.1.2.1 บัตรหรือแฟ้มที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล และที่อยู่หรือที่เก็บของบัตรหรือแฟ้มนั้นๆ

1) บัตรหรือแฟ้ม ในส่วนที่จะเก็บไว้ที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวเท่านั้น

- แฟ้มอนามัยครอบครัว (family files) เก็บเรียงตามบ้านเลขที่
- บัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญ (synthesis cards) เก็บไว้ในแฟ้มอนามัยครอบครัว (หมายเลข 2 ในแผนภาพ)

2) บัตรหรือแฟ้ม ในส่วนที่จะเก็บไว้เฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น

- เวชระเบียนสำหรับคนผู้รับบริการของโรงพยาบาล หลังจากส่งผู้รับบริการกลับไปยังชุมชน หรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว เวชระเบียนนี้จะเก็บไว้ที่โรงพยาบาล (หมายเลข 16 ในแผนภาพ)

3) บัตรหรือแฟ้มที่อาจมีการเคลื่อนย้าย และใช้บันทึกทั้งที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวและโรงพยาบาล

- บัตรปฏิบัติการ (operational cards) ในขณะที่ผู้รับบริการมารับบริการ บัตรปฏิบัติการจะมีการส่งต่อและส่งกลับ ระหว่างโรงพยาบาลกับสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ด้วยระบบการส่งจดหมายหรือเอกสารภายใน (หมายเลข 8 ในแผนภาพ) ถ้าปัญหาสุขภาพยังไม่สิ้นสุดและผู้รับบริการอยู่ที่บ้านหรือทำงานตามปกติ บัตรปฏิบัติการจะเก็บไว้ในแฟ้มปฏิทินวันนัด (หมายเลข 14 ในแผนภาพ) ซึ่งจะเก็บตามวันนัดของผู้รับบริการ โดยแฟ้มปฏิทินตามวันนัดนี้จะเก็บไว้ที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ส่วนกรณีปัญหาสุขภาพสิ้นสุดและบัตรปฏิบัติการได้รับการปิดแล้ว จะเก็บไว้รอการประเมินผลที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว (หมายเลข 15 และ 17 ในแผนภาพ)
- บัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ (personal ticket or personal book) ผู้รับบริการจะเป็นผู้ถือและเก็บไว้กับผู้รับบริการ และสามารถใช้ได้ทั้งสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว และโรงพยาบาล (หมายเลข 9 ในแผนภาพ)

4) เอกสารควบคุมบัตรปฏิบัติการเพื่อป้องกันการสูญหาย

- ทะเบียนควบคุมเมื่อมีการเปิด ส่งต่อ รับกลับ และปิดบัตรปฏิบัติการ ที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว (หมายเลข 6 ในแผนภาพ)

- ทะเบียนควบคุมเมื่อมีการ ได้รับและส่งกลับบัตรปฏิบัติการ ที่โรงพยาบาล (หมายเลข 13 ในแผนภาพ)

2.1.2.2 การเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการใช้และการบันทึกข้อมูล ระหว่างสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวกับโรงพยาบาล

การบันทึกข้อมูลขึ้นอยู่กับชนิดและลักษณะของปัญหาสุขภาพต่าง ๆ (episode of health problems) ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

1) ชนิดหรือปัญหาสุขภาพที่พิจารณาว่ามีความสำคัญ (significant episodes)

ชนิดหรือปัญหาสุขภาพที่ถือว่ามีความสำคัญในที่นี้อาจพิจารณาในทางปฏิบัติเป็น 2 กรณี คือ กรณีที่ผู้รับบริการต้องนอนโรงพยาบาล และกรณีที่ต้องเปิดบัตรปฏิบัติการ การออกแบบเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการบันทึก การใช้ และป้องกันการสูญหายของข้อมูลมีดังต่อไปนี้

- กรณีต้องรับบริการความช่วยเหลือที่ห้องนอนโรงพยาบาล (hospitalisation) ขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาลรายละเอียดของข้อมูล จะบันทึกอยู่ในเวชระเบียนประวัติผู้รับบริการของโรงพยาบาล และจะสรุปลงในจดหมาย (discharge letter) ที่จะส่งข้อมูลกลับไปยังสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งจะมีเนื้อหาที่สามารถบันทึกลงในบัตรบันทึกสุขภาพที่สำคัญ (synthesis card) ได้

จดหมายดังกล่าวจะส่งโดยระบบเดินจดหมายหรือเอกสารภายใน เช่น คนงานของสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวจะเป็นผู้นำส่งจดหมายนี้ (หมายเลข 7 ของแผนภาพ) ยิ่งไปกว่านั้นยังมีบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ ซึ่งสามารถใช้ในการบันทึกข้อมูลที่สำคัญจากการที่ผู้รับบริการต้องนอนโรงพยาบาล โดยที่ผู้รับบริการจะเป็นผู้ถือบัตรหรือสมุดประจำตัวนี้ กล่าวได้ว่าจะเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะทำให้เกิดการเชื่อมกันของข้อมูลระหว่าง สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวกับโรงพยาบาล (หมายเลข 11 และ 9 ในแผนภาพ)

- กรณีที่จะต้องเปิดบัตรปฏิบัติการ ข้อบ่งชี้ในกรณีที่จะต้องเปิดบัตรปฏิบัติ การคือ กรณีที่ต้องให้บริการอย่างต่อเนื่องเป็นกรณีพิเศษ ที่ชัดเจนที่สุดอย่างน้อยมี 2 กรณีใหญ่ ๆ คือ

- กรณีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค เป็นต้น
- กรณีในช่วงที่ต้องมีการให้การเฝ้าระวังเป็นพิเศษ (period of special surveillance) เช่น อายุต่ำกว่า 5 ปี ขณะตั้งครรภ์ หญิงวัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น

เมื่อมีความจำเป็นที่ผู้รับบริการจะต้องได้รับการส่งต่อจากสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวไปยังโรงพยาบาล หรือจากโรงพยาบาลไปยังสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว บัตรปฏิบัติการจะถูกส่งต่อโดยระบบการส่งจดหมายหรือเอกสารภายใน

ดังนั้น เพื่อป้องกันการสูญหายของบัตรปฏิบัติการ จึงต้องมีการลงทะเบียนเมื่อมีการเปิด-ส่งต่อ-ได้รับ-ส่งกลับ-หรือปิดบัตรปฏิบัติการ การลงทะเบียนลักษณะนี้ควรลงอย่างง่าย เช่น ลงเฉพาะหมายเลขบัตรปฏิบัติการ ชื่อผู้รับบริการ และวันที่เปิด-ส่งต่อ-ได้รับ-ส่งกลับ-หรือปิด

บัตรปฏิบัติการ (หมายเลข 6, 8, และ 13 ในแผนภาพ)

นอกจากนั้นยังคงมี บัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการที่จะเป็นตัวเชื่อมระหว่างสถานบริการ โดยที่ผู้รับบริการจะเป็นผู้ถือบัตรหรือสมุดนี้ และจะสามารถเชื่อมข้อมูลระหว่างบัตรหรือสมุด กับบัตรปฏิบัติการได้อีกด้วย (หมายเลข 5, 10 และ 9 ในแผนภาพ)

สำหรับกรณีที่จะสรุปข้อมูลบางประการ ลงในบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ สามารถสรุปข้อมูลที่สำคัญได้จาก บัตรปฏิบัติการ (หมายเลข 3 ในแผนภาพ) และบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ (หมายเลข 4 ในแผนภาพ) หรือจากจดหมายส่งกลับ (ถ้ามี: ส่วนใหญ่จำเป็นต้องมีก็ต่อเมื่อกรณีผู้รับบริการต้องนอนโรงพยาบาล) อย่างไรก็ตามการเคลื่อนย้ายบัตรปฏิการนั้นขึ้นอยู่กับโครงการพิเศษต่าง ๆ (vertical programe) ของแต่ละปัญหาสุขภาพด้วย

2) ชนิดหรือปัญหาสุขภาพทั่วไป (non significant episode)

กรณีปัญหาสุขภาพนั้น ไม่มีการเปิดบัตรปฏิบัติการ หรือ ไม่มีการส่งต่อโดยจดหมายระหว่างสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวกับโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นกรณีที่พบบ่อยที่สุดของทั้งสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวและโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลสามารถเชื่อมต่อโดยบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ โดยที่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ถือจะเป็นผู้นำส่งเอง (หมายเลข 9 ในแผนภาพ)

สำหรับบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ สามารถเชื่อมต่อกับเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยมี Hospital number อยู่ในบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ (หมายเลข 16 และ 11 ในแผนภาพ) และสามารถเชื่อมต่อกับบัตรปฏิบัติการที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวได้เช่นเดียวกัน (หมายเลข 4 ในแผนภาพ)

3) การเชื่อมต่อของข้อมูลระหว่างบัตรหรือเอกสารภายในสถานบริการ

- ที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว

- ข้อมูลพื้นฐานที่ได้เมื่อขึ้นทะเบียนบุคคลเป็นสมาชิกสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งข้อมูลนี้จะถูกบันทึกอยู่ใน แฟ้มอนามัยครอบครัว (ดูรายละเอียดในวิธีการขึ้นทะเบียนรับบุคคล เป็นสมาชิกของสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว)

- ข้อมูลที่จะใช้เมื่อสมาชิกเข้ามาสู่ระบบบริการ โดยการมารับบริการในแต่ละปัญหาสุขภาพ ก่อนที่จะทำบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ ต้องเริ่มต้นจากข้อมูลที่มีอยู่ในแฟ้มอนามัยครอบครัว (หมายเลข 1 ในแผนภาพ) ถ้ามีบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญอยู่ในแฟ้มอนามัยครอบครัว และถ้าบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญนั้นเป็นของผู้ที่มารับบริการคนนั้น ควรจะลง เลขที่ของบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญลงในบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการด้วย เพื่อเป็นการเตือนให้ผู้ใช้บริการทุกคนตระหนักว่าผู้รับบริการมีบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญนี้จะทำให้ทราบประวัติอดีต และทราบแหล่งที่อยู่จากการรู้หมายเลขของบัตรปฏิบัติการ (ถ้ามี) และทราบ

รายละเอียดของประวัติอดีตจากบัตรปฏิบัติการได้ในกรณีจำเป็น (หมายเลข 4, (2), 3, 5, (6,14 และ17) ในแผนภาพ)

- ที่โรงพยาบาล

- กรณีต้องนอนโรงพยาบาล

- เมื่อได้รับการ admit: ข้อมูลจากบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการที่จำเป็น จะถูกนำไปบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน (หมายเลข 11 ในแผนภาพ) แต่บางครั้งมีบัตรปฏิบัติการด้วย ซึ่งก่อนที่จะนำข้อมูลที่จำเป็นมาบันทึกลงในเวชระเบียนผู้ป่วยใน จะผ่านการขึ้นทะเบียน (หมายเลข 13, 12, (8) ในแผนภาพ)

- เมื่อทำการ discharge: ข้อมูลที่จำเป็นจะถูกบันทึกลงในบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ (หมายเลข 11 ในแผนภาพ) บางครั้งผู้รับบริการอาจจะยังไม่มีบัตรหรือสมุดนี้ โรงพยาบาลจะเป็นผู้ออกบัตรหรือสมุดใหม่ให้กับผู้รับบริการ และนอกจากนั้นโรงพยาบาลจะมีจดหมาย (discharge letter) ส่งกลับไปยังสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ด้วยระบบการส่งจดหมายและเอกสารภายใน ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น

- กรณีที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

กรณีเป็นคนไข้นอก ไม่ว่าจะเกิดจากการส่งต่อหรือไม่ก็ตาม ข้อมูลจะถูกบันทึกลงในเฉพาะในบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ กรณีผู้รับบริการเคยมีประวัติอยู่ที่โรงพยาบาล จะสามารถเชื่อมโยงกับเวชระเบียนประวัติของโรงพยาบาลได้ (หมายเลข 9 และ 11 ในแผนภาพ) ยกเว้นบางกรณีเท่านั้นที่อาจมีบัตรปฏิบัติการด้วย ซึ่งจะสามารถเชื่อมโยงกับบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการได้ด้วย (หมายเลข 10, (8, 13) ในแผนภาพ)

4) เมื่อปัญหาสุขภาพสิ้นสุดลง

เมื่อปัญหาสุขภาพสิ้นสุดลง ที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว จะปิดบัตรปฏิบัติการซึ่งปกติจะเก็บอยู่ในแฟ้มปฏิทินวันนัด โดยจะเก็บไว้เพื่อรอการประเมินผลที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว (หมายเลข 15 และ 17 ในแผนภาพ) ส่วนบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะเป็นผู้เก็บเอาไว้เอง

ส่วนเวชระเบียนประวัติผู้รับบริการในขณะที่ได้รับบริการที่โรงพยาบาล เมื่อผู้รับบริการถูกส่งกลับ เวชระเบียนประวัตินี้จะเก็บไว้ที่โรงพยาบาล (หมายเลข 16 ในแผนภาพ)

2.2 ทฤษฎีระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ

สารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสาร เป็นทรัพยากรที่สำคัญอย่างหนึ่งขององค์กร เพื่อให้การดำเนินงานและการติดต่อประสานงานกันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกิจกรรมบริการแบบปฐม

ภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชนก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีระบบข่าวสารที่ดี เพื่อตอบสนองการบริการให้ครอบคลุมมากขึ้น

สารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสาร (information) หมายถึง ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลและถูกจัดให้อยู่ในรูปที่มีความหมายและเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้รับ ซึ่งสารสนเทศประกอบด้วย ข้อมูลเอกสาร เสียง หรือรูปภาพต่างๆ (ชุมพล ศฤงคารศิริ, 2538 น.55)

ระบบสารสนเทศ (information system) หมายถึง การประมวลผลข้อมูลให้เป็นสารสนเทศ หรือจากข้อมูลที่อยู่ในรูปที่ยังไม่ได้ให้อยู่ในรูปที่ใช้การได้ตามที่ผู้รับต้องการ (ชุมพล ศฤงคารศิริ, 2538 น.55) ลักษณะของสารสนเทศที่ดี

- 2.2.1 ความเที่ยงตรง (accuracy) เป็นสารสนเทศที่ไม่ทำให้เกิดความเข้าใจผิด (mistake), มีข้อผิดพลาด (error) และมีความชัดเจน (clear)
- 2.2.2 ทันต่อเวลา (timeliness) เป็นสารสนเทศที่อยู่ในช่วงเวลาที่กำหนด
- 2.2.3 ตรงกับความต้องการ (relevancy) เป็นสารสนเทศที่สามารถจะตอบคำถามตามที่ผู้รับเจาะจงไว้ ตรงประเด็นที่ตั้งไว้

2.3 หลักการและแนวคิดของการประเมินผล

การประเมินผล คือ วิธีการเรียนรู้อย่างเป็นระบบจากประสบการณ์และการใช้บทเรียนที่เรียนรู้มาแล้วนำมาปรับปรุงกิจกรรมต่างๆ ในปัจจุบัน และส่งเสริมการวางแผนให้ดีขึ้น โดยการคัดเลือกอย่างระมัดระวังซึ่งทางเลือกต่างๆ สำหรับนำไปปฏิบัติในอนาคต ดังนั้น การประเมินผลจึงควรเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ที่มุ่งจะให้บริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น (W.H.O., 1981 อ้างตาม เพ็ญศรี สุโรจน์, 2529 : 494)

การจำแนกประเภทโดยวิธีการและรูปแบบของการประเมินผลเป็นหลัก (ประทุม เจริญผล, 2528 : 337) แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

- 1) การประเมินผลเป้าประสงค์ (goal attainment model) คือการประเมินผลโดยมุ่งพิจารณาเฉพาะผลการปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ
- 2) การประเมินผลกระทบ (system model) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานในลักษณะเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการผลิตหรือกระบวนการให้บริการ (process) ผลผลิตหรือบริการ (output) และผลกระทบของการปฏิบัติงาน (impact) หรือผลข้างเคียง (side effect) ซึ่งจะต้องประเมินผลส่วนประกอบทั้งนี้ให้ครบทั้งระบบ

การแบ่งการประเมินผลออกเป็น 5 รูปแบบ (Edward A. Suchman อ้างตาม ประทุม เจริญผล, 2528 : 337-338) คือ

- 1) การประเมินผลความพยายามในการปฏิบัติงาน (effort evaluation) เป็นการประเมินผล ปริมาณ และคุณภาพของกิจกรรมที่ปฏิบัติว่า ทำอะไรบ้าง และทำได้ดีแค่ไหน โดยประเมิน จากปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรของแผนหรือโครงการว่าใช้อะไรไปบ้างและในปริมาณแค่ไหน เช่น ความถี่ของการเยี่ยมคนไข้ของโรงพยาบาล จำนวนคนไข้ที่มารับบริการ และการ ใช้จ่ายเงินงบประมาณที่ได้รับ เป็นต้น
- 2) การประเมินผลการปฏิบัติงาน (performance evaluation) เป็นการประเมินผลผลิตหรือผลงาน ที่ได้รับจากความพยายามในการปฏิบัติงานที่ได้กระทำลงไป ว่าได้ผลและมีประสิทธิภาพ เพียงใด มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงพัฒนาทางที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ โดยจะต้องระบุวัตถุประสงค์และงานที่ได้รับให้ชัดเจน ในการปฏิบัติงานบางครั้งใช้ความพยายามมากแต่อาจไม่ เกิดผลสำเร็จเลยก็ได้
- 3) การประเมินผลความเพียงพอของการปฏิบัติงาน (adequacy of performance) เป็นการวัด สัมฤทธิ์ผลของผลผลิตหรือการปฏิบัติงานว่าเพียงพอหรือไม่ เมื่อเทียบกับผลโดยส่วนร่วมการ วัดผลสัมฤทธิ์นี้ขึ้นอยู่กับอัตราความเพียงพอที่กำหนดไว้
- 4) การประเมินผลด้านประสิทธิภาพ (efficiency evaluation) เป็นการประเมินคุณภาพใน การปฏิบัติงานของแผนงานหรือโครงการ โดยเปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างความพยายาม กับ ผลการปฏิบัติงาน หรือระหว่างผลผลิตกับปัจจัยนำเข้า
- 5) การประเมินผลกระบวนการ (process evaluation) เป็นการวิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติงาน ใน 4 ด้าน คือ
 - (1) คุณลักษณะของการปฏิบัติงาน หรือคุณลักษณะ ของแผนงานหรือโครงการว่า ประกอบด้วยลักษณะอะไรบ้าง แต่ละส่วนส่งเสริม สนับสนุนและมีผลต่อปฏิบัติ งานอย่างไร
 - (2) ประชากรกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ การให้บริการจะให้ผลต่อประชากรกลุ่ม เป้าหมายใดอัตราผลกระทบแตกต่างกันอย่างไร
 - (3) สภาพการณ์แวดล้อม ที่จะมีผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการปฏิบัติงาน มีอย่างไร
 - (4) คุณลักษณะของผลประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นแบบเอกประสงค์ หรืออนกประสงค์ เป็นผลที่เกิดโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ประเภทของผลประโยชน์นี้เป็นเรื่องของ พฤติกรรมหรือความคิดเห็นและระยะเวลาของการส่งผลยาวนานเท่าใด

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างกระบวนการปฏิบัติงานจริงกับแนวทางการ

ดำเนินงานของข้อมูลที่กำหนดในคู่มือว่าเป็นอย่างไร และจะใช้การประเมินผลกระบวนการ (process evaluation) จากทฤษฎีระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ ใน 4 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะของการปฏิบัติงาน ประชากรหรือผู้ได้รับบริการและผู้ให้บริการ สภาวะการณ์แวดล้อมที่มีผลต่อความสำเร็จและล้มเหลว คุณลักษณะของผลประโยชน์ที่จะได้รับ

2.4 แนวคิดในการวิจัยเชิงปฏิบัติการของศูนย์แพทย์ชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ต้นกำเนิดของการวิจัยปฏิบัติการ (action research) (พันธุทิพย์ รามสูตร, 2540 ; De Brouwere V, Kegels G, Van Dorneal M, Van Lerberghe W., 1995.) พัฒนาค้นมาจากปรัชญาเชิงสังคมวิทยา (philosophy of sociology) ซึ่ง Kurt Lewin เป็นบุคคลแรกที่ทำให้คำอธิบายการวิจัยชนิดนี้ในปี 1946 โดยอธิบายในลักษณะของการที่ได้ค้นพบว่า การเปลี่ยนแปลงสังคม (changing the social system) ผ่านผู้ปฏิบัติหรือนักปฏิบัติ (actors) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในสังคมนั้นๆ โดยถือว่าการปฏิบัติ (action) ทำหน้าที่เป็นเสมือนตัวกลาง (means) ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป็นผลทำให้เกิดองค์ความรู้ที่สำคัญ (critical knowledge) อันเป็นผลผลิตของการเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้นๆ

ต่อมาได้มีผู้ทำให้คำจำกัดความ (definitions) หรือความหมายของการวิจัยปฏิบัติการอีกหลายท่าน (De Brouwere V, Kegels G, Van Dorneal M, Van Lerberghe W., 1995.) เช่น

Chein, Cook และ Harding (1948) เป็นผู้ใช้คำว่า diagnostic action-research โดยให้ความหมายของการวิจัยลักษณะนี้ว่า นักวิจัย (researcher) มีส่วนร่วมเฉพาะการเก็บข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยระบบที่ทำการวิจัย (client system) และมีการสะท้อนข้อมูลกลับ (feed-back) ไปยังระบบ

Rapoport (1970) ให้ความหมายของการวิจัยปฏิบัติการว่า เป้าหมายของการวิจัยปฏิบัติการคือการทำให้เกิดการแก้ปัญหาในทางปฏิบัติและสามารถทราบผลรับของการแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ในขณะที่เดียวกันสามารถทำให้เกิด การร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยกับประชาชนในลักษณะที่มีการใช้กรอบแนวคิดที่ใช้อ้างอิงถึง (reference framework) ร่วมกัน ซึ่งเป็นที่ยอมรับทั้งในเชิงจริยธรรมและการพึ่งพาอาศัยกัน (ethically and mutually acceptable)

Susman and Evered (1978) เพิ่มเป้าหมายของการวิจัยปฏิบัติการจาก Rapoport ว่า เป็นการพัฒนาในบริบทของการเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-learning) ของประชาชน ในการเพิ่มศักยภาพของประชาชนที่จะต้องเป็นผู้เผชิญกับปัญหาต่างๆ

นอกจากนั้นยังมีคำที่ใช้บ่อยอีก 3 คำคือ Empirical Action Research, Participatory Action Research (PAR), Experimental Action Research ซึ่ง Monique Van Dorneal ได้อธิบายความหมายของทั้ง 3 คำ ไว้ดังนี้

Empirical Action Research จะใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้ประเมินผลการปฏิบัติ ที่เกิดจากผู้ปฏิบัติในระบบที่ทำการวิจัย (client system) และให้ข้อมูลสะท้อนกลับไปยังระบบ

Participatory Action Research (PAR) จะใช้ในกรณีที่การวินิจฉัยปัญหา และการวางแผนเพื่อการปฏิบัติ เกิดจากการร่วมมือกันระหว่างนักวิจัยกับผู้ที่อยู่ในระบบ

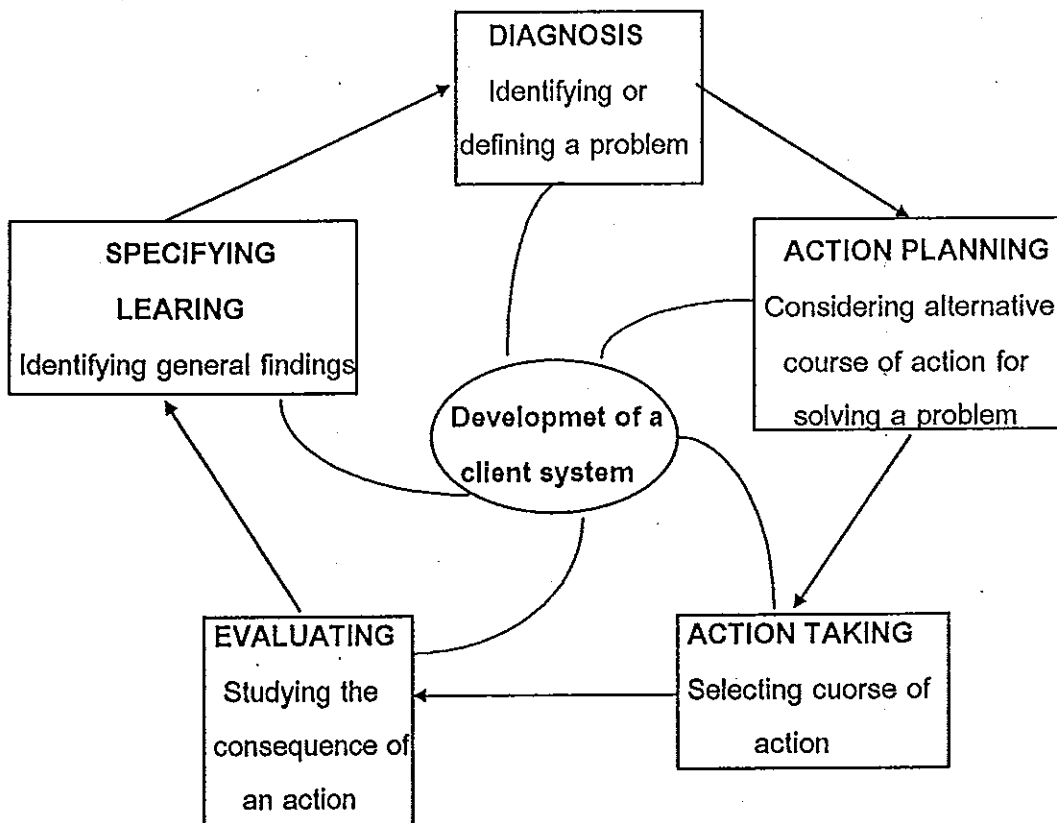
Experimental Action Research จะใช้ในกรณีที่นักวิจัยและผู้ที่อยู่ในระบบมีการร่วมมือกันในทุกระยะหรือเกือบทุกระยะของการวิจัยซึ่งรวมถึงผลที่ตามมาจากการวิจัย

ในที่นี้สามารถสรุปคุณลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการได้ 4 ประการ (พันซ์ทิพย์ งามสูตร, 2540) คือ

- การร่วมมือและประสานงานกันระหว่างนักวิจัยกับนักปฏิบัติ
- การแก้ไขปัญหาในลักษณะของการลงมือปฏิบัติ
- การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ
- การพัฒนาทฤษฎี

สำหรับวงจรของ Action Research นั้น Susman และ Evered ได้นำเสนอวงจรของการวิจัยปฏิบัติการ และแบ่งวงจรนี้ออกได้ 5 ระยะคือ situation diagnosis, action planing, action itself, evaluation, production of knowledge แล้วจึงย้อนกลับมาที่ situation diagnosis... ดังแผนภาพต่อไปนี้

ภาพประกอบ 2 แสดงวงจรของ Action Research (from Susman and Evered 1978)



ตามกระบวนการหรือวิธีการ (methodology) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมต่อการบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีการผสมผสาน (integrated) ความต่อเนื่อง (continuity) และเป็นองค์รวม (holistic) ทีมวิจัยโครงการอยุธยา จึงได้พัฒนาศูนย์ชุมชนขึ้นมาเพื่อให้บริการประชาชนในเขตชุมชนเมือง และระบบข้อมูลเป็นปัจจัยที่มีส่วนที่จะทำให้การดำเนินกิจกรรมการบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง ซึ่งทางทีมวิจัยเชิงปฏิบัติโครงการอยุธยาจึงได้พัฒนารูปแบบของระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิขึ้นมาจาก การรวบรวมข้อมูลจากผลการวิจัยต่างๆ จนเกิดเป็นปัจจัย พื้นฐาน 3 ประการ ดังนี้

2.4.1 ข้อมูลพื้นฐาน (basic data) เป็นข้อมูลในการช่วยให้เข้าใจและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น เช่น ข้อมูลประชากร การกระจาย งบประมาณที่มีและการใช้ ข้อมูลการใช้บริการ พฤติกรรมการแสวงหาบริการ

2.4.2 ประสบการณ์ที่ผ่านมา (past experience) เป็นความรู้ จากประสบการณ์ทั้งของทีมผู้ปฏิบัติ ผู้วิจัยและจากแหล่งอื่นๆ โดยการเปลี่ยนข้อมูลดิบเชิงปริมาณหรือจากการสังเกต (raw data or raw material of observation) ไปเป็นความรู้หรือข้อมูลเชิงประสบการณ์ที่นำไปใช้ประโยชน์ได้ (useful or relevant fact)

2.4.3 หลักการทั่วไปหรือจุดมุ่งหมาย (general principle) ของระบบข้อมูล เพื่อทำให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูลทั้งรายบุคคลและครอบครัว เป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับและประเมินผล ประการสุดท้ายใช้เป็นข้อมูลรายงานไปยังหน่วยงานระดับสูง

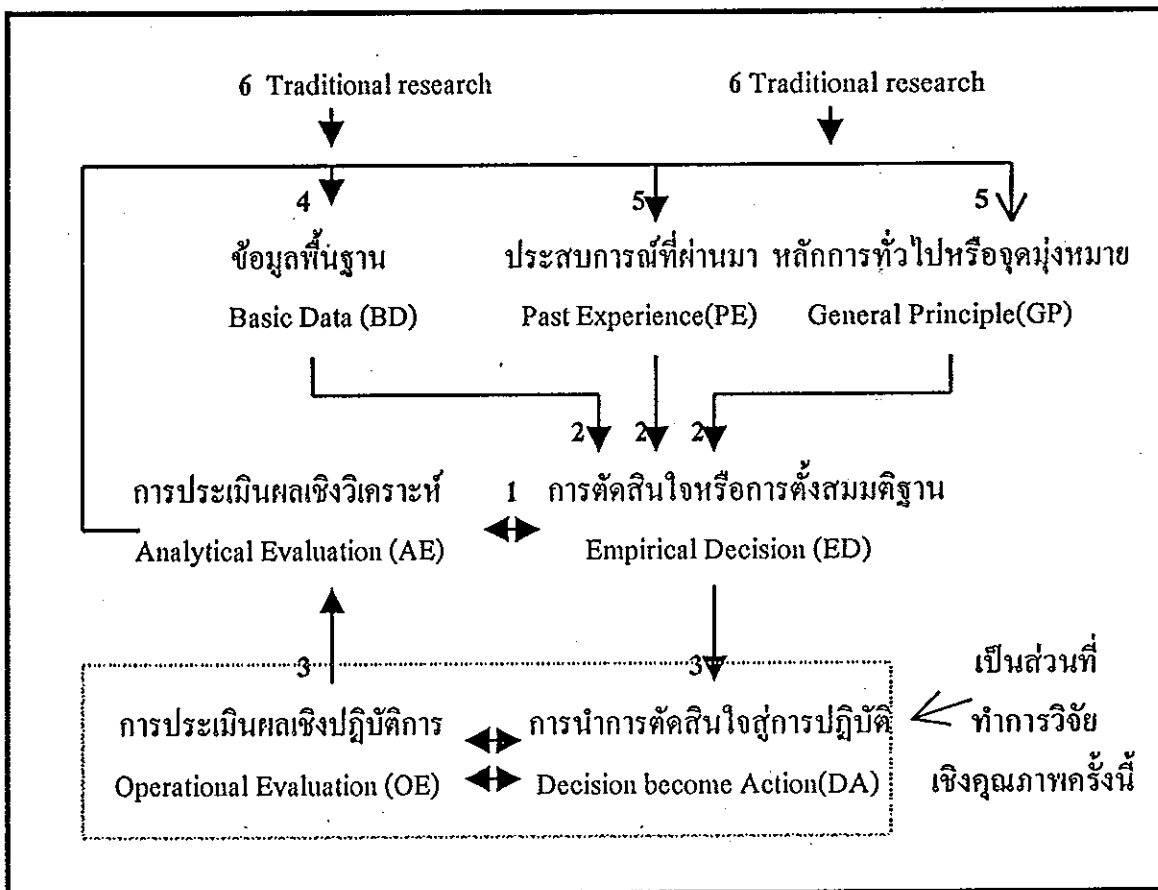
ดังนั้น จึงเกิดการตัดสินใจ (empirical decision) สร้างแบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ขึ้นมาเพื่อใช้ในการบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่อง จนสามารถนำไปได้ในระยะหนึ่ง จึงได้สร้างคู่มือ (instruction) เพื่อการปฏิบัติงานระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิขึ้น (ตัวอย่างคู่มือ ภาคผนวก) ใช้เป็นตัวแปลความความหมายของการตัดสินใจถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติ ขณะที่เกิดการตัดสินใจนั้น ยังไม่สามารถรู้ได้แน่นอนชัดเจนว่า สิ่งที่เราได้ตัดสินใจที่จะทำนั้น เป็นการตัดสินใจที่ดีที่สุด ซึ่งความจริงแล้วการตัดสินใจเหล่านี้เป็นเพียง สมมติฐาน (dynamic hypothesis) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าในคู่มือนั้น ต้องไม่มีความขัดแย้งกับหลักการทั่วไปหรือจุดมุ่งหมายของการตัดสินใจดังกล่าว จึงต้องมีการประเมินผล จึงจำเป็นต้องมีการวัดผล (measure) วิเคราะห์ผล (analysis) และแปลผล (interpret) จึงได้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน

1) การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ (operation evaluation) เพื่อพยายามค้นหาให้ได้ว่า การปฏิบัติ นั้นๆ เป็นไปตามคู่มือที่กำหนดไว้อย่างถูกต้องหรือไม่ จำเป็นต้องประเมินผลจากการปฏิบัติที่แท้จริง

2) การประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (analytical evaluation) เป็นการนำผลจากการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ “เป็นที่น่าพอใจ” คือได้คำตอบว่า การปฏิบัตินั้นๆ เป็นไปตามคู่มืออย่างถูกต้องหรือไม่ จึงเริ่ม

ประเมินผลเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาคำตอบว่าเรายืนยัน (confirm) หรือไม่ยอมรับ (reject) (รวินนท์ ศิริกนก
 วิไล, ม.ป.ป. : 45-51 ; Prof. P. Mercenier อ้างในขงยุทธ พงษ์สุภาพ,ม.ป.ป. : 41-45)

ซึ่งจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ทีมวิจัยโครงการอยุธยา ได้ดำเนินการมีขั้นตอนการ
 ดำเนินการดังนี้



ภาพประกอบ 3 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโครงการอยุธยา นำเสนอโดย
 Prof. P. mercenier เนื้อหาที่นำเสนอในภาพนี้คัดแปลงมาจากคำบรรยายของ
 Prof. P. mercenier ขณะที่มาตีพิมพ์ในงานโครงการอยุธยา (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2541 : 41)

Prof. Mercencier ได้อธิบายขงจรนี้ไว้ว่า

จากขงจรในแผนภูมินั้นจะเห็นได้ว่าจุดที่มีความสำคัญคือ “การตัดสินใจ” ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็น
 สะพานเชื่อมระหว่าง การปฏิบัติ ซึ่งต้องการการตัดสินใจ และการวิจัย ซึ่งการตัดสินใจเป็นเพียงสมมติ
 ฐานเชิงพลวัตที่ต้องการทดสอบ การตัดสินใจนั้นเกิดขึ้นเพื่อต้องการให้ระบบหรือสถานการณ์มีการ
 เปลี่ยนแปลงไปเป็นระบบหรือสถานการณ์ที่คาดหวัง ไม่ว่าจะการเปลี่ยนแปลงนั้นจะเป็นไปตามที่คาด
 หวังไว้หรือไม่ ในแนวคิดทางด้านการวิจัย เมื่อครบขงจรดังกล่าวจะมีผลที่สะท้อนกลับ (feed-back) มา
 ว่า จะยอมรับการตัดสินใจเชิงประจักษ์ (empirical decision) หรือสมมติฐานเชิงพลวัต (dynamic

hypothesis) นี้หรือไม่ ถึงแม้จะไม่ยอมรับ แต่ก็ยังคงมีประโยชน์ต่อการตัดสินใจหรือการตั้งสมมติฐานครั้งใหม่ ที่จะทำให้วงจรของการวิจัยนี้ดำเนินต่อไป (1)

ในการที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ หรือการที่จะทำให้การตั้งสมมติฐานเชิงพลวัตรได้อย่างมีเหตุผลมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ต้องอาศัยกรอบแนวคิดรวบยอดหรือหลักการทั่วไปที่นำมาใช้อ้างอิงถึง และการวิเคราะห์สถานการณ์ในขณะนั้น รวมทั้งประสบการณ์ต่างๆ ในอดีตที่ผ่านมา (2)

องค์ประกอบถัดมาของวงจร (3) คือการนำการตัดสินใจไปสู่การประยุกต์ใช้และการปฏิบัติ ถ้าคำนึงถึงองค์ประกอบของการใช้ทรัพยากรบุคคลของวงจรการวิจัยในวงจรนี้ เป็นวงจรเดียวกันกับวงจรของการวิจัยปฏิบัติการในลักษณะที่จะต้องอาศัยความเข้าใจว่า สิ่งที่จะต้องนำไปสู่การปฏิบัตินั้น อะไรคือแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมรับรู้การตัดสินใจ เพื่อที่จะสามารถนำการตัดสินใจนั้นไปประยุกต์ใช้ ในการที่จะทำให้บรรลุความคาดหวังของการตัดสินใจ

องค์ประกอบในวงจรที่เป็นการสะท้อนกลับ (4) อีกประการหนึ่งคือ การที่จะทำให้ทราบสถานการณ์ชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการตัดสินใจ ในขณะเดียวกันนั้นทำให้สามารถเพิ่มความเข้าใจและวินิจฉัยสถานการณ์ได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา (continuous rediagnosis of the situation)

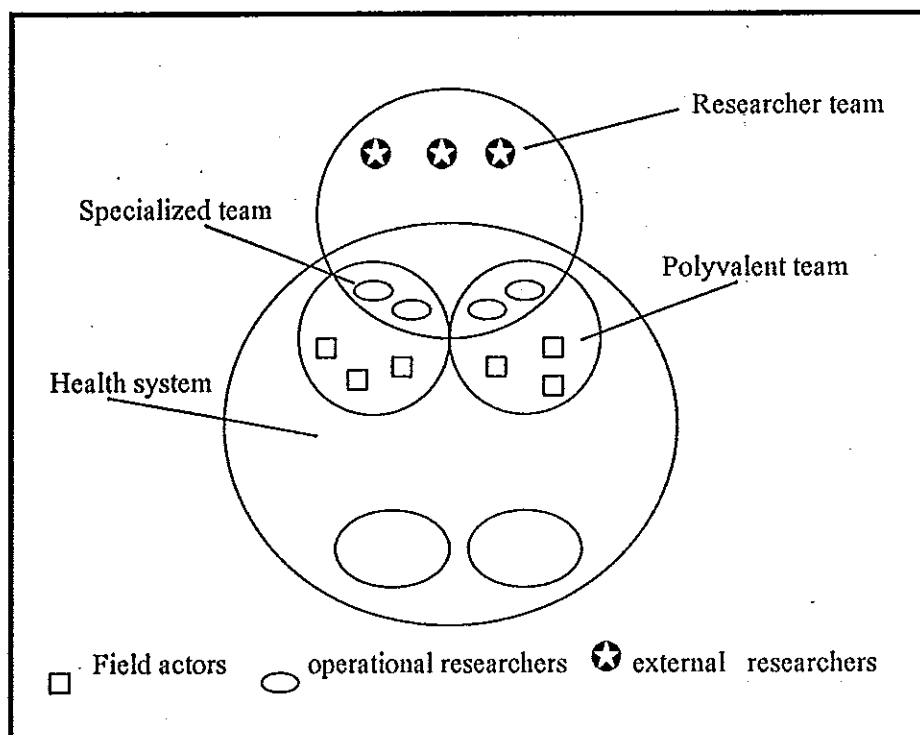
ในทางปฏิบัติกระบวนการที่กล่าวถึงนี้ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาดระหว่างการบริหารจัดการที่ดีกับการวิจัย โดยพื้นฐานแล้วกระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่ประยุกต์เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเชิงวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ โดยหลักการแล้วสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในการพัฒนากระบวนการให้บริการทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการพัฒนาระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ

องค์ประกอบที่เป็นการสะท้อนกลับประการสุดท้าย (5) สำหรับวงจรนี้คือการทำให้กรอบแนวคิดรวบยอดที่ใช้สำหรับอ้างอิงถึงความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ตลอดจนเป็นการเพิ่มประสบการณ์ ซึ่งสามารถเป็นบทเรียนที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขในอื่นๆ ได้ด้วย โดยเฉพาะการเพิ่มศักยภาพทางด้านการบริหารจัดการ

สำหรับกระบวนการวิจัยแบบดั้งเดิม (traditional reseach) นั้นสามารถนำมาช่วย (6) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ รวมทั้งหาองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมามีเพิ่มเติมเมื่อมีความจำเป็น เช่น การทบทวนสมมติฐานเชิงสถิติ ตลอดจนการทบทวนวรรณกรรม (review literature) ต่างๆ

กระบวนการวิธีการดำเนินการ (วิจัย) ทั้งหมดดังกล่าวข้างต้นนี้ อาจเรียกอีกอย่างได้ว่าเป็นการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ (systematic management) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อเอื้อให้บุคคลที่อยู่ในระบบสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อทำงานหรือให้บริการและพัฒนาระบบ

จากการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการโครงการอยุธยาตามขั้นในภาพที่ 3 มีความต้องการนักวิจัยภายนอก (external research) ร่วมในกระบวนการประเมินผลเชิงปฏิบัติการของระบบข้อมูลของการสร้างคู่มือเพื่อการปฏิบัติการ (ตามภาพที่ 2 บริเวณสี่เหลี่ยมจุดไข่ปลา) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยประเมินผล โดยเป็นนักวิจัยภายนอก ที่ต้องเข้าใจกระบวนการวิจัยระบบบริการให้บริการ โดยเฉพาะการวิจัยเชิงปฏิบัติการและหลักการทั่วไปของระบบข้อมูล มีบทบาท ให้มุมมองจากภายนอกเพื่อช่วยให้นักวิจัยดำเนินการ ได้นำสิ่งที่เข้ามาจากภายนอก (ภาพที่ 4)



ภาพประกอบ 4 แผนภาพแสดงทีมงานวิจัยเชิงปฏิบัติการโครงการอยุธยา (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2541 : 47)

2.5 งานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

จากการวิจัยของวีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์และคณะ ในการสำรวจความเห็นและข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามสุขคอแบบฟอร์มรายงานต่างๆที่ต้องกรอกเป็นประจำ จากทั่วประเทศ จากการสุ่มตัวอย่างวิธี สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic sampling) โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ สถานีอนามัยตอบกลับ 396 ชุดเป็นร้อยละ 54 โรงพยาบาลชุมชน 53 ชุด ร้อยละ 44 พบว่า เจ้าหน้าที่ใช้เวลาในระเบียบรายงาน เฉลี่ย 53 ชั่วโมงต่อเดือน ซึ่งเป็นร้อยละ 22 ของเวลาราชการทั้งหมด โดยต่างจากการการคำนวณคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกว่าใช้เวลา มากกว่า ร้อยละ 40 เนื่องจากองค์

การอนามัยโลกได้รวบรวมเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย และมักขาดความรู้ในรายงานที่กิจกรรมหรือปัญหาที่ไม่พบบ่อย จึงทำให้รายงานดังกล่าวขาดความน่าเชื่อถือและมีประโยชน์น้อย จากการหาสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างเวลา,ระดับความรู้,การตรวจสอบก่อนส่ง, ความเชื่อถือ, ความยุ่งยาก, ประโยชน์ พบว่าเวลามีความสัมพันธ์กับความแปรปรวนในเชิงบวก (มากกว่า 0.5) และการวิเคราะห์สนับสนุนทฤษฎีการลดน้อยถอยลงของอรรถประโยชน์สุดท้าย (deminishing return) ที่ว่าการลงทุนที่มากเกินไปจะมีผลประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นลดลง โดยการวิจัยนี้พบว่าการใช้เวลาที่มากขึ้นตามลำดับจะทำให้ประสิทธิภาพพลดลงตามลำดับด้วย (วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์,2533) และการวิจัยการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการบริหารจัดการระดับจังหวัด (Prakrom Vuthipongse, et. al,1989) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้จังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่ศึกษา โดยมีการประชุมกลุ่ม(normal group process) การทบทวนระเบียบรายงานและการสัมภาษณ์ทางลึก พบว่า การที่จะก่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ของข้อมูลข่าวสาร ต้องทำให้ผู้ใช้เกิดความพึงพอใจในการบริหารข้อมูลก่อน มี 2 แนวทาง โดยการปรับปรุงเครื่องมือให้ดีขึ้นและแนวทางการพัฒนาระบบการบริหารข้อมูล โดยการปรับปรุงข่ายการไหลเวียนของข้อมูล เครื่องชี้วัดที่เหมาะสมและเทคนิคการบริหารข้อมูล และประเด็นหลัก คือการพัฒนาคนโดยการจัดการอบรม นิเทศ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ ทักษะคิดและนำไปสู่การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ให้เกิดความพึงพอใจ ความเข้าใจ การบริหารข้อมูล ดังนั้น จากการวิจัยทั้ง 2 เรื่อง ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าระบบข้อมูลมีผลต่อการปฏิบัติงาน อย่างเช่นรายงานที่เป็นอยู่ปัจจุบันจะใช้เวลาราชการถึงเดือนละ 160 ชั่วโมง ประมาณเงินเดือน 3500 บาท (โดยไม่รวมค่าวัสดุและค่าใช้จ่ายอื่นๆ) และรายงานที่มากและการใช้เวลาเกี่ยวกับรายงานที่มากก็ทำให้อรรถประโยชน์สุดท้ายเพิ่มขึ้นลดลง ดังนั้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่ต้องการศึกษาระบบข้อมูลบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับสภาพของศูนย์แพทย์ชุมชนของจังหวัดอุรุษยา เพื่อจะไม่มีระบบข้อมูลดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาด้านเวลา,ระดับความรู้,การตรวจสอบก่อนส่ง, ความเชื่อถือ, ความยุ่งยาก, ความมีประโยชน์ ซึ่งจะทำให้ข้อมูลสร้างการระต่อเจ้าหน้าที่จนทำให้การบริการปฐมภูมิเกิดปัญหา ไม่สามารถให้บริการได้เต็มที่

จากการวิจัยของกุศล สุนทรราดา, วรชัย ทองไทย ในเรื่องลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน โดยการสำรวจ ณ จุดหนึ่งของเวลา (cross-sectional study) สถานบริการภาคเอกชนทุกประเภท คือ คลินิก โพลีคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างสถานบริการแบบแบ่งชั้น(stratified sampling) แต่ผู้รับบริการเป็นแบบเจาะจง (purposive sampling) เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องการให้ความร่วมมือและเวลาในการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Chi-square, MCA.,binary logistic analysis พบว่า เหตุผลที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ใช้บริการเอกชน คือ สะดวกในการเดินทางมารับบริการ ความเชื่อถือในตัวแพทย์ ซึ่งคุณภาพบริการที่เอกชนได้เปรียบกว่าการบริการของรัฐ ได้แก่การต้อนรับ ความเอาใจใส่คนไข้ สถานที่ อุปกรณ์และคุณภาพเวชภัณฑ์ ยกเว้นค่ารักษาพยาบาลซึ่งรัฐถูกกว่ามาก (กุศล สุนทรราดา, วรชัย ทองไทย, 2539) ดังนั้นในการ

พัฒนาระบบข้อมูลในศูนย์ชุมชน จึงมุ่งที่ต้องพัฒนาระบบข้อมูลให้กระชับ ซึ่งทำให้บริการปฐมภูมิรวดเร็ว ซึ่งจะมีผลต่อความนิยมของผู้มารับบริการตามปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลดังกล่าว

สรุป ในการประเมินผลครั้งนี้ จะเป็นการประเมินผลในรูปแบบระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการโครงการอยุธยา โดยเน้นเฉพาะระบบข้อมูลศูนย์แพทย์ชุมชนในกิจกรรมบริการปฐมภูมิ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสังเกตการทำงานของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับระบบข้อมูลว่าปฏิบัติกันๆ เป็นไปตามคู่มือที่กำหนดไว้อย่างถูกต้องหรือไม่ อย่างไร และค้นหาข้อคิดเห็นในเรื่องระบบข้อมูลของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและประชาชนที่รับบริการว่าเป็นอย่างไร

บทที่ 3

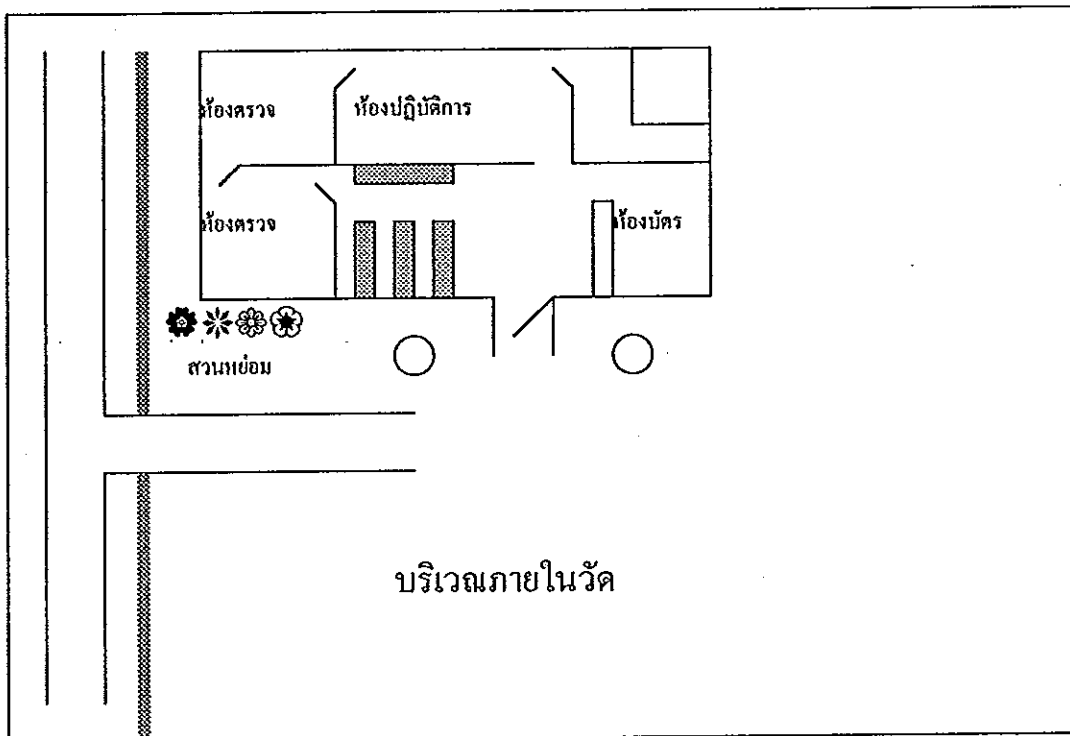
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อการประเมินผลเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ เป็นการประเมินผลระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ต้องการทราบถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการของระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิ กับคู่มือ (instruction) ที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ระบบข้อมูลของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนและพฤติกรรมมารับบริการของประชาชน และความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบข้อมูล โดยจากการสังเกตการณ์ (participant observation technique) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group interview) โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1 การเลือกพื้นที่ศึกษาและระยะเวลาในการศึกษา

ในการคัดเลือกพื้นที่เพื่อทำการศึกษา ผู้วิจัยสนใจศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทราราม) เนื่องจากเป็นศูนย์แพทย์ชุมชนที่เปิดแห่งแรก เป็นเวลาประมาณ 6 ปี มีแพทย์ประจำและต่อเนื่อง มีผู้มาศึกษาทำงานเป็นจำนวนมากและมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีครบและมีความพร้อมที่จะรับประเมินผล จากการวิเคราะห์สถานการณ์เบื้องต้น พบว่า ศูนย์แพทย์ชุมชน 1 ตั้งอยู่ภายในเขตวัดอินทราราม ติดกับประตูด้านหน้าของวัด เป็นอาคารปูนขนาด 15 * 8 เมตร ชั้นเดียว ยกพื้น 0.5 เมตร อาคารที่ถูกสร้างเริ่มจากประมาณของรัฐ และมีการต่อเติมอาคารบางส่วนโดยการบริจาคของชาวชุมชนบริเวณนั้น ด้านหน้ามีสวนหย่อมและมีน้ำหินอ่อนจากการบริจาค เพื่อนั่งรอตรวจ 3 ชุด ประตูทางเข้าเป็นกระจกฝ้าที่สามารถมองเห็นคนที่อยู่ภายในได้ ผู้รับบริการต้องถอดรองเท้าก่อนเข้า พอเข้าไปในอาคาร (ภายในอาคารแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ด้านหน้าเป็นส่วนปฏิบัติการ ด้านขวาเป็นบริเวณห้องบัตร ด้านซ้ายเป็นห้องตรวจ) ด้านหน้าจะมีที่ว่าง กว้าง 2*3 เมตร หากยืนตรงจุดนี้ ด้านหน้าจะมองเห็นเป็นส่วนปฏิบัติการทั่วไปของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะเห็นเพียงผนังกันสูงประมาณ 1.2 เมตร มีช่องขนาดใหญ่ด้านบน สามารถมองเห็นกันอย่างชัดเจน ภายในบริเวณ โต๊ะพร้อมเก้าอี้ 1 ชุด ตู้เย็น ตู้เก็บยา มีประตูทางเดินเข้า 1 ประตู มองด้านซ้ายจะมีที่นั่งรอตรวจประมาณ 12-15 ที่นั่งเป็นแถว เรียงซ้อนกัน 3 แถว พอให้มีทางเดินไป-มาระหว่างห้องต่างๆ ทางเดียว ประมาณ .60 เมตร ถัดจากที่รอตรวจจะเห็นเป็นห้องตรวจ 2 ห้องติดกัน ขนาด 3 * 3 เมตรและมีประตูทะลุถึงกันได้ เป็นห้องมิดชิด มีโต๊ะและเก้าอี้ 1 ชุด มีเตียงตรวจ 1 เตียง อีกห้องมี

เฟอร์นิเจอร์คล้ายกัน แต่เพียงตรวจภายใน 1 ตัว หากมองด้านขวามือเป็นเคาเตอร์สำหรับจัดทำบัตรและ
 ชักประวัติภายในบริเวณเคาเตอร์จะมีตู้และชั้นเก็บแฟ้มข้อมูล มีคอมพิวเตอร์ และเครื่อง 1 ชุด จะมีเจ้า
 หน้าที่ประมาณ 1-2 คนที่รอรับและชักการมารับบริการของประชาชน ส่วน ภายในอาคารติดเครื่อง
 ปรับอากาศทั่วทุกจุด



ภาพที่ 5 ตั้งสถานสถานที่ทำการการวิจัย(setting)

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ประมาณ 6 เดือน ตั้งแต่ กันยายน 2541 –
 กุมภาพันธ์ 2542

3.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (key informants)

ในการวิจัยครั้งนี้ มีจุดเน้นในการศึกษาเพื่ออธิบายภาพของการดำเนินงานของของเจ้าหน้าที่ใน
 ระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิ และความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์และประชาชนต่อ
 ระบบข้อมูลดังกล่าว ในแง่มุมที่ว่าระบบข้อมูลนั้นสามารถใช้ดำเนินการได้ตามขั้นตอนและวัตถุประสงค์
 ประสงค์ในคู่มือ(instruction)อย่างไร และเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์และประชาชนผู้รับบริการมีความคิด
 อย่างไรต่อระบบข้อมูลฯ ซึ่งหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิในศูนย์แพทย์ชุมชน ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในข้อมูลดังกล่าว ระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี

3.2.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มสนทนา

- 1) เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์อย่างน้อย 3 เดือน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 3 คน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ รวมเป็น 7 คน
- 2) กลุ่มประชาชน จะมีกลุ่มที่ใช้บริการเป็นประจำ 1-2 เดือนครั้ง และกลุ่มที่ไม่ใช้บริการเป็นประจำ มากกว่า 2 เดือนต่อครั้ง จำนวน 7-9 ราย

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด โดยสามารถมองเห็นภาพการดำเนินงานกิจกรรมของระบบข้อมูลอย่างแท้จริง และสามารถสะท้อนให้เห็นปัญหา จุดเด่น จุดด้อยของระบบข้อมูล และรวมถึงความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ และประชาชนที่มารับบริการ โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.3.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation technique) ใช้การสังเกตระดับมีส่วนร่วมมาก (observer as participant) โดยผู้สังเกตจะเข้าไปมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมอย่างเปิดเผยและเริ่มแรก โดยมีการปฏิสัมพันธ์กันโดยตรงในสถานการณ์นั้นๆ (Kulwaradda Singha, 1993 :124) โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติงาน (field note) บันทึกการสังเกตกิจกรรมในแต่ละวัน สรุป/ตีความ บรรยากาศ และตั้งแนวคำถามเพิ่มเติมในการสังเกตวันต่อไป
- 2) สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) โดยการพูดคุยสอบถามรายละเอียดจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติโดยตรง ซึ่งมีประเด็นและแนวสัมภาษณ์เตรียมไว้ล่วงหน้าและคำถามต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะทำการสัมภาษณ์ ถ้าหากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยังไม่ชัดเจนหรือมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะได้กลับไปสอบถามใหม่กลุ่มตัวอย่างเดิมในวันถัดไป
- 3) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการจัดการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม แยกกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม และป้อนประเด็นคำถามเป็นช่วงๆ ตามบรรยากาศการสนทนา

3.3.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอน

3.3.2.1. ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม โดยมีการเตรียม

การ ดังนี้

1) การเตรียมผู้วิจัย

- เตรียมความรู้ในเนื้อหาเกี่ยวกับแบบฟอร์มรายงานและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมบริการปฐมภูมิ เช่น ชนิดของแบบฟอร์ม, วัตถุประสงค์การใช้, การใช้งานและการจัดเก็บเพื่อจะใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นที่จะวิจัยให้ชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น
- เตรียมตัวทางด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำราและฝึกฝนเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้
 - การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation technique) ผู้วิจัยได้วางแผนในการสังเกตพฤติกรรมต่างๆที่มีความสัมพันธ์หรือเชื่อมโยงกับการใช้ระบบข้อมูลทั้งของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ แพทย์ชุมชน และประชาชน
 - การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) ผู้วิจัยศึกษาแนวทางและเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กำหนดแนวทางในการสัมภาษณ์
 - การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการสนทนาเทคนิคและแนวทางคำถามเพื่อให้ข้อมูลที่ชัดเจนตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

2) วางแผนติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชน และสำรวจสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในศูนย์แพทย์ชุมชน หลังจากนั้นทำหนังสือจากผู้อำนวยการสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและหัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและการเก็บข้อมูล

3) สร้างคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างแนวทางคำถามขึ้นเพื่อจะตอบคำถามการวิจัยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบได้อธิบายอย่างกระชับตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ร่วมการสนทนา โดยขณะที่สนทนา ผู้สัมภาษณ์จะใช้ความสามารถในการควบคุมการสนทนาและในการตั้งถาม เพื่อเจาะลึกข้อมูลในส่วนที่ผู้ร่วมสนทนาไม่ชัดเจนหรือไม่ลึกซึ้งพอ แนวคำถามกว้างๆที่ใช้ในการสัมภาษณ์ มี ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ อายุราชการ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน
- 2) แนวคำถามเกี่ยวกับความคล่องตัวในการจัดเก็บข้อมูล, ภาระประโยชน์, ความเชื่อมั่นในถูกต้องของข้อมูล, การนำมาใช้ประโยชน์ของข้อมูลในแต่ละชนิดของการจัดเก็บข้อมูล
- 3) แนวทางคำถามในข้อคิดเห็นในปัญหา ข้อจำกัดในการจัดเก็บและแนวทางในการแก้ไขข้อมูลและระบบข้อมูล

4) สร้างแนวทางในการสังเกต (observation guideline) เป็นแนวทางรวบรวมข้อมูลจากข้อเท็จจริง เพื่อหาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการในระบบข้อมูลและการสนทนาดังนี้

แนวทางการสังเกตในการปฏิบัติการเกี่ยวกับระบบข้อมูลของกิจกรรมบริการปฐมภูมิ

- สภาพสถานที่ในการจัดเก็บข้อมูล
- การใช้ข้อมูลและการบันทึกในการให้บริการผู้มารับบริการในแต่ละจุด
- การสร้างและเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์กับผู้รับบริการ จากการใช้ข้อมูล
- การคล่องตัวในการทำงานเกี่ยวกับระบบข้อมูล
- การแสดงออกทางสีหน้า น้เสียงและอากัปกิริยาของผู้ให้และรับบริการ

3.3.2.2 ขั้นตอนการมีแนวทางดำเนินการดำเนินงาน ดังนี้

1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ (rapport) เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนกับนักวิจัย โดยผู้วิจัยเคยรู้จักเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บางคน เคยร่วมสังเกตการณ์ร่วมกับเจ้าหน้าที่จากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และเคยเข้าร่วมรับการอบรมร่วมแพทย์ประจำของศูนย์ชุมชน โดยเริ่มจากการทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและสำเนาถึงหัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชน หลังจากได้รับอนุญาต จึงเข้าร่วมการปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์เกี่ยวกับข้อมูลในระบบข้อมูลของกิจกรรมบริการปฐมภูมิ เป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือน เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชน สถานที่ปฏิบัติงานและสร้างความเข้าใจในข้อมูลและระบบข้อมูลในสถานการณ์จริง หลังจากนั้นจึงทำการบันทึกการสังเกตตามแบบการสังเกตที่กำหนด ประมาณ 3 เดือน

2) ขั้นตอนการบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคในการรวบรวมข้อมูล คือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation technique) ผู้วิจัยจะทำการสังเกตร่วมกับการปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ โดยมีทั้งที่เปิดเผยกิจกรรมที่สังเกตและไม่เปิดเผยกต่อที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

3) การตรวจสอบข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าถูกต้องกับความเป็นจริง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

- การตรวจสอบรายวัน เป็นการตรวจระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation technique) ดังนี้
 - การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยการซักถามผู้ปฏิบัติงานได้คำตอบไม่เปลี่ยนแปลงและได้บันทึกข้อมูลด้วยการจด ทำให้บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน และผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่รวบรวมทั้งหมดมาบันทึกให้เป็นระเบียบอีกครั้ง
 - การตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีวิทยาการ (methodological

triangulation) ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติและการสอบถาม เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกันของข้อมูลว่าในการสังเกตได้กับการปฏิบัติจริงตรงกันหรือไม่ ก่อนที่จะสรุปบันทึก

- การตรวจสอบข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดเรียงเป็นหัวข้อ (theme) ตรวจสอบว่าครบตามประเด็นที่ตั้งไว้แล้วหรือยัง และนำหัวข้อมาสรุปอ่านบททวนให้ผู้ให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ฟัง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของหัวข้อที่สรุปครั้งสุดท้าย

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสังเกต สัมภาษณ์แบบเจาะลึก สนาทนาเกี่ยวกับการใช้ระบบข้อมูลในศูนย์แพทย์ชุมชน โดยใช้การวิเคราะห์ตามเนื้อหา (content analysis) โดยวิธี Analytic comparison ดังต่อไปนี้

3.4.1. การวิเคราะห์ข้อมูลรายวันที่ได้จากการสังเกต

หลังจากเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ระบบข้อมูลของเจ้าหน้าที่และประชาชนรายวันเสร็จสิ้นแต่ละวันแล้ว ตามแนวทางการปฏิบัติตามคู่มือระบบข้อมูล โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลเหล่านั้นมาทำการบันทึกอย่างละเอียดอีกครั้ง โดยมีการจัดประเภทของข้อมูลที่ได้มา และทำการวิเคราะห์ตรวจสอบบางครบถ้วน ถ้าข้อมูลใดที่ยังไม่หาคำตอบไม่ชัดเจน มีการตั้งคำถามเพื่อค้นหาคำตอบในวันต่อไป

3.4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวม

ข้อมูลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสัมภาษณ์กลุ่มนำมาทำการสรุปเนื้อหาโดยใช้โปรแกรม ethemograph แล้วนำไปรวมกับผลสรุปรวมวิเคราะห์ข้อมูลรายวันที่ได้จากการสังเกต แล้วนำมาสรุปรวมวิเคราะห์ตามเนื้อหา (content analysis) โดยวิธี analytic comparison เพื่อหา theme ที่ไปทางเดียวกัน (agreement) และตรงข้ามกัน (different) แล้วนำข้อมูลที่ได้มานำเสนอในเชิงพรรณนา (descriptive approach) เพื่ออธิบายผลการประเมินผลระบบข้อมูลศูนย์แพทย์ชุมชน

3.5 ขั้นตอนการวิจัย

1. จัดทำหนังสือแจ้งจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำนักส่งหัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชน

2. แนะนำตัวของผู้วิจัยและสร้างปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์ชุมชน

3. ทดสอบความตรงของแนวทางการสังเกต ความคำสัมภาษณ์และประเด็นการสนทนากลุ่ม

4. สังเกตการณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับระบบข้อมูลในศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อศึกษาขั้นตอนการทำงานในการให้บริการปฐมภูมิ และสร้างrapport กับเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯและวิเคราะห์สถานการณ์

5. สังเกตการณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับระบบข้อมูลในศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อบันทึกขั้นตอนและวิธีการทำงานในการให้บริการปฐมภูมิ และสรุปบันทึกการสังเกตทุกวัน

6. สัมภาษณ์แบบเจาะลึก สำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบข้อมูล

7. จัดสนทนากลุ่มในเรื่องข้อคิดเห็นในระบบข้อมูลของศูนย์แพทย์ชุมชนกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

8. ตรวจสอบและแก้ไข

9. วิเคราะห์สถานการณ์และวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลและแปลผลข้อมูล

10. เขียนรายงานการวิจัย

11. เสนอรายงานการวิจัย

12. จัดพิมพ์ฉบับสมบูรณ์และเผยแพร่

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยประเมินผลระบบข้อมูลการบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยแบบ descriptive qualitative เพื่อการประเมินผลระบบข้อมูลการบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยเก็บข้อมูลจากสภาพปฏิบัติงานจริงของเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนว่าเป็นอย่างไร ซึ่งใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์ทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการ ในการสังเกตได้ไปแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทารามทุกท่านทราบ แล้วร่วมปฏิบัติในกิจกรรมโดยตรงและโดยอ้อมในจุดที่ต้องการสังเกต ซึ่งบางครั้งมีการพูดคุย(สัมภาษณ์)ระหว่างปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเป็นการเก็บข้อมูลร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ และไม่ทำให้ผู้ให้ข้อมูล (key informant) มีความรู้สึกว่าถูกซักถามหรือเครียดในการตอบคำถาม และเป็นการตรวจสอบสามเส้าไปพร้อมกัน แล้วนำมาวิเคราะห์ตามเนื้อหา (content analysis) โดยวิธี analytic comparison และมาเปรียบเทียบกับแนวคิดของระบบข้อมูลการบริการแบบปฐมภูมิที่ถูกพัฒนามาเป็นคู่มือ (instruction) โดยจะแยกสรุปผลการวิจัยเป็น 3 ประเด็นดังนี้

4.1 บริบทของศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทาราม) จะมีรายละเอียดความเป็นมาของการตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สถานที่ตั้ง ประชาชนผู้ให้บริการ ระบบการเงินและการบริหารจัดการ รูปแบบการบริการ ความสัมพันธ์กับชุมชน ระบบข้อมูลข่าวสาร

4.2 ระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน ประกอบกับการอธิบายขั้นตอนการบริการโดยผังการวิเคราะห์ขั้นตอนแต่ละคลินิก ได้แก่ คลินิกผู้ป่วยทั่วไป คลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกโรคเรื้อรัง และการเยี่ยมบ้าน

4.3 การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างการปฏิบัติงานจริงกับกรอบแนวคิดที่แสดงออกมา ในลักษณะของคู่มือ ซึ่งระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา แสดงขั้นตอนการบริการโดยผังงานการวิเคราะห์ขั้นตอนแต่ละคลินิก ได้แก่ คลินิกผู้ป่วยทั่วไป คลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกโรคเรื้อรัง และการเยี่ยมบ้าน

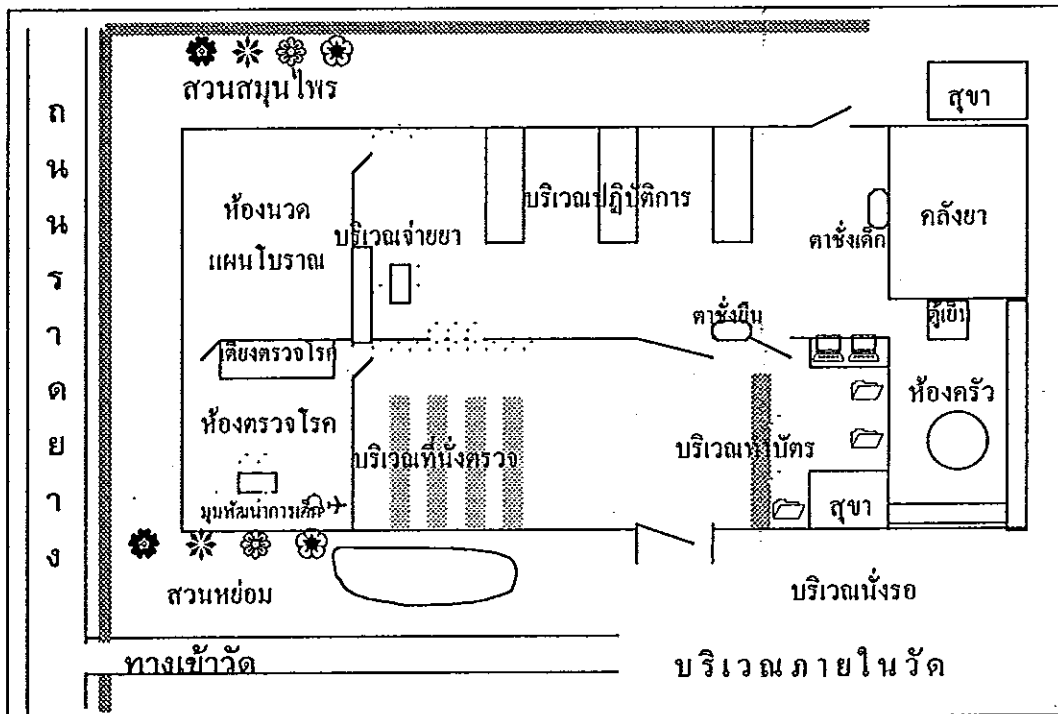
4.4 ปัญหาที่พบ จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบข้อมูลและแบบฟอร์มต่างๆ

4.1 บริบทของศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทราราม)

หลังจากความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันโรคเขตร้อน ประเทศเบลเยียม ร่วมจัดทำโครงการอยุธยา เพื่อทำการวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อปี 2532 เป็นต้นมา ซึ่งมีความเห็นร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเขตเมืองโดยการสร้างศูนย์แพทย์ชุมชนขึ้น มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ศึกษารูปแบบในการส่งเสริมเวชปฏิบัติครอบครัว (family doctor) ที่ปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิ และหาแนวทางพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมในเขตเมืองนำเสนอกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจัดทำนโยบาย (โครงการวิจัยอยุธยา, 2537) โดยเริ่มจากการสำรวจความพร้อมของชุมชน ประชุมชี้แจง การสัมภาษณ์ อธิบายถึงประโยชน์ที่จะได้รับบริการจากศูนย์แพทย์ชุมชนที่จะตั้งใหม่และรวมถึงสอบถามความคาดหวังของชุมชนในการรับบริการ ความต้องการที่จะขึ้นทะเบียนและร่วมกับชุมชนเลือกสถานที่ตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน โดยมีข้อสรุปให้ตั้งอยู่ที่มุมด้านหน้าของวัดอินทราราม มีเนื้อที่ประมาณ 1 งาน โดยอาศัยความร่วมมือด้านทรัพยากรต่างๆจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา เปิดบริการประชาชนตั้งแต่ปี 2535 โดยใช้งบประมาณก่อสร้างเริ่มแรกจากเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์บางส่วนจากโรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และบุคลากรประจำศูนย์ฯจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ แพทย์ประจำพยาบาลวิชาวชิพ พยาบาลเทคนิค เป็นกลุ่มเริ่มแรก โดยมีองค์ประกอบ สถานที่ ประชาชนผู้ใช้บริการ ระบบการเงินและการจัดการ รูปแบบการบริการ ทีมผู้ให้บริการ ความสัมพันธ์กับชุมชน และระบบข้อมูลข่าวสาร (ที่ระลึกพิธีเปิดศูนย์แพทย์ชุมชน, 2535) ดังมีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 สถานที่ตั้งของศูนย์แพทย์ชุมชน

ศูนย์แพทย์ชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งอยู่ในชุมชนใจกลางชุมชนที่ขึ้นทะเบียน โดยใช้พื้นที่ด้านใดด้านหนึ่งของบริเวณวัดหรือโรงเรียน ขึ้นอยู่กับความเห็นของชุมชนและพื้นที่ที่ให้อำนวยให้ เป็นอาคารชั้นเดียวยกพื้นสูงประมาณ 1 เมตร ในตัวอาคารจะมีห้องหลักๆอยู่ 4 ห้อง ได้แก่ ห้องรอตรวจและทำบัตร ห้องตรวจโรค ห้องปฏิบัติการ และห้องจ่ายยา ดังนี้



ภาพประกอบ 6 แสดงลักษณะที่ตั้งและภายในอาคารของ ศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทาราม)

4.1.2 ประชาชนผู้ใช้บริการ

ผู้ที่มาใช้บริการจะมีอยู่ 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ใช้บริการในเขต ผู้ใช้บริการนอกเขต และผู้บริการในเขตแฝง

1. ผู้ใช้บริการในเขต โดยจะยึดเอาการแบ่งเขตการปกครองเป็นหมู่ๆ แต่ละศูนย์แพทย์ชุมชนจะมีชุมชนที่รับผิดชอบในเขตเทศบาล โดยสำรวจชุมชนและสอบถามความต้องการก่อนศูนย์แพทย์ชุมชนแห่งนั้นๆว่าประสงค์จะเป็นสมาชิกของศูนย์แพทย์ชุมชนแห่งนี้หรือไม่ จำนวนประชาชนในความรับผิดชอบประมาณ 5,000 - 6,000 คน หากครอบคลุมนั้นตกลงใจก็จะทำการสำรวจข้อมูลพื้นฐานโดยทำเป็นแฟ้มของข้อมูลครอบครัวเป็นรายหลังคาเรือน

ตาราง 1 ข้อมูลหมู่บ้าน จำนวนครอบครัวในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม

ตำบล	หมู่ที่	จำนวนครอบครัว
ท่าวาสกรี	5	328
คลองสระบัว	1	30
คลองสระบัว	2	37
ห้วยรอ (ณ)	3	60
ห้วยรอ (ญ)	4	66
ห้วยรอ (ฎ)	5	86
ห้วยรอ (ฏ)	6	322
ห้วยรอ (ไม่มีบ้านเลขที่)		83
รวม	7 หมู่	1,012

จำนวนประชากร ชาย 2,943 คน

หญิง 3,186 คน

รวม 6,132 คน

ที่มา : การสำรวจของเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์วัดอินทาราม ปี 2542

2. ผู้ใช้บริการนอกเขต จะเป็นคนที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบในเขตเทศบาลและตำบลใกล้เคียงมารับบริการ และมาจากต่างอำเภอมาใช้บริการก็มี ซึ่งในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ให้บริการนอกเขตมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ.2538, พ.ศ.2539, พ.ศ.2540, พ.ศ.2541 ร้อยละ 39.9, 48.0, 44.3 และ 54.7 ตามลำดับ (ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญและคณะ, 2542)

3. ผู้ใช้บริการในเขตแฝง ผู้ใช้บริการในเขตรับผิดชอบบางคนในหลังคาเรือนที่ขึ้นทะเบียนกับศูนย์แพทย์ชุมชนแล้วนั้น แต่ในระหว่างการสำรวจบางคนไม่อยู่ หรือเพิ่งย้ายมาอยู่ในครอบครัวนั้นใหม่ และยังไม่ได้รับเพิ่มชื่อเข้าไปในแฟ้มครอบครัว

“นักวิจัย : ผู้ป่วยในเขตแฝง คืออะไรหรือครับ

พยาบาล A : เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตบริการ แต่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนอาจเป็นเนื่องจากไม่ได้อยู่ในขณะที่ทำการสำรวจในครั้งนั้น หรือบางทีก็เพิ่งย้ายเข้ามาอยู่ในเขต(ชุมชนหรือหมู่บ้านที่รับผิดชอบ)เราใหม่”

พยาบาล A : 20 พ.ย. 41

4.1.3 ระบบการเงินและการบริหารจัดการ

ศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จะยังมีระบบการเงินและการบริหารจัดการภายใต้การจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอยู่ กล่าวคือ ศูนย์แพทย์ชุมชนนี้ยังไม่ได้รับการเสนอให้เป็นหน่วยงานที่อยู่ในผังโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะถูกจัดตั้งตามความเห็นชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังนั้นการบริหารงานภายในศูนย์แพทย์ชุมชน มีดังนี้

ระบบการเงินภายในศูนย์แพทย์ชุมชน

รายรับของศูนย์แพทย์ชุมชน จะมีอยู่ 2 ส่วน ส่วนแรกมาจากค่าบริการและค่ายาที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย จะออกใบเสร็จรับเงินและนำเงินส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาทุกวันทำการช่วงบ่าย สำหรับรายรับช่วงเย็นจะถูกรวบรวมส่งพร้อมวันทำการของวันถัดไป ยกเว้นวันหยุดและวันเสาร์-อาทิตย์จะถูกรวบรวมส่งในวันเปิดทำการวันถัดไป ส่วนที่สองมาจากค่าที่ได้รับบริจาค ส่วนนี้ถูกรวบรวมและทำเปิดบัญชีธนาคารในรูปของคณะกรรมการของศูนย์แพทย์ชุมชนนั้นๆ โดยมีตัวแทนของชุมชนเป็นผู้ร่วมอนุมัติเบิกจ่ายด้วย

ตาราง 2 แสดงรายรับและรายจ่ายของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม ปี 2541

ประเภท	จำนวน (บาท)	
	ปี 2540	2541
รายรับ (ค่ายา + เงินบำรุง)	952,852	963,116
รายจ่าย	680,874	778,704
- ค่าล่วงเวลาแพทย์	344,610	437,790
- ค่าล่วงเวลาพยาบาล	299,700	299,000
- ค่าสาธารณูปโภค	36,564	41,914
ค่าเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์		
- รพ.อยุธยา จัดซื้อให้	360,059	424,156
- สนง.สสจ. จัดซื้อให้	601,299	503,485

การบริหารจัดการ

ในการบริหารจัดการของศูนย์แพทย์ชุมชน ยังอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จะมีการเบิกเวชภัณฑ์ยาและครุภัณฑ์ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลจังหวัด แต่มีผู้ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าศูนย์แห่งและคน บางแห่งเป็นแพทย์ บางแห่งเป็นพยาบาลที่ทำการเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นหัวหน้า โดยศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทรารามมีนายแพทย์เป็นหัวหน้า

ตาราง 3 เปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของสถานพยาบาลของรัฐในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กิจกรรม (บาท / ครั้ง)	คิดจากต้นทุนค่าวัสดุทำงาน			คิดจากต้นทุนทั้งหมดทำงาน		
	สถานีอนามัย	ศูนย์แพทย์	รพช.	สถานีอนามัย	ศูนย์แพทย์	รพช.
รักษาพยาบาล	23	24	33	68	85	102
อนามัยแม่และเด็ก	12	14	106	231	183	436
วางแผนครอบครัว	36	36	210	96	111	687
ส่งเสริมภูมิคุ้มกัน โรค	32	44	68	73	92	206

ที่มา : เอกสาร 8 ปี ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยากับการให้บริการแบบเวชปฏิบัติครอบครัว,
1 มิ.ย. 2542

4.1.4 รูปแบบการบริการ

ในการให้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชน จะถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ภายในสถานบริการและนอกสถานบริการ ดังนี้

ในสถานบริการ

จะมีการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

ด้านการรักษาพยาบาล จะมีการตรวจโรคทั่วไปมีทั้งการเจ็บป่วยเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง การปฐมพยาบาลต่างๆ การจ่ายยา และอบ/นวดแผนไทย

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์, เด็กและผู้สูงอายุ งานส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานและทั่วไป งานวางแผนครอบครัวชนิดชั่วคราว

ด้านการควบคุมและป้องกันโรค งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ให้การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุ การนวดแผนไทย

เวลาการเปิดทำการ

วันราชการเปิดให้บริการ 2 ช่วง

ช่วงเช้า 08.30 - 12.00 น.

ช่วงเย็น 17.00 - 20.00 น.

วันเสาร์-อาทิตย์ ช่วงเช้า 08.30 - 12.00 น.

วันหยุดราชการตามวันนักขัตฤกษ์ไม่เปิดให้บริการ

นอกสถานบริการ

การให้บริการนอกสถานบริการ จะลักษณะการให้บริการ อยู่ 2 ลักษณะ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน และ การเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

การเยี่ยมบ้าน จะใช้เวลาการเยี่ยมบ้านช่วงบ่ายของวันราชการ โดยจะเยี่ยมบ้านเฉพาะคนที่เป็นสมาชิกของศูนย์แพทย์ชุมชนและในกลุ่มต่างๆตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถเดินทางมารักษาหรือตรวจที่ศูนย์แพทย์ชุมชนได้ เยี่ยมหลังคลอด ผู้ป่วยเพิ่งออกจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมากๆ ญาติผู้ป่วยมาตามให้ไปดูอาการ กิจกรรมในการเยี่ยม ส่วนมากเป็นการให้การพยาบาลตามอาการ ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเองและญาติ แล้วมารับบริการต่อที่ศูนย์แพทย์ชุมชนต่อไป

“ช่วงบ่ายหลังจากทานอาหารกลางวันร่วมกันที่ศูนย์แพทย์ เจ้าหน้าที่ก็จะเตรียมออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยเกือบทุกวัน ยกเว้นวันที่มีการประชุมหรือมีกิจกรรมอื่นๆที่ต้องรีบทำเร่งด่วน โดยจะดูจาก Diary Box หากคนที่ขาดการมารับบริการต่อเนื่อง จากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง EPI และผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่ศูนย์ฯ ได้

วันนี้พยาบาล B แจ้งว่าวางแผนจะไปเยี่ยมผู้ป่วย 3 หลังคาเรือน รายแรกเป็นอัมพาตจาก CVA ตัวไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย รายที่ 2 ผู้ป่วย HT. ที่ไม่มาตามนัด รายที่ 3 เป็นผู้สูงอายุ”

บันทึกการสังเกต 3 ธ.ค. 2541

การเยี่ยมผู้ป่วยที่รักษาอยู่โรงพยาบาล จะมีการตามไปเยี่ยมเฉพาะผู้ที่เป็สมาชิกของศูนย์แพทย์ชุมชนเช่นกันกับการเยี่ยมบ้านมี 2 ลักษณะ คือผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากศูนย์แพทย์ชุมชนไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด และผู้ป่วยที่ญาติมาแจ้งว่าไปนอนที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์จะตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลการรักษาและให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและญาติแก่แพทย์ผู้ทำการรักษา

ตาราง 4 สรุปผลการปฏิบัติงานของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม ปี 2540-2541

กิจกรรม	2540	2541
ผู้ใช้บริการรักษาพยาบาล ในเขต (ครั้ง)	12,270	13,480
นอกเขต (ครั้ง)	15,872	21,524
ฝากครรภ์ (คน/ครั้ง)	137/640	139/NA
สุขภาพเด็กดี (คน/ครั้ง)	255/920	289/1,229
วางแผนครอบครัว (คน/ครั้ง)	317/961	289/NA
การเยี่ยมบ้าน (คน/ครั้ง)	1,308/1,483	NA/1,534
- ผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน (ครั้ง)	NA	86
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ครั้ง)	NA	1,269
- ผู้ป่วยภาวะเสี่ยง (ครั้ง)	NA	179

4.1.5 ทีมผู้ให้บริการ (polyvalent team)

การบริการของศูนย์แพทย์ จะมีการให้บริการเป็นทีม เนื่องจากเป็นหน่วยบริการขนาดเล็กไม่ได้แบ่งการบริการออกเป็นฝ่ายชัดเจนเหมือนในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนจะสามารถให้บริการแทนกันได้เกือบทุกจุด ยกเว้นจุดตรวจโรค จะต้องเป็นแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติเท่านั้นที่ทำการรักษาให้ โดยทีมจะประกอบไปด้วย

1. แพทย์ 1 คน
2. พยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน
2. พยาบาลวิชาชีพ 1 คน
3. พยาบาลเทคนิคหรือเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 2 คน
4. ลูกจ้างประจำ (ของเทศบาลพระนครศรีอยุธยา) 1 คน

ซึ่งการให้บริการช่วงเย็น, วันเสาร์และวันอาทิตย์ บางครั้งก็จะมีแพทย์จากโรงพยาบาลประจำจังหวัดมาให้บริการเป็นในลักษณะทำงานล่วงเวลาและจ่ายค่าเวรเป็นรายวัน ซึ่งจะมีแพทย์ 2-3 คนที่จะมาเป็นประจำแต่ไม่ต่อเนื่อง ตามแต่สะดวกและมีวันว่างตรงกัน บางครั้งก็จะมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มาช่วยปฏิบัติหน้าที่จ่ายยา ลงทะเบียนเขียนบัตรผู้ป่วยและให้การพยาบาลในวันเสาร์และอาทิตย์ในบางครั้งโดยไม่ได้มาทำงานต่อเนื่องเช่นกัน

“นักวิจัย : มาทำงาน part time ที่นี้บ่อยไหมครับ

พยาบาล Z : ก็เดือนละ 3 - 4 ครั้งแล้วแต่ บางทีทางศูนย์วัดอิน เขาขอให้มาช่วยก็มา นื่องๆ เขาไม่อยู่ก็มาช่วยเขา แต่ก่อนก็เคยมาทำงานที่นี้นะ ตั้งแต่เริ่มตั้งศูนย์นี้ใหม่ แต่ทำได้ 3-4 เดือนก็เข้าไปสสจ.”

พยาบาล Z : 21 พ.ย. 41

4.1.6 ความสัมพันธ์กับชุมชน

ในการดำเนินกิจกรรมในศูนย์แพทย์ชุมชน การมีความสัมพันธ์กับชุมชนมีความสำคัญมาก เพราะการบริการต่างๆ ของศูนย์แพทย์ชุมชนมีการเชื่อมโยงกับชุมชนเป็นอย่างมาก ที่ตั้งก็อยู่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีกลุ่มประชาชนที่มากขึ้นทะเบียนเพื่อใช้บริการอย่างชัดเจน มีกิจกรรมที่ต้องไปร่วมให้บริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน ในการบริการต่างๆ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ตั้งแต่เริ่มจากการเลือกสถานที่ตั้งศูนย์แพทย์ การก่อสร้าง การพัฒนาและบริหารจัดการศูนย์แพทย์ชุมชน มีการตั้งคณะกรรมการของศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อการดูแลกิจกรรมของศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นตัวแทนเชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์ชุมชนกับชาวชุมชน จนมีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ช่วยเหลือประชาชนที่มีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลสูงจนไม่สามารถรับบริการได้ แหล่งได้มาจากการบริจาคและการทอดผ้าสามัคคี และมีกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ มีการตรวจร่างกายประจำปี การรวมกลุ่มเพื่อมีการประชุมกันเพื่อดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคมต่างๆ และมีทัศนศึกษาตามสถานที่ต่างๆ ในต่างๆ ปี ละ 1 ครั้ง ซึ่งจัดไปร่วมกันกับคณะกรรมการศูนย์แพทย์ชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข และให้คนในชุมชนที่มีความสนใจในการนวดแผนไทยเข้ารับการฝึกอบรม แล้วไปให้บริการนวดคนในชุมชน และยังมีคลินิกนวดแผนไทยในศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมรายได้ อีกทางหนึ่งด้วย

“นักวิจัย : ไฟโคมระย้าทางเดินเข้าด้านหน้าสวยจังครับ

พยาบาล A : นี่ชาวบ้านเขาบริจาคมานะ เขารื้อก็บริจาค คนนี้เป็น DM. มารักษาประจำ มี

หลายอย่างที่เขาบริจาคให้ เช่น พัดลมก็ใช่”

พยาบาล A : 30 ธ.ค. 43

“พยาบาล A : คนสมัครไปด้วยเกือบครบแล้ว เปิดสมัครแป๊บเดียวเอง

นักวิจัย : ไปไหนกันครับ

พยาบาล A : ไปเที่ยว จัดกันทุกปีเลย ก็จะมีอสม.,ผู้สูงอายุและคนไข้ประจำมาลงชื่อไป
ทัศนศึกษากัน เขาจะออกเงินกันเองนะ มีแต่คนอยากจะไปด้วย ทุกครั้งเต็มก่อนทุก
ครั้งเลย”

พยาบาล A : 21 น.ก. 42

4.1.7 ระบบข้อมูลข่าวสาร

ระบบข้อมูลข่าวสารของศูนย์แพทย์ชุมชน โดยทั่วไปจะมีลักษณะที่คล้ายกับหน่วยบริการ
สาธารณสุขทั่วไป โดยข้อมูลจะเหมือนกับข้อมูลในสถานีอนามัยที่มีทั้งข้อมูลส่วนที่เป็นการบริหารจัดการ
และส่วนบริการ แต่ข้อมูลในการบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชนจะมีลักษณะที่เฉพาะตัวมาก
กว่าตรงที่ข้อมูลแต่ละส่วนจะมีความเชื่อมโยงกันของข้อมูล โดยมีกรอบแนวคิดว่าจะระบบข้อมูลมีไว้
เพื่อให้มีข้อมูลของสมาชิกศูนย์แพทย์ฯ ในระดับบุคคลและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และใช้เป็นเครื่องมือ
ในการควบคุมกำกับ ประเมินผลงานเป็นลำดับรองลงมา ส่วนข้อมูลเพื่อการรายงานต่อหน่วยงาน
ระดับสูงให้ความสำคัญเป็นอันดับสุดท้าย โดยเจ้าหน้าที่จะให้ความสำคัญและเอาใจใส่กับข้อมูลมาก
เป็นพิเศษ ดังจะเห็นได้จากเจ้าหน้าที่จะซักถามและบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย การเก็บข้อมูลจำนวนมาก
มีการปรับปรุงข้อมูลและที่ไปเยี่ยมบ้านและมีการสำรวจซ้ำ (re-census) ทั้งๆที่งานบริการในและนอก
สถานพยาบาลมีมาก แต่ก็ยังแบ่งเวลามาทำในส่วนของข้อมูล

4.2 ระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จากกรอบแนวคิดของระบบข้อมูลในศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มุ่งเน้น
ความต่อเนื่องและการควบคุมกำกับ ประเมินผลเป็นหลัก โดยการส่งข้อมูลให้หน่วยงานระดับสูงขึ้นไป
ไปลำดับรองนั้น ผู้มีส่วนร่วมเสนอแนวคิดของศูนย์แพทย์ชุมชน ได้พยายามออกแบบระบบข้อมูลใน
กิจกรรมปฐมภูมิโดยยึดแนวความคิดดังกล่าว ซึ่งมีการพัฒนาระบบข้อมูล การจัดเก็บมาเป็นลำดับ
จนได้มีสรุปกรอบแนวคิดในการดำเนินของระบบข้อมูลออกมาเป็นคู่มือ จะได้เป็นแนวทางแก่ผู้
ปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมต่างๆให้ตรงกับกรอบแนวคิด จากกรอบแนวคิดของระบบข้อมูลที่ได้
พัฒนามาเป็นคู่มือแล้ว ได้กำหนดเป็นขั้นตอนของระบบข้อมูลในการให้บริการปฐมภูมิที่ระบุ
ตามคู่มือ (instruction) ซึ่งรูปแบบในการจัดทำบัตรต่างๆของผู้ป่วยจำแนกตามคลินิกต่างๆ ดังนี้

4.2.1 คลินิกผู้ป่วยทั่วไป

ในเขต รายใหม่ ดูรายละเอียดประวัติจาก family file ออกไป personal ticket +
prescription form หากเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ออกไป operational card ให้ด้วย
รายเก่า Old Episode ใช้ไป personal ticket เดิม ออกไป prescription form ใหม่
New Episode ดูรายละเอียดประวัติจาก family file ออกไป prescription
form + personal ticket

นอกเขต รายใหม่และเก่า ออกไป personal ticket + prescription form

4.2.2 คลินิกฝากครรภ์ (ANC.)

ในเขต ดูรายละเอียดประวัติจาก family file ออกไป prescription form + personal book
สำหรับ ANC. + operational card สำหรับ ANC. + synthesis card

นอกเขต ออกไป prescription form + personal book สำหรับ ANC.

4.2.3 คลินิกสุขภาพเด็กดี (WBC.)

ในเขต ดูรายละเอียดประวัติจาก family file ออกไป prescription form + personal book
สำหรับ ANC. (ใช้เล่มเดิมของแม่ตั้งแต่ฝากครรภ์) + operational card WBC. +
synthesis card

นอกเขต ออกไป prescription form + personal book สำหรับ ANC. (ใช้เล่มเดิมของแม่ตั้งแต่
ฝากครรภ์)

4.2.4 วางแผนครอบครัว

ในเขต รายใหม่ ดูรายละเอียดประวัติจาก family file ออกไป personal ticket (อาจใช้
appointment card แทนก็ได้) + ไป prescription form + ไป
operational card สำหรับ FP.

รายเก่า ออกไป prescription form + คั่น operational card สำหรับ FP.

นอกเขต รายใหม่ ออกไป personal ticket (อาจใช้ appointment card แทนก็ได้) + ไป
prescription form + ไป operational card สำหรับ FP.

รายเก่า ออกไป prescription form + คั่น operational card สำหรับ FP.

4.2.5 คลินิกโรคเรื้อรัง

ในเขต รายใหม่ จะได้ไป personal ticket + prescription form มาก่อนแล้ว พอตกลงว่า
จะให้การรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ก็จะออกไป operational card +

ใบ synthesis card + สมุด personal book และลงข้อมูลใน family file
 รายเก่า ออกไป prescription form + personal book + operational card

นอกเขต ออกไป personal ticket + prescription form

PF. = Prescription form (ใบสั่งยา) PB. = Personal book (สมุดนัด)
 FF. = Family file (แฟ้มอนามัยครอบครัว) PT. = Personal ticket (บัตรประจำตัวผู้ป่วย)
 OC. = Operational card (บัตรปฏิบัติการ) SC. = Synthesis card (บัตรสรุปภาวะสุขภาพ)
 AC = Appointment card (บัตรนัด)

จากการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมของผู้วิจัยและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์
 แพทย์ชุมชนและประชาชนที่มาใช้บริการ ในการดำเนินกิจกรรมการใช้ระบบข้อมูลบริการปฐมภูมิ
 ของเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดอยุธยา ได้ชี้คแนวทางในการจัดทำแบบฟอร์มต่างๆตามคู่มือ
 แต่เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลทำให้เกิดการทำงานไม่ตรงคู่มือซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพหรือไม่มี
 ผลต่อสุขภาพ เช่น บุคลากรประจำและบุคลากรไม่ประจำที่มาทำงานล่วงเวลา จำนวนผู้ใช้บริการต่อ
 วัน ลักษณะของแบบฟอร์มต่างๆ ความสะดวกในการใช้แบบฟอร์มต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้การ
 ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับข้อมูลการบริการปฐมภูมิแตกต่างไปจากคู่มือบ้าง โดยระบบการใช้แบบฟอร์ม
 ต่างๆตามการปฏิบัติงานจริงที่สังเกตและสัมภาษณ์ได้สรุปแยกเป็นรายคลินิก ดังนี้

4.2.1 ขั้นตอนการบริการของคลินิกผู้ป่วยทั่วไป

ในเขตบริการ

ผู้ใช้บริการใหม่ (new episode) ขั้นตอนการบริการผู้ป่วยรายใหม่

1. ผู้ใช้บริการหรือญาติเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ หรือยื่นบัตรประชาชนพร้อม
 กับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
2. เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1
3. สอบถามว่าเคยมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. นี้หรือไม่
4. ชักถามอาการหรือสาเหตุที่นำมาที่ศูนย์แพทย์ เขียนชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ อาการนำ
 ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล เขียนลงใบ prescription form ซ้อนทับใบ personal ticket
 โดยใช้กระดาษสำเนาคั่นกลาง
5. หากมีที่อยู่ในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน จะค้นหาเลขการขึ้นทะเบียนในเขต
 ของผู้มาใช้บริการ โดยการพิมพ์ชื่อ สกุล ลงที่เครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วคัดลอกหมายเลข
 ลงใบตามข้อ 4 บริเวณพื้นที่ว่างระหว่างวันที่กับชื่อ

6. เลียบบัตรหมายเลขคิวตรวจแล้วบอกให้ผู้มารับบริการไปนั่งรอ โดยเรียงลำดับไปตามหมายเลขคิวที่โต๊ะลงทะเบียน
 7. ถึงลำดับหมายเลขก็เรียกชื่อผู้ให้บริการมารับใบ prescription form และ personal ticket ไปนั่งเรียงกันที่หน้าห้องตรวจตามลำดับหมายเลข คนที่นั่งลำดับแรกเข้าห้องตรวจแล้วผู้ให้บริการที่เหลือก็จะขยับที่นั่งไปเรื่อยๆ
 8. เมื่อตรวจเสร็จ จะถือใบ prescription form และ personal ticket เดินยื่นออกประตูเดิม เข้าไปบริเวณจ่ายยา วางใบ prescription form และ personal ticket บนโต๊ะจ่ายนั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่าย
 9. หากมีการทำแผลหรือฉีดยาผู้ให้บริการเดินไปยื่น prescription form และ personal ticket ที่บริเวณปฏิบัติการที่อยู่ติดกับโต๊ะจ่ายยา ตรวจแล้วก็นำเอา prescription form และ personal ticket ยื่นที่โต๊ะจ่ายยาอีกครั้ง
 10. พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form และ personal ticket ที่อยู่ล่างสุดขึ้นจัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ให้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกินเสร็จแล้วนำเอาใบ personal ticket และใบเสร็จ (ถ้ามี) ใส่งยขึ้นให้ผู้ให้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เลียบไว้ที่เหล็กเลียบบนโต๊ะจ่ายยา
 11. ถ้ามีการนัดครั้งต่อไป ผู้จ่ายยาจะบอกข้ให้ผู้ให้บริการหรือญาติอีกครั้ง และขั้บอกวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket
- ผู้ให้บริการรายเก่า (old episode)
1. ผู้ให้บริการรายเก่าหรือญาติยื่นใบ personal ticket หรือเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ (หากลืมหรือหาย) หรือยื่นบัตรประชาชนพร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่ง่กองเพื่อเข้าคิว
 2. เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการยื่นตามข้อ 1
 3. พยาบาลที่โต๊ะบัตรจะดูใบ personal ticket เก่า (ถ้ามี) ว่าเป็นกรณีผู้ให้บริการมาตามนัดไว้หรือไม่ จากนั้นซักถามอาการ คัดลอกชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ อาการนำ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล เขียนลงใบ personal ticket เก่า โดยวางใบ prescription form ทับบนใบ personal ticket เก่า ใช้กระดาษสำเนาคั่นกลาง
 4. กรณีที่ผู้ให้บริการไม่ได้นำใบ personal ticket เก่ามาพยาบาลที่โต๊ะบัตรจะเขียนชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ อาการนำ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล เขียนลงใบ prescription form ซ้อนทับใบ personal ticket โดยใช้กระดาษสำเนาคั่นกลาง หากมีที่อยู่ในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน จะค้นหาเลขการขึ้นทะเบียนในเขตของผู้มารับบริการ

โดยการพิมพ์ชื่อ สกุล ลงที่เครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วคัดลอกหมายเลขลงใบดังกล่าว บริเวณพื้นที่ว่างระหว่างวันที่กับชื่อ

5. เสิบบัตรหมายเลขคิวตรวจแล้วบอกให้ผู้มารับบริการไปนั่งรอ โดยเรียงลำดับใบตามหมายเลขคิวที่โต๊ะลงทะเบียน
6. ถึงลำดับหมายเลขก็เรียกชื่อผู้ใช้บริการมารับใบ prescription form และ personal ticket ไปนั่งเรียงกันที่หน้าห้องตรวจตามลำดับหมายเลข คนที่นั่งลำดับแรกเข้าห้องตรวจแล้วผู้ใช้บริการที่เหลือก็จะขยับที่นั่งไปเรื่อยๆ
7. เมื่อตรวจเสร็จ จะถือใบ prescription form และ personal ticket เดินย้อนออกประตูเดิม เข้าไปบริเวณจ่ายยา วางใบ prescription form และ personal ticket บนโต๊ะจ่ายนั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่าย
8. หากมีการทำแผลหรือฉีดยาผู้ใช้บริการเดินไปยื่น prescription form และ personal ticket ที่บริเวณปฏิบัติการที่อยู่ติดกับโต๊ะจ่ายยา ตรวจแล้วก็นำเอาใบ prescription form และ personal ticket ขึ้นที่โต๊ะจ่ายยาอีกครั้ง
9. พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form และ personal ticket ที่อยู่ล่างสุดขึ้นจัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอาใบ personal ticket และใบเสร็จ (ถ้ามี) ใส่งูยยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสิบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา
10. ถ้ามีการนัดครั้งต่อไป ผู้จ่ายยาจะบอกย้าผู้ใช้บริการหรือญาติอีกครั้ง และชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket

นอกเขตบริการ

ผู้ใช้บริการใหม่ (new episode) ขึ้นตอนการบริการผู้ป่วยรายใหม่

1. ผู้ใช้บริการหรือญาติเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ หรือยื่นบัตรประชาชนพร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่ง่ล่องเพื่อเข้าคิว
2. เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1
3. สอบถามว่าเคยมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.นี้หรือไม่
4. ซักถามอาการหรือสาเหตุที่นำมาที่ศูนย์แพทย์ เขียนชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ อาการนำ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล เขียนลงใบ prescription form ช้อนทับ ใบ personal ticket โดยใช้กระดาษดำเนาคั่นกลาง
5. หากมีที่อยู่ในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน ในรายที่จำไม่ได้ว่าเป็นคนที่ขึ้นทะเบียนหรือไม่ ก็จะตรวจสอบโดยการพิมพ์ชื่อ สกุล ลงที่เครื่อง คอมพิวเตอร์

6. เสิบบัตรหมายเลขคิวตรวจแล้วบอกให้ผู้มารับบริการไปนั่งรอ โดยเรียงลำดับไปตามหมายเลขคิวที่โต๊ะลงทะเบียน
7. ถึงลำดับหมายเลขก็เรียกชื่อผู้ใช้บริการมารับใบ prescription form และ personal ticket ไปนั่งเรียงกันที่หน้าห้องตรวจตามลำดับหมายเลข คนที่นั่งลำดับแรกเข้าห้องตรวจแล้วผู้ใช้บริการที่เหลือก็จะขยับที่นั่งไปเรื่อยๆ
8. เมื่อตรวจเสร็จ จะถือใบ prescription form และ personal ticket เดินย้อนออกประตูเดิม เข้าไปบริเวณจ่ายยา วางใบ prescription form และ personal ticket บนโต๊ะจ่ายนึ่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่าย
9. หากมีการทำแผลหรือฉีดยาผู้ใช้บริการเดินไปยื่น prescription form และ personal ticket ที่บริเวณปฏิบัติการที่อยู่ติดกับโต๊ะจ่ายยา ตรวจแล้วก็นำเอาใบ prescription form และ personal ticket ขึ้นที่โต๊ะจ่ายยาอีกครั้ง
10. พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form และ personal ticket ที่อยู่ล่างสุดขึ้นจัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอาใบ personal ticket และใบเสร็จ(ถ้ามี)ใส่ถุงยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสิบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา
11. ถ้ามีการนัดครั้งต่อไป ผู้จ่ายยาจะบอกย้าผู้ใช้บริการหรือญาติอีกครั้ง และชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket

ผู้ใช้บริการรายเก่า (old episode)

1. ผู้ใช้บริการรายเก่าหรือญาติยื่นใบ personal ticket หรือเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ (หากลืมหรือหาย) หรือยื่นบัตรประชาชนพร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
2. เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1
3. พยาบาลที่โต๊ะบัตรจะดูใบ personal ticket เก่า (ถ้ามี) ว่าเป็นกรณีผู้ใช้บริการมาตามนัดไว้หรือไม่ จากนั้นซักถามอาการ คัดลอกชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ อาการนำ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล เขียนลงใบ personal ticket เก่า โดยวางใบ prescription form ทับบนใบ personal ticket เก่า ใช้กระดาษสำเนาคั่นกลาง
4. กรณีที่ผู้ใช้บริการไม่ได้นำใบ personal ticket เก่ามาพยาบาลที่โต๊ะบัตรจะเขียนชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ อาการนำ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล เขียนลงใบ prescription form ซ้อนทับ ใบ personal ticket โดยใช้กระดาษสำเนาคั่นกลาง หากมีที่อยู่ในเขต

บริการของศูนย์แพทย์ชุมชน ในรายที่จำไม่ได้ว่าเป็นคนที่ขึ้นทะเบียนหรือไม่ ก็จะต้องตรวจสอบโดยการพิมพ์ชื่อ สกุล ลงที่เครื่อง คอมพิวเตอร์

5. เลียบบัตรหมายเลขคิวตรวจแล้วบอกให้ผู้มารับบริการไปนั่งรอ โดยเรียงลำดับใบตามหมายเลขคิวที่ได้ลงทะเบียน
6. ถึงลำดับหมายเลขก็เรียกชื่อผู้ใช้บริการมารับใบ prescription form และ personal ticket ไปนั่งเรียงกันที่หน้าห้องตรวจตามลำดับหมายเลข คนที่นั่งลำดับแรกเข้าห้องตรวจแล้วผู้ใช้บริการที่เหลือก็จะขยับที่นั่งไปเรื่อยๆ
7. เมื่อตรวจเสร็จ จะถือใบ prescription form และ personal ticket เดินย้อนออกประตูเดิม เข้าไปบริเวณจ่ายยา วางใบ prescription form และ personal ticket บนโต๊ะจ่ายนั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่าย
8. หากมีการทำแผลหรือฉีดยาผู้ใช้บริการเดินไปยื่น prescription form และ personal ticket ที่บริเวณปฏิบัติการที่อยู่ติดกับโต๊ะจ่ายยา ตรวจแล้วก็นำเอาใบ prescription form และ personal ticket ยื่นที่โต๊ะจ่ายยาอีกครั้ง
9. พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form และ personal ticket ที่อยู่ล่างสุดขึ้นจัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอาใบ personal ticket และใบเสร็จ(ถ้ามี)ใส่ถุงยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เลียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา
10. ถ้ามีการนัดครั้งต่อไป ผู้จ่ายยาจะบอกย้าผู้ใช้บริการหรือญาติอีกครั้ง และชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket

“ผู้ป่วยยื่น *PT*.เก่า เข้าหน้าที่ซักถามอาการที่นำมา ซึ่งเป็น *Episode* ใหม่ไม่เกี่ยวกับโรคในบัตร *PT*. และเจ้าหน้าที่ออกเฉพาะบัตร *PF*. ให้ โดยใช้บัตร *PT*. เดิม

นักวิจัย : กรณีการลงประเภทของผู้ป่วย เอ่อผู้ป่วยใหม่...ใหม่ในปี แล้วก็โรคที่ตรวจใหม่นี้มีปัญหา ถ้าเป็นการที่มาตรวจ*Episode*เก่า เนี่ยเราจะกำหนดให้เป็นผู้ป่วยใหม่/เก่าอย่างไร

พยาบาล *A* : อ้ออันที่ที่ช่องที่ 2 ก็คือ *Case* ใหม่ แต่อันที่ตรวจเก่าก็คือ อย่างปีนี้คนไข้ไม่ได้มา *Follow up* ที่เราเคยกะที่ แต่ว่าเป็นคนไข้ที่เป็น *Chronic Case* หรือว่า โรคต่อเนื่องที่ต้องรับยาเดิม อย่างเป็น *DM.*, *Thyroid* มาเมื่อปีที่แล้ว ปีนี้เพิ่งจะกลับมา *Follow up* ข้างนอก อันนี้จะตึก (ทำเครื่องหมายขีดเส้นเฉียง) อันหนึ่ง จะตึกกว่าเป็น *Episode* เก่า แต่เป็น *Case* ใหม่ของปีนี้

นักวิจัย : กรณีของ Episode เก่า แล้ว แล้วมันช่วงการป่วยมันยาวซึ่งเราก็ไม่รู้ว่าเป็นเรื่อง ของเก่าคนนั้นหรือเปล่า ในเรื่อง โรคเก่าหรือเปล่า)

พยาบาล A : อย่างพวกโรคกรณีไหนกะที่ ถ้าเกิด DM., Hypertension Thyroid อย่างนี้จะเป็น โรคเก่าที่ชัดเจน

นักวิจัย : โรคที่ชัดเจน

พยาบาล A : แต่ถ้าเป็น.....

นักวิจัย : URI. ?

พยาบาล A : URI. นี้ถ้าเป็นกรณีถ้าแก้วทำแบบนี้จะเกณฑ์ประมาณ 7 - 14 วันไม่น่าจะกินนั้น เพราะ URI. ปกติไม่ต้องรับยาได้ก็หายได้ภายใน 7 วัน ถ้าดูแลตัวเองดี ๆ หรือถ้ากินยา แต่เนื่องในกรณีทีลึดยากิน 3 ครั้งแล้ว เราก็คือคนไข้หายไปที่ประมาณเดือน 2 เดือน แล้วกลับมาใหม่ด้วย URI. ถือว่าเป็น Caseเก่า แต่เป็นโรคใหม่

นักวิจัย : ในกรณีของ Case ที่ที่มาหาเรา คือเขามาหาบีนเนีย ในการที่จะออกบัตรใบสั่งยา (PF.) การที่จะออก Personal Ticket (PT.) เนี่ยเราใช้เกณฑ์อะไรตัดสินตรงนี้ว่าอีกคนนี้จะต้องออกทั้ง 2 ในขณะที่คนนี้ไม่ออกอะไรอย่างไร

พยาบาล A : 3 ธ.ค. 41

Old Episode : ผู้ป่วยเพศชาย เล็กอายุ ~7 ปี มีอาการไข้สูง หอบเล็กน้อยเคยมารับการรักษา ได้ยาไปทานเมื่อสัปดาห์ที่แล้วอาการไม่ดีขึ้นจึงมาพบแพทย์อีกครั้ง โดยยื่นใบ PT.เก่า. ในใบ PT.ช่องการรักษา จะดูเขียนว่า Linco 0.5CCx3day (16,17,18) แล้วพยาบาล A ก็จะมีขีดทับเลข 17 อีกครั้ง พยาบาล A ออกใบ PF.อีกใบและเขียนในรายการสั่งยาว่า Linco 0.5 cc. แล้วบอกให้ญาติผู้ป่วยพาผู้ป่วยเข้าไปลึดยา

ในผู้ป่วยที่ยื่นใบ PT.ที่ถูกเขียนเต็มทั้ง 2 หน้า พยาบาล A จะออกให้ทั้ง PT.และ PF. ใหม่ และแนบใบ PT.เก่าในผู้ป่วยถือเข้าห้องตรวจให้ด้วย เมื่อเสร็จสิ้นการรับบริการก็จะเอาใบ PT.ทั้งใบใหม่และเก่าผู้ป่วยนำกลับไปด้วย

New Episode : เมื่อเขียนผู้ป่วยเขียนชื่อใส่ในตระกร้าหรือยื่นบัตรสิทธิต่างๆ จะออกใบ PT.และ PF.

นักวิจัย : ออกให้เฉพาะบัตร PF. หรือครบ

พยาบาล A : ออกให้แค่นี้ก็พอ บัตรนี้ (PT.) ยังมีที่ว่างอยู่

นักวิจัย : แล้วจะให้หมอเขาเขียนอย่างไร

พยาบาล A : ก็เขียนลงตรงที่ว่างๆ และเราก็ใช้ copy(กระดาษคาร์บอน) ใส่คั่นกลาง

นักวิจัย : ทำใหม่ถึงทำอย่างนั้น เพราะผู้ป่วยป่วยด้วย โรคที่เป็น Episode ใหม่

พยาบาล A : เพื่อจะได้ประหยัด เพราะบางที่บัตรนี้หมด แต่ไม่สามารถเบิกจากสสจ. ได้ ขาด stock ก็ไม่มีใช้ เราจึงต้องใช้วิธีนี้เอา จะได้ไม่เปลืองไงคะ และคนไข้ก็ใช้บัตรเดียวไม่ต้องพกหลายๆใบด้วย

พยาบาล A : 17 ธ.ค. 41

นักวิจัย : ผมเห็นขณะที่ทำมาผมเห็นบางคน Personal Ticket ถูกเขียนแบบเต็มเลยทั้งหน้าและหลัง

พยาบาล C : ใช่ มันจะมีปัญหานิดนึง คิดว่าน่าจะมีปัญหาในกรณีที่เปลี่ยนคนตรวจบางที่เขาจำเราได้ว่าตรวจ ที่คราวนั้นให้ยาไปเนี่ยอะไรคือเราก็คิดว่าเราจำได้ บางทีมันเต็ม (ในใบ P.T.) เราก็ไม่รู้จะเขียนที่ไหน ใหม่มั้ย เราก็ต้องเขียนแต่ใบสั่งยาเพียวๆ เหมือนกัน

นักวิจัย : แล้วคิดว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์อะไร จากได้ใน Personal Ticket อะไรกลับไป

พยาบาล C : ได้รับประโยชน์.....ก็ตรงที่เขาคือเขารู้ว่าประวัติเขากินยาอะไรอยู่รักษาอย่างไร แต่ตัวเขาจะไม่รู้ว่าได้ยาอะไร เพราะเขาไม่ใช่บุคลากร แต่ถ้าเขาไปต่อเนื้องเขาจะได้รับประโยชน์ตรงนั้นหรือได้ยาอะไรบ้าง และรักษาอาการดีหรือเปล่า อันนี้คือประโยชน์ที่เราเห็นชัด ๆ เลย

พยาบาล A : 21 ม.ค. 42

“นักวิจัย : ในส่วนของใบสั่งยาที่ตรวจในที่ใช้เนี่ยเราได้ใช้ประโยชน์ตรงไหนบ้าง

พยาบาล D : เราใช้ประโยชน์ตรงไหนบ้าง จริง ๆ ใช้เกือบจะทั้งหมด แต่ตรงนี้อาจจะมองข้ามไปคืออาจจะเขียนหรือไม่เขียนแล้วแต่ แต่ส่วนใหญ่มีปมวันที่อย่างวันที่เราจะดูได้ว่ามันเป็นวันนี้บางที่เขาทำบัตรไว้ก่อน คือวันที่จะระบุว่าเขามารับบริการวันไหน คือวันที่แต่ก่อนไม่เห็นความสำคัญแต่เดี๋ยวรู้สึกได้ว่ารู้ก็จะรู้ว่าส่วนมากจะมีประโยชน์กับ Case เก่า พอกลับมา Follow up ก็จะต้องรู้ แล้วก็อายุเพราะว่าอายุนี้มีหลายอย่างนะ อย่างข้อที่ 1 เรื่องของสิทธิ เพราะเราจะคิดเงินถูกหรือว่าจะให้สิทธิ แล้วก็ยาที่ได้บางที่เราต้องสำรวจอย่างบางที่หมอเขาอาจจะให้ยามาแล้วเขียนไม่ชัดเจนหรือว่า อย่างบางที่เด็ก Dose ยาเราจะดูอายุด้วย ดูเพศ ดูอายุ ดูอาการ และก็ที่บอกก็ Diag ดูสิทธิว่าเก่าไหม บางทีก็ต้องถามคนไข้เหมือนกันอย่างตรงนี้เขาไม่ค่อยได้ติดกัน ถ้าเป็นโรคอุจจาระร่วงหรือเป็นพวกโรคที่ต้องรายงาน (รายงานทางระบาดวิทยา รง.506) ก็ต้องดูอาชีพด้วย เพราะบางที่ถ้าเกิดร้อนจากตรงโน้น (ไอ้จะข่าขยา) ตรงนี้จะเป็นจุดสุดท้าย ก็ต้องพยายามเก็บให้หมด อย่างบางที่เข้าไม่ได้ก็ตีสิทธิมา เราต้องถามว่าเข้าเบิกได้หรือเปล่า หรือว่าเบิกได้ไหมเพราะว่าเราจะได้ตีและเราจะได้เรียกเงินถูกด้วย แล้วเวลาคคนที่เขามาทำรายงานนี้เขาจะได้รู้ รู้ไปเลยเพราะว่าไม่ทันพอมันผ่านไปแล้วยืนยันจำไม่ได้แล้ว แล้วมาค้นก็ลำบาก แล้วอีกอย่างหนึ่งแบบ Code

ด้วย อย่างดีก็ในเขต/นอกเขตเนี่ย ดีก็ในเขต/นอกเขตเนี่ยพูดถึงมันจะมีปัญหาเพราะว่า มีปัญหาตรงที่ ถ้าเกิดเป็นเด็กกับผู้สูงอายุ แล้วสมัยก่อนเนี่ยจะมีปัญหาตรงสิทธิสูง แต่เดี๋ยวนี้ไม่มีปัญหาเท่าไร คือผู้สูงอายุเนี่ยถ้าเกิดเป็นนอกเขตเราต้องเก็บค่าบำรุง ถ้าเราloseไปเนี่ยคราวต่อมาเขาจะแย้งว่าคราวที่แล้วไม่เห็นหมอบเก็บเลย แล้วจะมาเก็บอะไรกันตอนนี้เพราะว่าตรงนี้ไม่ชัดเจน ถ้าเกิดเป็นเด็กก็เหมือนกันในกรณีเดียวกันถ้าเป็นในเขตเนี่ย แล้วเราไปเก็บเขาโดยที่เรา คือข้างหน้า(โตะลงทะเบียน)ไม่ได้คืนมา เรามาเก็บเขาเนี่ยเราก็จะเสียแล้วระบบมันก็รวนทำให้เขาแย้งเราได้ พูดถึงก็ต้องดูหมลทุกรายการเลยนะ”

พยาน D : 7 ม.ค. 2542

4.2.2 ขั้นตอนการบริการของคลินิกฝากครรภ์

ในเขตบริการ

หญิงฝากครรภ์ในเขต รายใหม่

1. หญิงตั้งครรภ์หรือญาติเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ ขึ้นไป personal ticket ถ้า (ถ้ามี) สมุดฝากครรภ์จากสถานบริการอื่น (ถ้ามี) หรือยื่นบัตรประชาชนพร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
2. เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โตะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1
3. สอบถามว่าเคยมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.นี้หรือไม่
4. ซักถามอาการ เขียนชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ อาการนำ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล และเขียนรายละเอียดรายการให้บริการในวันนี้ลงใน prescription form
5. บอกให้หญิงตั้งครรภ์ไปชั่งน้ำหนักตัวเองแล้วกลับมาบอกน้ำหนัก เพื่อให้พยาบาลที่โตะบัตรกรอกน้ำหนักลงใน personal book
6. เขียน personal book ของหญิงตั้งครรภ์และไป operational card โดยกรอกรายละเอียดประวัติการตั้งครรภ์ รายการให้บริการในวันนี้ วันนัดการตรวจครรภ์ครั้งต่อไป ในรายที่มี personal book ของสถานบริการแห่งอื่นก็ใช้เล่มเดิม และบอกวันนัดแก่หญิงตั้งครรภ์
7. หากมีที่อยู่ในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน จะค้นหาเลขการขึ้นทะเบียนในเขตของผู้มาใช้บริการ โดยการพิมพ์ชื่อ สกุล ลงที่เครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วคัดลอกหมายเลขลง บนปก personal book มุมบนขวาของกระดาษและไป prescription form บริเวณพื้นที่ว่างระหว่างวันที่กับชื่อ

8. บอกให้หญิงตั้งครรภ์ไปตรวจครรภ์ที่ห้องปฏิบัติการ โดยไม่ต้องเรียงลำดับกับผู้ใช้บริการทั่วไป ใช้ค้ำม่านกันแยกระหว่างเตียงตรวจครรภ์และเตียงทำแผล นิตยา
12. เมื่อตรวจครรภ์เสร็จ จะถือไป prescription form, operational card และ personal book วางบนโต๊ะจ่ายยา นั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่ายยา
13. ในรายที่พบอาการผิดปกติก็จะให้หญิงตั้งครรภ์เข้าพบแพทย์ที่ห้องตรวจโรค
14. พยายามอย่าขยาดจะหยิบเรียงลำดับรวมกับผู้ใช้บริการทั่วไป เมื่อถึงคิวก็จัดยาตามรายการพร้อม ทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอายา เอาสมุด personal book และใบเสร็จ (ถ้ามี) ใส่ถุงยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา เก็บใบ operational card ไว้ที่ชั้นวางของข้างโต๊ะจ่ายยา
15. ถ้ามีการนัดครั้งต่อไป ผู้จ่ายยาจะบอกข้าหญิงตั้งครรภ์หรือญาติอีกครั้ง และชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้ในสมุด personal book

หญิงฝากครรภ์ในเขต รายเก่า

1. หญิงตั้งครรภ์หรือญาติยื่นสมุด personal book พร้อมกับขึ้นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
2. เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการยื่นตามข้อ 1
- 3.ซักถามอาการ คัดลอกชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ อาการนำ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล และเขียนรายละเอียดรายการให้บริการในวันนี้ลงใน prescription form
4. ดูปก personal book หากมีหมายเลขผู้ขึ้นทะเบียนในเขต ก็ไปค้นหาใบ operational card ที่ diary box ข้างโต๊ะเขียนบัตร โดยแยกตามเดือนที่นัด
5. บอกให้หญิงตั้งครรภ์ไปชั่งน้ำหนักตัวเองแล้วกลับมาบอกน้ำหนัก เพื่อให้พยาบาลที่โต๊ะบัตรกรอกน้ำหนักลงใน personal book
6. เขียน personal book ของหญิงตั้งครรภ์และใบ operational card โดยกรอกรายละเอียดประวัติการตั้งครรภ์ รายการให้บริการในวันนี้ วันนัดการตรวจครรภ์ครั้งต่อไป และบอกวันนัดแก่หญิงตั้งครรภ์
7. บอกให้หญิงตั้งครรภ์ไปตรวจครรภ์ที่ห้องปฏิบัติการ โดยไม่ต้องเรียงลำดับกับผู้ใช้บริการทั่วไป ใช้ค้ำม่านกันแยกระหว่างเตียงตรวจครรภ์และเตียงทำแผล นิตยา
8. เมื่อตรวจครรภ์เสร็จ จะถือไป prescription form, operational card และ personal book วางบนโต๊ะจ่ายยา นั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่ายยา
9. ในรายที่พบอาการผิดปกติก็จะให้หญิงตั้งครรภ์เข้าพบแพทย์ที่ห้องตรวจโรค

10. พยาบาลจ่ายยาจะหยิบเรียงลำดับรวมกับผู้ใช้บริการทั่วไป เมื่อถึงคิวก็จัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอายา เอาสมุด personal book และใบเสร็จ (ถ้ามี) ใส่ง่ายขึ้นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำไป prescription form เติบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา เก็บ operational card ไว้ที่ชั้นวางของข้างโต๊ะจ่ายยา
11. ถ้ามีการนัดครั้งต่อไป ผู้จ่ายยาจะบอกย้ำหญิงตั้งครรภ์หรือญาติอีกครั้ง และชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้ในสมุด personal book

นอกเขตบริการ

หญิงฝากครรภ์นอกเขต รายใหม่

1. หญิงตั้งครรภ์หรือญาติเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ ขึ้นใบ personal ticket ถ้า (ถ้ามี) สมุดฝากครรภ์จากสถานบริการอื่น (ถ้ามี) หรือยื่นบัตรประชาชนพร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่ง่ายเพื่อเข้าคิว
2. เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1
3. สอบถามว่าเคยมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.นี้หรือไม่
4. ชักถามอาการ เขียนชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ อาการนำ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล และเขียนรายละเอียดรายการให้บริการในวันี่ลงใน prescription form
5. บอกให้หญิงตั้งครรภ์ไปชั่งน้ำหนักตัวเองแล้วกลับมาชั่งน้ำหนัก เพื่อให้พยาบาลที่โต๊ะบัตรกรอกน้ำหนักลงใน personal book
6. เขียน personal book ของหญิงตั้งครรภ์ โดยกรอรายละเอียดประวัติการตั้งครรภ์ รายการให้บริการในวันนี้ วันนัดการตรวจครรภ์ครั้งต่อไป ในรายที่มี personal book ของสถานบริการแห่งอื่นก็ใช้เล่มเดิม บอกวันนัดแก่หญิงตั้งครรภ์
7. หากมีที่อยู่ในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน จะตรวจสอบการขึ้นทะเบียนในเขตของผู้มาใช้บริการ โดยการพิมพ์ชื่อ สกุล ลงที่เครื่องคอมพิวเตอร์ แล้ว
8. บอกให้หญิงตั้งครรภ์ไปตรวจครรภ์ที่ห้องปฏิบัติการ โดยไม่ต้องเรียงลำดับกับผู้ใช้บริการทั่วไป ใช้ผ้า màn กันแยกระหว่างเตียงตรวจครรภ์และเตียงทำแผล ถัดยา
9. เมื่อตรวจครรภ์เสร็จ จะถือใบ prescription form และ personal book วางบนโต๊ะจ่ายยา นั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่ายยา
10. ในรายที่พบอาการผิดปกติก็จะให้หญิงตั้งครรภ์เข้าพบแพทย์ที่ห้องตรวจโรค
11. พยาบาลจ่ายยาจะหยิบเรียงลำดับรวมกับผู้ใช้บริการทั่วไป เมื่อถึงคิวก็จัดยาตามรายการพร้อม ทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จ

แล้วนำเอายา เอาสมุด personal book และใบเสร็จ (ถ้ามี) ไปส่งยื่นให้ผู้ให้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา

12. ถ้ามีการนัดครั้งต่อไป ผู้จ่ายยาจะบอกย้ำหญิงตั้งครรภ์หรือญาติอีกครั้ง และชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้ในสมุด personal book

หญิงฝากครรภ์นอกเขต รายเก่า

1. หญิงตั้งครรภ์หรือญาติยื่นสมุด personal book พร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ไปส่งยื่นเพื่อเข้าคิว
2. เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1
3. ชักถามอาการ คัดลอกชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ อาการนำ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล และเขียนรายละเอียดรายการให้บริการในวันนี้ลงใน prescription form
4. ตรวจสอบว่าเป็นคนในเขตหรือไม่โดยดูปก personal book หากมีหมายเลขผู้ขึ้นทะเบียนในเขตหรือไม่
5. บอกให้หญิงตั้งครรภ์ไปชั่งน้ำหนักตัวเองแล้วกลับมาบอกน้ำหนัก เพื่อให้พยาบาลที่โต๊ะบัตรกรอกน้ำหนักลงใน personal book
6. เขียน personal book ของหญิงตั้งครรภ์ โดยกรอกรายละเอียดประวัติการตั้งครรภ์ รายการให้บริการในวันนี้ วันนัดการตรวจครรภ์ครั้งต่อไป บอกวันนัดแก่หญิงตั้งครรภ์
7. บอกให้หญิงตั้งครรภ์ไปตรวจครรภ์ที่ห้องปฏิบัติการ โดยไม่ต้องเรียงลำดับกับผู้ใช้บริการทั่วไป ใช้ค้ำม่านกันแยกระหว่างเตียงตรวจครรภ์และเตียงทำแผล ถัดยา
8. เมื่อตรวจครรภ์เสร็จ จะถือใบ prescription form และ personal book วางบนโต๊ะจ่ายยา นั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่ายยา
9. ในรายที่พบอาการผิดปกติก็จะให้หญิงตั้งครรภ์เข้าพบแพทย์ที่ห้องตรวจโรค
10. พยาบาลจ่ายยาจะหยิบเรียงลำดับรวมกับผู้ใช้บริการทั่วไป เมื่อถึงคิวก็จัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอายา เอาสมุด personal book และใบเสร็จ (ถ้ามี) ไปส่งยื่นให้ผู้ให้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา
11. ถ้ามีการนัดครั้งต่อไป ผู้จ่ายยาจะบอกย้ำหญิงตั้งครรภ์หรือญาติอีกครั้ง และชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้ในสมุด personal book

“*นักวิจัย*: แล้วกรณีของการให้ออกบัตรตัวนี้ใน Case ประเภทอื่นอย่างเช่น ANC. ใน

กรณีของ ANC. เมื่อเราจะออกใบคู่หรือใบเดี่ยวที่เป็นCaseใหม่

พยาบาล A : ANC. Caseใหม่เราจะออกเป็นใบคู่ให้ก่อนครั้งแรก ที่มาครั้งแรกใช้ค่ะ เพราะว่าครั้งแรกนี้จะต้องพบหมอ แล้วก็จะแนะนำเขาไว้ บอกว่า คือบัตรใบ (PT.) เนี่ย ถึงแม้จะได้ใช้ในการรักษาต่อเนื่องในการมาฝากครรภ์ แต่ว่าบัตรนี้จะสำคัญที่ว่าเวลาคนไข้มารักษาพยาบาลเนี่ย เขาจะได้รับการบริการที่ว่าสะดวกขึ้นตรงที่ว่าเขามีบัตรเก่าตรงที่เนี่ย เขาขึ้นได้เลยเขาไม่ต้องมารอเขียนชื่อใหม่ นามสกุลใหม่ ไม่ต้องมาเสียเวลาซักประวัติ เขาก็จะเก็บไว้ แต่ว่ารายละเอียดทั้งหมดที่อยู่ในใบนี้ (PT.) หากว่าบางที่เราเอาไปลงในสมุดของเขาอยู่แล้ว มันก็รายละเอียดเหมือนกันหมดนะค่ะ

นักวิจัย : เพราะเห็นเราเขียนบางที่เขียนรายละเอียดตรงนี้ (ในใบPT.) ไป เหมือนจะเขียนว่าเขาว่า.....

พยาบาล A : เขียนว่าให้เขาไปว่า มีอะไรเลือกอะไรบ้างก็ขยายอะไรบ้าง

นักวิจัย : แล้วเขียนรายละเอียดอะไรบ้าง แต่ละคนเขียนรายละเอียดไม่เหมือนกัน ก็เลยแบบไม่ค่อยเข้าใจว่าเขียนอย่างไร

พยาบาล A : ก็จะมีตรวจครั้งแรกที่มาก็คือซักประวัติเขาก่อน ตรงนี้ก็จะใส่ LMP. LMP ครั้งสุดท้าย แล้วก็ตรงนี้เราจะใส่ Albumin, Sugar แล้วก็ค่าตัวนะค่ะ แล้วก็ VDRL. มี Hb., Hg. แล้วก็ HIV. HIV. นี้เราต้องถามคนไข้ก่อน ต้อง Pre ครั้งหนึ่งก่อนว่าคนไข้สมัครใจที่จะตรวจไหม ทำไม่ถึงจะต้องตรวจ ถ้าไม่ตรวจแล้วจะมีปัญหาอะไร ถ้าเข้าสมัครใจที่จะตรวจเราก็จะไปในนี้เลยว่า HIV. ด้วย แล้วก็ Blood group..... Blood Group นี้เราจะถามคนไข้ก่อนว่าเขารู้ไหม ถ้าเขารู้ก็ไม่ต้อง ถ้าเกิดเขาไม่ทราบก็เขา Blood group แล้วก็ Hematocite ที่ทุกรายจะต้องมีนะค่ะ แล้วก็ประวัติ Tetanus แล้วก็ไข้.....

นักวิจัย : แล้วหลังจากตรวจเสร็จเราก็เอามากรอกใส่ใบนี้ (PT.) หรือเปล่า

พยาบาล A : หลังจากตรวจเสร็จหรือจะ ไม่ได้กรอกใส่บัตร เรากรอกใส่แค่สมุดคนไข้ (สมุดฝากครรภ์) เพราะว่าคนไข้เองปีนี้เป็นส่วนมากมาก็คือมาฝากท้องตามนัด เราจะดูจากประวัติจากในสมุดนั้นได้มากกว่า แต่นี่คือเขามารับการตรวจกับเราไว้

นักวิจัย : แล้วราย ANC. ครั้งต่อมา (รายเก่า)

พยาบาล A : ครั้งต่อมา ANC. ครั้งต่อมาคนไข้เขาจะมีสมุดของเขาอยู่แล้ว ทุกครั้งมาก็คือจะออกเฉพาะใบบาง (PF.) นอกจากกรณีที่คนไข้มี Acute case อื่นๆตามมาด้วยนี่ มา ANC. แล้วมีไข้มีอะไรมาด้วย ใบของเรา (PT.) ที่เราให้เขาไปเนี่ยก็คือเราจะตามนี้

นักวิจัย : ถ้าเมื่อกรณีเขาไม่ถือ (PT.) มาละ

พยาบาล A : ถ้าเมื่อเขาไม่ถือ (PT.) มาเราก็ออกให้ใหม่ (ออกทั้งใบPT. และ PF.) และแนะนำเขาว่าถ้าไข้หวัดนี้ยังไม่ดีขึ้นก็เก็บใบนี้ (PT.) เอาไว้ ก็คือถ้าเกิดมาด้วยโรคไข้หวัดครั้งต่อไป ไม่ได้มาด้วยการที่จะฝากท้อง ก็จำเป็นต้องเอาสมุดสีชมพู (สมุด ANC.) มากี่ได้

ฝากครรภ์ รายเก่า เมื่อหญิงมีครรภ์มาขึ้นสมุดPB-ANC.ใส่ในตะกร้า โดยสังเกตที่ ปกสมุด PB-ANC.จะเขียนว่า Out-side หรือ In-side และมีรหัสผู้ป่วย หากเป็นในเขต จะมีการคืนใบ PW-OC.(สีฟ้า) แต่นอกเขตไม่มีPW-OC. และเขียนใบPF.ทุกรายแล้วส่งเข้า รับการบริการฝากครรภ์ในห้องปฐมพยาบาล

บันทึกการสังเกต : 21 ม.ค. 2542

4.2.3 ขั้นตอนการบริการของคลินิกสุขภาพเด็กดี

ในเขตบริการ

คลินิกสุขภาพเด็กดีในเขต รายใหม่

- 1 ขึ้นสมุดฝากครรภ์ของแม่จากสถานบริการอื่น หรือญาติของเด็กเขียนชื่อผู้มารับ บริการใส่กระดาษ (ถ้าไม่มีสมุดฝากครรภ์ของแม่) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
- 2 เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1
- 3 สอบถามว่าเคยมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.นี้หรือไม่
- 4 ชักถามอาการ คัดลอกชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ และเขียนรายละเอียดรายการให้ บริการในวันนี้ลงใน prescription form
- 5 ตรวจสอบว่าอยู่ในเขตบริการหรือไม่โดยดูที่ปก personal book หากอยู่ในเขตบริการ ก็จะมีหมายเลขผู้ขึ้นทะเบียนของแม่
- 6 บอกให้ญาติของเด็กนำเด็กไปชั่งน้ำหนักเอง แล้วกลับมาแจ้งจำนวนน้ำหนัก เพื่อให้ พยาบาลที่โต๊ะบัตรกรอกน้ำหนักลงใน personal book
- 7 เขียนใบ operational card โดยกรอกรายละเอียดรายการให้บริการในวันนี้ วันนัด การใช้บริการครั้งต่อไปใน personal book ของแม่ และบอกวันนัดแก่ญาติของเด็ก
- 8 จากนั้นบอกญาติของเด็กนำเด็กไปห้องปฏิบัติการ เพื่อวัดความสูง รอบศีรษะและฉีด วัคซีน เรียงลำดับเฉพาะกลุ่มเด็กโดยไม่ต้องเรียงลำดับกับผู้ใช้บริการทั่วไป นำเอา สมุด personal book ให้ญาติของเด็ก โดยแยกเก็บ operational card และใบ prescription form ไว้กับผู้ใช้บริการและบอกย้ำวันนัดครั้งต่อไปอีกครั้ง โดยชี้บอก ให้ดูวันนัดที่เขียนไว้ในสมุด personal book

คลินิกสุขภาพเด็กดีในเขต รายเก่า

1. ขึ้นสมุดฝากครรภ์ของแม่จากสถานบริการอื่น (ถ้ามี) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
2. เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1

3. ซักถามอาการ คัดลอกชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ และเขียนรายละเอียดรายการให้บริการในวันนี้ลงใน prescription form
4. บอกให้ญาติของเด็กนำเด็กไปชั่งน้ำหนักเอง แล้วกลับมาแจ้งจำนวนน้ำหนัก เพื่อให้พยาบาลที่โต๊ะบัตรรอกน้ำหนักลงใน personal book
5. ตรวจสอบว่าอยู่ในเขตบริการหรือไม่โดยดูที่ปก personal book หากอยู่ในเขตบริการ ก็จะมีหมายเลขผู้ขึ้นทะเบียนของแม่
6. เขียนใบ operational card โดยกรอกรายละเอียดรายการให้บริการในวันนี้ วันนัดการให้บริการครั้งต่อไปใน personal book ของแม่ และบอกวันนัดแก่ญาติของเด็ก
7. บอกญาติของเด็กนำเด็กไปห้องปฏิบัติการ โดยเรียงลำดับเฉพาะกลุ่มเด็ก ไม่ต้องเรียงลำดับกับผู้ใช้บริการทั่วไป เพื่อวัดความสูง รอบศีรษะ ถัดวัดซิณแสร์ริง เอาสมุด personal book ให้ญาติของเด็ก โดยแยกเก็บใบ prescription form ไว้กับผู้ใช้บริการ และบอกย้วันนัดครั้งต่อไปอีกครั้ง โดยชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้ในสมุด personal book

นอกเขตบริการ

คลินิกสุขภาพเด็กดีนอกเขต รายใหม่

- 1 ขึ้นสมุดฝากครรภ์ของแม่จากสถานบริการอื่น หรือญาติของเด็กเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ (ถ้าไม่มีสมุดฝากครรภ์ของแม่) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
- 2 เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1
- 3 สอบถามว่าเคยมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.นี้หรือไม่
- 4 ซักถามอาการ คัดลอกชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ และเขียนรายละเอียดรายการให้บริการในวันนี้ลงใน prescription form
- 5 ตรวจสอบว่าอยู่ในเขตบริการหรือไม่โดยดูปก personal book ว่ามีหมายเลขผู้ขึ้นทะเบียนในเขตของแม่หรือไม่
- 6 บอกให้ญาติของเด็กนำเด็กไปชั่งน้ำหนักเอง แล้วกลับมาแจ้งจำนวนน้ำหนัก เพื่อให้พยาบาลที่โต๊ะบัตรรอกน้ำหนักลงใน personal book
- 7 โดยกรอกรายละเอียดรายการให้บริการในวันนี้ และวันนัดการให้บริการครั้งต่อไปใน personal book ของแม่ บอกวันนัดแก่ญาติของเด็ก
- 8 บอกญาติของเด็กนำเด็กไปห้องปฏิบัติการ โดยเรียงลำดับเฉพาะกลุ่มเด็ก ไม่ต้องเรียงลำดับกับผู้ใช้บริการทั่วไป เพื่อวัดความสูง รอบศีรษะ ถัดวัดซิณแสร์ริง เอาสมุด personal book ให้ญาติของเด็ก โดยแยกเก็บใบ prescription form ไว้กับผู้ใช้บริการ

และบอกข้าวันนัดครั้งต่อไปอีกครั้ง โดยชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้ในสมุด personal book

คลินิกสุขภาพเด็กดินนอกเขต รายเก่า

1. ขึ้นสมุดฝากครรภ์ของแม่จากสถานบริการอื่น (ถ้ามี) ใส่ง่ล่องเพื่อเข้าคิว
2. เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1
3. ชักถามอาการ คัดลอกชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ และเขียนรายละเอียดรายการให้บริการในวันนี้ลงใน prescription form
4. บอกให้ญาติของเด็กนำเด็กไปชั่งน้ำหนักเอง แล้วกลับมาแจ้งจำนวนน้ำหนัก เพื่อให้พยาบาลที่โต๊ะบัตรกรอกน้ำหนักลงใน personal book
5. ดูที่ปก personal book หากอยู่ในเขตบริการก็จะมีหมายเลขผู้ขึ้นทะเบียนแม่
6. กรอรายละเอียดรายการให้บริการในวันนี้ วันนัดการใช้บริการครั้งต่อไป personal book ของแม่ บอกวันนัดแก่ญาติของเด็ก
7. บอกญาติของเด็กนำเด็กไปห้องปฏิบัติการ โดยเรียงลำดับเฉพาะกลุ่มเด็ก ไม่ต้องเรียงลำดับกับผู้ให้บริการทั่วไป เพื่อวัดความสูง รอบศีรษะ ถ้าวัดขึ้นเสร็จ เอาสมุด personal book ให้ญาติของเด็ก โดยแยกเก็บไป prescription form ไว้กับผู้ให้บริการ และบอกข้าวันนัดครั้งต่อไปอีกครั้ง โดยชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้ในสมุด personal book

EPI รายเก่า : ผู้ปกครองเด็กจะขึ้นสมุด PB-ANC แล้วพยาบาลที่เคาเตอร์จะดูวันนัดและชนิดการรับวัคซีน แล้วเขียนชนิดวัคซีนที่ได้รับวันนี้และลงนัดครั้งต่อไปในสมุด และเขียนใบ *PPF* ให้แล้วส่งเข้าไปรับวัคซีน

บันทึกการสังเกต : 21 ม.ค. 2542

4.2.4 ขั้นตอนการบริการของคลินิกวางแผนครอบครัว

ในเขตบริการ

คลินิกวางแผนครอบครัวในเขตราชใหม่

- 1 ผู้ใช้บริการหรือญาติยื่นใบ personal ticket เก่า หรือเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ (หากลืมหรือหายหรือไม่มีใบ personal ticket) หรือยื่นบัตรประชาชน พร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่ง่ล่องเพื่อเข้าคิว
- 2 เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1

- 3 สอบถามสาเหตุที่มาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชน ประวัติการตั้งครรภ์และการมีประจำเดือน แล้วให้ไปตรวจปีสสาวะเพื่อ ตรวจการตั้งครรภ์ที่ห้องปฏิบัติการ
- 4 ผู้ใช้บริการกลับมาที่โต๊ะทำบัตรอีกครั้ง แจ้งผลการตรวจเมื่อผลปรากฏว่าไม่พบการตั้งครรภ์ สอบถามว่าเคยมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.นี้หรือไม่ ถามความต้องการในการเลือกชนิดการวางแผนครอบครัว
- 5 ชักถามชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล เขียนลงใน prescription form ซ้อนทับ ใบ personal ticket โดยใช้กระดาษสำเนาชั้นกลาง และบอกวันนัดมารับบริการครั้งต่อไป (บางรายได้ออกและเขียนนัดในใบ appointment card (ถ้ามี)) เขียนประวัติลงในใบ operational card สำหรับงานวางแผนครอบครัว ยื่นใบ prescription form, personal ticket และ operational card ไปที่ห้องปฏิบัติการเพื่อรับบริการ (หากพบการตั้งครรภ์ก็รับฝากครรภ์)
- 6 หากมีที่อยู่ในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน จะค้นหาเลขการขึ้นทะเบียนในเขตของผู้มาใช้บริการ โดยการพิมพ์ชื่อ สกุล ลงที่เครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วคัดลอกหมายเลขลง มุมขวบนของใบ operational card, ใบ appointment card และบริเวณพื้นที่ว่างระหว่างวันที่กับชื่อของใบ prescription form และ personal ticket
- 7 หากเป็นบริการยามฉุกเฉิน ผู้ใช้บริการยื่นใบ prescription form, personal ticket หรือ appointment card และ operational card วางที่โต๊ะจ่ายยา พยาบาลจ่ายยา จะหยิบใบ prescription form และ personal ticket ที่อยู่ล่างสุดขึ้นจัดยาตามรายการ พร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอายาคุม และใบ personal ticket หรือ appointment card ใส่ถุงยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำไป prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบน โต๊ะจ่ายยา เก็บ operational card ไว้ที่ชั้นวางของข้าง โต๊ะจ่ายยา นัดวันมารับบริการครั้งต่อไป โดยขีดออกวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket หรือ appointment card
- 8 หากเป็นบริการฉีดยาคุม จะให้ผู้ใช้บริการ เดินไปยื่น prescription form และ appointment card หรือ personal ticket เข้าคิวเข้าพบแพทย์ที่ห้องตรวจตรวจร่างกาย เสร็จแล้วผู้ให้บริการกลับมายื่นใบ prescription form, personal ticket หรือ appointment card และ operational card วางที่โต๊ะจ่ายยา แล้วขึ้นเตียงเพื่อฉีดยาคุม พยาบาลที่โต๊ะจ่ายยายื่นใบ personal ticket หรือ appointment card ให้ผู้ให้บริการ จากนั้นนำไป prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบน โต๊ะจ่ายยา เก็บ operational

card ไว้ที่ชั้นวางของข้างโต๊ะจ่ายยา นัดวันมารับบริการครั้งต่อไปโดยชื่อบอกดูวันนัด
ที่เขียนไว้บนใบ personal ticket หรือ appointment card

คลินิกวางครอบคร้วในเขตรายเก่า

- 1 ผู้ใช้บริการรายเก่าหรือญาติยื่นใบ personal ticket หรือ appointment card หรือเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ (หากลืมหรือหาย) หรือยื่นบัตรประชาชนพร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
- 2 เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการยื่นตามข้อ 1
- 3 กรณีที่มาตามกำหนด สอบถามอาการผิดปกติ คัดลอกประวัติลงใบ prescription form จากค้ำหน้าของ personal ticket หรือ appointment card หากมีหมายเลขผู้ขึ้นทะเบียนในเขต ก็ไปค้นหาใบ operational card ที่ diary box ข้างโต๊ะเขียนบัตร โดยแยกตามเดือนที่นัด
- 4 กรณีไม่มาตามนัดและขาดการคุมกำเนิดเป็นเวลานาน จะสอบถามประวัติการมีประจำเดือน แล้วให้ไปตรวจปีศาจวะเพื่อตรวจการตั้งครรภ์ที่ห้องปฏิบัติการ แล้วดำเนินการตามขั้นตอนเหมือนผู้ใช้บริการรายใหม่
- 5 หากเป็นบริการยามืดคุมกำเนิด ผู้ใช้บริการยื่นใบ prescription form, personal ticket หรือ appointment card และ operational card วางที่โต๊ะจ่ายยา พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form และ personal ticket ที่อยู่ล่างสุดขึ้นจัดยาตามรายการ พร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอายาคุม และใบ personal ticket หรือ appointment card ใต้งุ้มยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำไป prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา เก็บ operational card ไว้ที่ชั้นวางของข้างโต๊ะจ่ายยา นัดวันมารับบริการครั้งต่อไป โดยชื่อบอกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket หรือ appointment card
- 6 หากเป็นบริการฉีดยาคุมมาขึ้นใบ prescription form, personal ticket หรือ appointment card และ operational card วางที่โต๊ะจ่ายยา แล้วขึ้นเตียงเพื่อฉีดยาคุม พยาบาลที่โต๊ะจ่ายยาขึ้นใบ personal ticket หรือ appointment card ให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำไป prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา เก็บ operational card ไว้ที่ชั้นวางของข้างโต๊ะจ่ายยา นัดวันมารับบริการครั้งต่อไป โดยชื่อบอกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket หรือ appointment card

นอกเขตบริการ

คลินิกวางครอบคร้วนอกเขตรายใหม่

- 1 ผู้ใช้บริการหรือญาติยื่นใบ personal ticket เก่า หรือเขียนชื่อผู้มารับบริการได้ กระดาษ (หากลืมหรือหายหรือไม่มีใบ personal ticket) หรือยื่นบัตรประชาชน พร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
- 2 เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการยื่นตามข้อ 1
- 3 สอบถามสาเหตุที่มาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชน ประวัติการตั้งครรภ์และการมีประจำเดือน แล้วให้ไปตรวจปีศาจเพื่อ ตรวจการตั้งครรภ์ที่ห้องปฏิบัติการ
- 4 หากมีที่อยู่ในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน จะตรวจสอบโดยค้นหาเลขการขึ้นทะเบียนในเขตของผู้มาใช้บริการ โดยการพิมพ์ชื่อ สกุล ลงที่เครื่องคอมพิวเตอร์
- 5 ผู้ใช้บริการกลับมาที่โต๊ะบัตรอีกครั้ง แจ้งผลการตรวจเมื่อผลปรากฏว่าไม่พบการตั้งครรภ์ สอบถามว่าเคยมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.นี้หรือไม่ ถามความต้องการในการเลือกชนิดการวางแผนครอบครัว
- 6 ชักถามชื่อ-สกุล อายุ อาชีพที่อยู่ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล เขียนลงใบ prescription form ซ้อนทับ ใบ personal ticket โดยใช้กระดาษสำเนาชั้นกลาง และบอกวันนัดมารับบริการครั้งต่อไป (บางรายได้ออกและเขียนนัดในใบ appointment card (ถ้ามี)) ยื่นใบ prescription form, personal ticket ไปที่ห้องปฏิบัติการเพื่อรับบริการ (หากพบการตั้งครรภ์ก็รับฝากครรภ์)
- 7 หากเป็นบริการข่ามเม็ดคุมกำเนิด ผู้ใช้บริการยื่นใบ prescription form, personal ticket หรือ appointment card วางที่โต๊ะจ่ายยา พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form และ personal ticket ที่อยู่ล่างสุดขึ้นจัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอายาคุม และใบ personal ticket หรือ appointment card ใส่ถุงยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา นัดวันมารับบริการครั้งต่อไป โดยชื่อบอกวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket หรือ appointment card
- 8 หากเป็นบริการฉีดยาคุม จะให้ผู้ใช้บริการ เดินไปยื่น prescription form และ appointment card หรือ personal ticket เข้าคิวเข้าพบแพทย์ที่ห้องตรวจตรวจร่างกาย เสร็จแล้วผู้ให้บริการกลับมายื่นใบ prescription form, personal ticket หรือ appointment card แล้วขึ้นเตียงเพื่อฉีดยาคุม พยาบาลที่โต๊ะจ่ายยายื่นใบ personal ticket หรือ appointment card ให้ผู้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสียบ

ไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา นัดวันมารับบริการครั้งต่อไปโดยชื่อบอกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket หรือ appointment card

คลินิกวางครอบคร้วนอกเขตรายเก่า

- 1 ผู้ใช้บริการรายเก่าหรือญาติยื่นใบ personal ticket หรือ appointment card หรือเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ (หากลืมหรือหาย) หรือยื่นบัตรประชาชนพร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
- 2 เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการยื่นตามข้อ 1
- 3 กรณีที่มาตามกำหนด สอบถามอาการผิดปกติ คัดลอกประวัติลงใบ prescription form จากด้านหลังของ personal ticket หรือ appointment card
- 4 กรณีไม่มาตามนัดและขาดการคุมกำเนิดเป็นเวลานาน จะสอบถามประวัติการมีประจำเดือน แล้วให้ไปตรวจปีสภาวะเพื่อตรวจการตั้งครรภ์ที่ห้องปฏิบัติการ แล้วดำเนินการตามขั้นตอนเหมือนผู้ใช้บริการรายใหม่
- 5 หากเป็นบริการยามืดคุมกำเนิด ผู้ใช้บริการยื่นใบ prescription form และ personal ticket หรือ appointment card พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form และ personal ticket ที่อยู่ล่างสุดยื่นจัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอายาคุม และใบ personal ticket หรือ appointment card ใส่ถุงยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา นัดวันมารับบริการครั้งต่อไป โดยชื่อบอกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket หรือ appointment card
- 6 หากเป็นบริการฉีดยาคุมมาขึ้นใบ prescription form และ personal ticket หรือ appointment card วางที่โต๊ะจ่ายยา แล้วยื่นเตียงเพื่อฉีดยาคุม พยาบาลที่โต๊ะจ่ายยา ยื่นใบ personal ticket หรือ appointment card ให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา นัดวันมารับบริการครั้งต่อไป โดยชื่อบอกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket หรือ appointment card

“นักวิจัย: วางแผนครอบคร้ว ?

พยาบาล A : วางแผนครอบคร้ว จะคือ...ออกเป็นกรณีนี้คะที่ ถ้าคนใช้ก็คือ หนึ่งในนี้
ถ้ามาจากสถานีอนามัยอื่น ๆ เขาจะมีใบนัด (ใบนัดวันFP.ครั้งต่อไป) ของเขามาอยู่แล้ว เราก็จะออกเฉพาะใบบาง (PF.) ถึงแม้ว่าจะมา Follow up กับเราครั้งแรก เมื่อมาตรวจกับเราครั้งแรกก็ตาม ถ้าเขามาตรงวันนัด เราก็ไม่ต้องซักอะไรมาก เราก็เขียนแล้วว่าคนใช้มาFP.ต่อจากสถานี

อนามัย หรือต่อจากคลินิก ในรายละเอียดตรงนี้ก็เขียนรายการที่เขาได้รับ แล้วก็ชั่งน้ำหนัก หรือวัดความดันให้ ทุก ๆ 3 เดือน แล้วก็เราก็จะลงในใบของเขาเองที่เขาเอามาจากคลินิกหรือ ออนามัย (สถานีอนามัย) ลงน้ำหนักให้เขาในนั้นแล้วเราจะลงทะเบียนคลุมอีกครั้งหนึ่ง มันจะมี ทะเบียน Family planning ค่ะเป็นทะเบียน No. 2 ลงว่าคนไข้เป็น Case อย่างนี้ เป็นรายที่เท่าไรที่ มา Family planning กับเรา ในปีงบประมาณนั้น ๆ แล้วก็รับเป็นชนิดไหน แล้วก็เขียนในเขต หรือนอกเขต บ้านเลขที่เท่าไร ที่เราลงนะคะ แล้วก็ลงไว้ในบัตรของเขา ในบัตรเขาก็จะมีใน ใบนัดของเขาเขาก็จะลงว่าเป็น Family planning กับเรา และเลขที่ เลขที่เท่าไร ของปีไหน

นักวิจัย : ทะเบียนคลุมนี้ ลงทุกครั้งที่เขามารับบริการ

พยาบาล A : ลงครั้งแรกที่เขามารับบริการ คือเราต้องการทราบที่ว่า Run number ว่าปี นี้ ปีงบประมาณนี้คนไข้มารับ FP. กับเราในเขตที่ราย นอกเขตที่ราย

นักวิจัย : แล้วในกรณีของความต่อเนื่องละ ถ้าคือเขาไม่มีใบแข็ง เราก็จะไม่มี ความต่อเนื่องให้เขา

พยาบาล A : เขาจะมีเป็น ใบนัดสีขาว

นักวิจัย : ใบนัด ?

พยาบาล A : ใซ่ค่ะก็คือดูจากใบนัดของเขาว่าเขาจะมานัดนะ มาตามวันนัดใหม่ เพราะว่า Family planning นี้คือถ้าเกิดมารับต่อ นะคะ ถ้าเขาไม่มีบัตรมาเราก็จะบอกว่าเขาช่วย กลับไปนำบัตรมาที ถ้าไม่หาบัตรไม่ได้จริง ๆ เราถึงจะต้องซักประวัติเพิ่มว่า มีประจำเดือน ครั้งสุดท้ายเมื่อไร มีเพศสัมพันธ์บ้างหรือยัง แต่ส่วนมากถ้าเกิดคนไข้ไม่เอา Family planning เนี่ยคนไข้ทราบที่ว่า ครั้งนี้ได้เอาบัตรมา โอกาสที่จะได้รับไปเนี่ยค่อนข้างน้อยเพราะว่ามาหา ไม่ได้ไว้ใช้

นักวิจัย : คือซักอย่างละเอียด ?

พยาบาล A : ค่ะจะต้องซักอย่างละเอียด เขาก็จะนำบัตรมาแต่ถ้าเป็นมาใหม่ของเรา ครั้งแรก แต่ไม่เคยรับที่ไหนเลย ไม่เคยรับที่ไหนเลย เราจะออกเป็นใบนี้ให้ ออก(ทั้ง PT. , PF) ให้ ออก Copy ให้ แล้วก็ถ้าเกิดว่าคือไม่แน่ใจว่าคนไข้จะมารับต่อเนื่องแน่นอนไหมเราจะ ออกเฉพาะใบนี้ให้ แล้วก็ออกใบคู่มือให้ แล้วก็รายละเอียดจะนัดอยู่ในนี้ No.2 ของ FP. จะอยู่ในนี้ นัดครั้งต่อไป

นักวิจัย : ใน Personal Ticket ?

พยาบาล A : ค่ะ ถ้าเกิดว่าเขามา มากับเราครั้งแรกเราจะตรวจ Alb., Sug. แล่นั้นนะ วัดความดัน แล้วก็ใส่รายละเอียดให้ แล้วก็ Number จะอยู่ตรงนี้ วันนัดจะอยู่ แล้วก็อีก 3 เดือน ถ้าเขากลับมาด้วยการรับยาคุมกำเนิดในเวลาตรงนัดนั้นนะคะ ก็จะออกเป็นบัตรให้เป็นบัตร

สีเขียวๆ ให้ ก็คือถือว่าเขาจะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รายละเอียดก็จะไปอยู่ตรงนั้น (ในใบเขียว) แทน

นักวิจัย : ถ้าคือไม่แน่ใจก็คืออยู่ข้างล่าง (ในใบ PT.) ที่ Number กับ วันนัด ?

พยาบาล A : ใช่ อย่างแน่ใจ แต่ส่วนมากก็คือถ้ามา 2 หนคือนัดครั้งแรกมาก OK. ก็จะออกให้แล้ว (ใบสีเขียว) ก็คือถือว่าเขาต้องการคุมกำเนิดที่แน่นอนต่อเนื่อง

นักวิจัย : แล้วจะดูความสนใจที่มารับบริการต่อเนื่องได้อย่างไร ?

พยาบาล A : อะเราก็รู้ว่าเขาสนใจที่จะรักษาแบบไหน เพราะว่าบางทีบาง Case มีเหมือนกันแต่ว่าน้อยๆ ที่ว่าให้ไปแล้วก็คือบัตร์หายไป แล้วมันเสียเวลาไปอื่น ก็คือเขาบอกเขาเคยมารับแล้วนี่ต้องนำ Number Family planning เลขที่เท่าไร ก็คือมันเสียเวลาในการค้นหา แล้วบางทีเขา...เขาบอกว่าวันนี้จะต้องมาคิดต่อวันนี้ แต่บัตร์เขาหายแล้วก็เลยมาแล้วประจำเดือนก็ไม่มาต่อเนื่อง ก็คือมันจะได้แต่แค่ตรงที่เราลงว่าเอาวันที่เขามาลงทะเบียนนะวันที่เท่าไร ก็จะได้นัดตรงนั้นด้วย ก็คือว่าเอามาเทียบกัน ก็ต้องมานั่งเขียน"

พยาบาล A : 16 ธ.ค. 2541

“ วางแผนครอบครัว รายใหม่ : ผู้รับบริการผ่านระบบทำบัตรเหมือนผู้ป่วยทั่วไป เมื่อถึงคิวทำบัตรจะถูกถึงความต้องการที่จะใช้บริการ เมื่อเจ้าหน้าที่ทราบความต้องการที่ปรึกษาคุม จะซักถามถึงประวัติการมีประจำเดือน หากไม่แน่ใจจะส่ง Preg-test โดยเจ้าหน้าที่ที่เคาเตอร์ทำบัตร จะออกใบคู่ (PT.,PF.) ให้ แล้วยื่นให้เข้าไปตรวจปีศาจแล้ว หากผล Negative ก็จะตรวจ Alb.,Sug.,B/P, B/W,F/B เลย โดยเคาเตอร์ทำบัตรจะเขียน รายการการตรวจลงใบ PF.,PT. หากรายใดมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพก็จะส่ง ให้เข้าห้องตรวจเพื่อพบแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติก่อนให้บริการ เมื่อถึงคิวคุมเสร็จก็จะเขียนการนัดครั้งต่อไปลงในใบ PT. พุดให้นัดกำหนดวันกับผู้รับบริการอีกครั้ง

วางแผนครอบครัว รายเก่า : ผู้รับบริการจะยื่นใบPT.เก่า แต่ส่วนใหญ่จะมีใบนัดสีเขียว เจ้าหน้าที่ที่เคาเตอร์ จะเขียนใบPF.ให้ใบเขียวและเขียนกำหนดวันนัดครั้งต่อไปลงในใบนัดหรือใบ PT. และบอกวันนัดแก่ผู้รับบริการด้วย แล้วยื่นใบPF.ให้ผู้รับบริการเข้าไปปรึกษาหรือรับยาคุมได้เลย ”

บันทึกการสังเกต : 7 ม.ค. 2542

4.2.5 ขั้นตอนการบริการของคลินิกโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง ที่รักษาในศูนย์แพทย์ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเก๊าท์
ในเขตบริการ

ผู้ใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรังในเขต รายใหม่

1. เริ่มจากผู้ป่วยมาใช้บริการมีขั้นตอนบริการเหมือนผู้ป่วยโดยทั่วไปก่อน เมื่อตรวจแล้วพบว่าเป็นโรคเรื้อรัง โดยผู้ป่วยจะได้รับใบ personal ticket ในช่วงระยะแรก หรือในกรณีที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขต ไปรับการรักษาจากที่อื่นแล้วมารักษาต่อที่ ศูนย์แพทย์แห่งนี้ และจะต้องมารักษาและรับยาต่อเนื่องประมาณ 2 – 3 ครั้ง และตกลงกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ว่าจะมารักษาที่ศูนย์แพทย์แห่งนี้อย่างต่อเนื่อง
2. หลังตกลงกันแล้วแพทย์ก็จะเขียนลงใบ personal ticket และ prescription form ว่าให้ออกใบ operational card และ สมุด personal book โดยคัดลอกรายละเอียดประวัติ และการรักษาจากใบ personal ticket เดิม เขียนวันนัดครั้งต่อไปลงสมุด personal book ใบ operational card และยกเลิกการใช้ใบ personal ticket ในครั้งต่อไป โดยบอกให้ผู้ป่วยนำ personal book มาด้วยทุกครั้ง
3. หากมีที่อยู่ในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน จะค้นหาเลขการขึ้นทะเบียนในเขตของผู้มาใช้บริการ โดยการพิมพ์ชื่อ สกุล ลงที่เครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วคัดลอกหมายเลขลง มุมขวบนของใบ operational card, ใบ personal book และบริเวณพื้นที่ว่างระหว่างวันที่กับชื่อของใบ prescription form และ personal ticket ออกหมายเลขการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามโรคในสมุด No. 2 โดยมีช่องให้ขีดเครื่องหมาย / ช่องในและนอกเขต
4. เมื่อตรวจเสร็จ จะถือใบ prescription form, personal ticket, personal book และ operational card เดินเข้าไปบริเวณจ่ายยา วางใบ prescription form, personal ticket, personal book และ operational card บน โต๊ะจ่าย นั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่าย
5. หากมีการทำแผลหรือฉีดยาผู้ใช้บริการเดินไปยื่น prescription form, personal ticket, personal book และ operational card ที่บริเวณปฏิบัติการที่อยู่ติดกับ โต๊ะจ่ายยา ตรวจแล้วก็นำเอาใบ prescription form, personal ticket, personal book และ operational card ยื่นที่โต๊ะจ่ายยา
6. พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form, personal ticket, personal book และ operational card ที่อยู่ล่างสุดขึ้นจัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอาใบ personal ticket, personal book , operational card และใบเสร็จ(ถ้ามี)ใส่ถุงยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบน โต๊ะจ่ายยาและเก็บใบ operational card ขึ้นวางของข้าง โต๊ะจ่ายยา

- 7 ถ้ามีการนัดครั้งต่อไป ผู้จ่ายยาจะบอกย้าผู้ใช้บริการหรือญาติอีกครั้ง และขึ้นออกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket และ personal book โดยบอกให้ผู้ป่วนำ personal book มาด้วยทุกครั้ง

ผู้ใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรังในเขต รายเก่า

- 1 ผู้ป่วยหรือญาติขึ้นสมุด personal book หรือเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ (หากลืมหรือหาย) หรือยื่นบัตรประชาชนพร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
- 2 เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการขึ้นตามข้อ 1
- 3 สอบถามอาการผิดปกติ คัดลอกประวัติลงใบ prescription form ดูจากข้อมูลจาก personal book หากมีหมายเลขผู้ขึ้นทะเบียนในเขต ก็ไปค้นหาใบ operational card ที่ diary box ข้างโต๊ะเขียนบัตรโดยแยกตามเดือนที่นัด เขียนวันนัดครั้งต่อไปลงสมุด personal book ใบ operational card โดยบอกให้ผู้ป่วนำ personal book มาด้วยทุกครั้ง
- 4 เสียบบัตรหมายเลขคิวตรวจแล้วบอกให้ผู้มารับบริการไปนั่งรอ โดยเรียงลำดับใบตามหมายเลขคิวที่โต๊ะลงทะเบียน
- 5 ถึงลำดับหมายเลขก็เรียกชื่อผู้ใช้บริการมารับใบ prescription form, ใบ operational card และ personal book ไปนั่งเรียงกันที่หน้าห้องตรวจตามลำดับหมายเลข คนที่นั่งลำดับแรกเข้าห้องตรวจแล้วผู้ใช้บริการที่เหลือก็จะขยับที่นั่งไปเรื่อยๆ
- 6 เมื่อตรวจเสร็จ จะถือใบ prescription form, ใบ operational card และ personal book เดินย้อนออกประตูเดิม เข้าไปบริเวณจ่ายยา วางใบทั้งหมดบนโต๊ะจ่าย นั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่าย
- 7 หากมีการทำแผลหรือฉีดยาผู้ใช้บริการเดินไปยื่น prescription form, personal book และ operational card ที่บริเวณปฏิบัติการที่อยู่ติดกับโต๊ะจ่ายยา ตรวจแล้วก็นำเอาใบ prescription form, personal book และ operational card ขึ้นที่โต๊ะจ่ายยา
- 8 พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form, personal book และ operational card ที่อยู่ล่างสุดขึ้นจัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอายา สมุด personal book และใบเสร็จ(ถ้ามี)ใส่ถุงขึ้นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสียบบัตรที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา และเก็บใบ operational card ชั้นวางของข้างโต๊ะจ่ายยา ผู้จ่ายยาจะบอกย้าผู้ใช้บริการ

หรือญาติอีกครึ่ง และซื้อบอควินนัดที่เขียนไว้บนใบ personal book โดยบอกให้ผู้
ป่วยนำ personal book มาด้วยทุกครั้ง

นอกเขตบริการ

ผู้ใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรังนอกเขต รายใหม่

- 1 เริ่มจากผู้ป่วยมาใช้บริการมีขั้นตอนบริการเหมือนผู้ป่วยโดยทั่วไปก่อน เมื่อตรวจ
แล้วพบว่าเป็นโรคเรื้อรัง โดยผู้ป่วยจะได้รับใบ personal ticket ในช่วงระยะแรก
หรือในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขต ไปปรับการรักษาจากที่อื่นแล้วมารักษาต่อที่
ศูนย์แพทย์แห่งนี้ และจะต้องมารักษาและรับยาต่อเนื่องประมาณ 2 - 3 ครั้ง และตก
ลงกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ว่าจะมารักษาที่ศูนย์แพทย์แห่งนี้อย่างต่อเนื่อง
- 2 หลังตกลงกันแล้วแพทย์ก็จะเขียนลงใบ personal ticket และใบ prescription form
ว่าให้ออกสมุด personal book โดยคัดลอกรายละเอียดประวัติและการรักษาจากใบ
personal ticket เดิม เขียนวันนัดครั้งต่อไปลงสมุด personal book และยกเลิกการใช้
ใบ personal ticket ในครั้งต่อไป โดยบอกให้ผู้ป่วยนำสมุด personal book มาด้วยทุก
ครั้ง
- 3 หากมีที่อยู่นอกเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชน จะตรวจสอบเลขการขึ้นทะเบียนใน
เขตของผู้มาใช้บริการ โดยการพิมพ์ชื่อ สกุล ลงที่เครื่องคอมพิวเตอร์ ออกหมายเลข
การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำแนกตามโรคในสมุด No. 2 โดยมีช่องให้ขีด
เครื่องหมาย / แยกช่องในและนอกเขต
- 4 เมื่อตรวจเสร็จ จะถือใบ prescription form, ใบ personal ticket และสมุด personal
book เดินเข้าไปบริเวณจ่ายยา วางใบ prescription form, ใบ personal ticket และ
สมุด personal book บนโต๊ะจ่าย นั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่าย
- 5 หากมีการทำแผลหรือฉีดยาผู้ใช้บริการเดินไปยื่น prescription form, ใบ personal
ticket และสมุด personal book ที่บริเวณปฏิบัติการที่อยู่ติดกับโต๊ะจ่ายยา ตรวจแล้วก็
นำเอาใบ prescription form, ใบ personal ticket และสมุด personal book ยื่นที่โต๊ะ
จ่ายยา
- 8 พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form, ใบ personal ticket และสมุด personal
book ที่อยู่ล่างสุดขึ้นจัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อม
ทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอาใบ personal ticket, สมุด personal
book และใบเสร็จ (ถ้ามี) ใส่ถุงยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ
- 9 prescription form เียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา

- 10 ถ้ามีการนัดครั้งต่อไป ผู้จ่ายยาจะบอกข้าผู้ใช้บริการหรือญาติอีกครั้ง และชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal ticket และสมุด personal book โดยบอกให้ผู้ป่วยนำใบ personal book มาด้วยทุกครั้ง

ผู้ใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรังนอกเขต รายเก่า

- 1 ผู้ป่วยหรือญาติขึ้นสมุด personal book หรือเขียนชื่อผู้มารับบริการใส่กระดาษ (หากลืมหรือหาย) หรือยื่นบัตรประชาชนพร้อมกับยื่นบัตรสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ (ถ้ามี) ใส่กล่องเพื่อเข้าคิว
- 2 เมื่อถึงคิวพยาบาลที่โต๊ะบัตร จะเรียกชื่อตามลำดับการยื่นตามข้อ 1
- 3 สอบถามอาการผิดปกติ คัดลอกประวัติลงใบ prescription form ดูว่าเป็นในหรือนอกเขตจากตัวเลขหน้าปกสมุด personal book ว่ามีหรือไม่ เขียนวันนัดครั้งต่อไปลงสมุด personal book โดยบอกให้ผู้ป่วยนำ personal book มาด้วยทุกครั้ง
- 4 เสียบบัตรหมายเลขคิวตรวจแล้วบอกให้ผู้มารับบริการไปนั่งรอ โดยเรียงลำดับใบตามหมายเลขคิวที่โต๊ะลงทะเบียน
- 5 ถึงลำดับหมายเลขก็เรียกชื่อผู้ใช้บริการมารับใบ prescription form และสมุด personal book ไปนั่งเรียงกันที่หน้าห้องตรวจตามลำดับหมายเลข คนที่นั่งลำดับแรกเข้าห้องตรวจแล้วผู้ใช้บริการที่เหลือก็จะขยับที่นั่งไปเรื่อยๆ
- 6 เมื่อตรวจเสร็จ จะถือใบ prescription form และ personal book เดินยื่นออกประตูเดิม เข้าไปบริเวณจ่ายยา วางใบทั้งหมดบนโต๊ะจ่าย นั่งรอรับยาที่บริเวณหน้าโต๊ะจ่าย
- 7 หากมีการทำแผลหรือฉีดยาผู้ใช้บริการเดินไปยื่นใบ prescription form และสมุด personal book ที่บริเวณปฏิบัติการที่อยู่ติดกับโต๊ะจ่ายยา ตรวจแล้วก็นำเอาใบ prescription form และ personal book ยื่นที่โต๊ะจ่ายยา
- 8 พยาบาลจ่ายยาจะหยิบใบ prescription form และสมุด personal book ที่อยู่ล่างสุดขึ้น จัดยาตามรายการพร้อมทั้งเรียกชื่อ ผู้ใช้บริการมารับยา พร้อมทั้งอธิบายเรื่องยาและวิธีกิน เสร็จแล้วนำเอายา สมุด personal book และใบเสร็จ (ถ้ามี) ใส่ถุงยื่นให้ผู้ใช้บริการ จากนั้นนำใบ prescription form เสียบไว้ที่เหล็กเสียบบนโต๊ะจ่ายยา ผู้จ่ายยาจะบอกข้าผู้ใช้บริการหรือญาติอีกครั้ง และชี้บอกดูวันนัดที่เขียนไว้บนใบ personal book โดยบอกให้ผู้ป่วยนำ personal book มาด้วยทุกครั้ง

“ นักวิจัย : แล้วอีกประเด็นหนึ่ง ประเด็นของ *Chronic Case* เนี่ย ในกรณีของในเขต ในเขตก่อน ในเขตเขาจะมีสมุด *OC*. ไซ้ใหม่ เขียนสามใบ อันที่สองก็คือใบ *OC*. แล้วก็ใบที่สามก็คือใบสั่งยา ไซ้ใหม่ ก็นี่กรณีของ *OC*. รายเก่า พอไปถึงบับ ก็ไปจัดการอย่างไรใช้สามชิ้นเนี่ย เอ่อและใบที่4 ใบ *Lab* ด้วย

พยาบาล *C* : สามชิ้นเนี่ยหรือคะ ตั้งแต่เข้าไป ในครั้งแรกนะ ลูกก่อนว่าเป็น *DM* ผลได้เท่าไรก็จะย้อนดูว่ามันแตกต่างกับคราวที่แล้วอย่างไร ไซ้ ๆ ก็จะดูตามใบ ดูตามนี้ ก็จะดูแล้วแต่เขาเรียงมาให้เห็น ชำรงนอกเรียงมาให้เห็น เราก็ดูอย่างอันแรก

นักวิจัย : เริ่มสุดที่ได้ใบทั้ง 4 ใบเขาอาจจะเรียงลำดับอย่างไรไม่รู้ละ บางทีคนเรียงข้างนอกไม่รู้ว่าจะเรียงอย่างไรเหมือนกันแล้วจะดูอย่างไร

พยาบาล *C* : เรียงจะเรียงอย่างนี้ จะดูใบสั่งยา แล้วก็สมุด แล้วก็ *OC*. แล้วก็ก็จะดูแค่นี้ก่อน แล้วก็เปรียบเทียบคราวที่แล้วเท่าไร พอเสร็จแล้วมาคุยกัน มีอาการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างไหม ซึ่งน้ำหนัก วิตกกังวล พอเสร็จแล้ว *OK* ถ้าสมมุติว่า *BP*. ไม่เปลี่ยนแปลงเท่าเดิม เราก็จะเริ่มเขียนในใบนี้ (*PT*) *BP* เท่าไร น้ำตาลเท่าไร จะเขียนลงในสมุด *OC*. ก่อนคือ... คุยกันเรียบร้อยแล้ว ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงแล้วก็ควบคุมอาหารถูกด้วยนะคะ อะไรอย่างเนี่ย แล้วก็ก็เป็นอะไรหรือเปล่า คือหมายความว่า การสนทนาของเราต้องสิ้นสุดลงแล้วนะ คือว่าขณะที่เราจะเขียนๆ เนี่ย มันเหมือนเราจะไม่ค่อยมองเขาแล้ว ทำอะไรทุกอย่างคนไข้หมดนะ เขาอาจจะคุยกับเรามา เราก็เออพยักหน้านะ พี่จะ *Complete* ใบสั่งยานี้ให้เสร็จก่อน พอเสร็จแล้วเราก็มาดูว่า ดูในสมุด *OC*. ว่าปริมาณยาเราไม่เปลี่ยนแปลง จะเขียนว่า *RM*. ตัวเดิม นะคะ แล้วก็ *Complete* ตัวนี้เสร็จ ก็จะมา *Complete* ลงใน *OC*. ก็เขียน *BP*. เขียนผลเลือด เขียนวันที่มา เขียนวันนัด แล้วก็ *RM* ก็คือยาเดิม

ฯลฯ

นักวิจัย : แล้วเมื่อไหร่จะใช้ *Synthesis card*

พยาบาล *C* : ครั้งแรก.. ครั้งแรกไงคะ อย่างถ้าสมมุติว่ามาครั้งแรกเขาปวดศีรษะมาอย่าง ใช้ประวัติปวดศีรษะจะ ไม่รู้เลยว่าคนนี้เป็น *Hypertension* หรือเปล่า เป็น *hear* หรือเปล่า ก็จะได้จากสิ่งที่เราตรวจครั้งแรก ถ้าวัดเป็นความดันเนี่ยนะคะ อาจจะไม่ใช่ก็ได้เนาะ เพราะครั้งแรกไม่จำเป็นต้องเขียน อาจจะนัดมาซักเดือนหนึ่งมา มา *Follow up* ความดัน ถ้า *OK* ไม่ลงนะ สูงตรงนี้ต้องกินยาถ้าเรา *Diag* ตรงนี้ *Hypertension* อย่างนี้ *Synthesis* กับ *OC*. มันก็สำคัญ เปิดคู่กันเลย เพราะมันจะมีการขึ้นทะเบียน

นักวิจัย : หลังจากเปิดคู่กันแล้วครั้งแรก และครั้งต่อ ๆ ไป 3 , 4 เดือนต่อมาเขาก็รักษาต่อเนื่องก็มาไม่เคยขาด แล้วไซ้ *Synthesis card* เมื่อไรจะถูกบันทึกอีกในครั้งต่อ ๆ ไป

พยาบาล C : เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจะ อย่างสมมุติว่าเขาเป็น Hypertension ครั้งแรกเลยนะ แต่พอครั้งที่ 2 ไข้ป ข้าวเริ่มเป็น DM. อีกแล้วหรือ แสดงว่ามีภาวะแทรกซ้อน หรือว่าถ้าเป็น Hypertension อยู่ดี ๆ หรือ พอมันสูงไข้ป เปลี่ยนยาหรือเปลี่ยนยาไปใหม่ ก็จะได้สรุปแล้วว่าคนนี่ต้องเป็น Hypertension แล้วก็ความดันเท่าไร แล้วตอนนี้เพิ่มยาอะไร ไปบ้าง เปลี่ยนแปลงนี้ไอ้ที่มันมีอาการพิเศษขึ้นมาชัดเจน

นักวิจัย : แล้วมีอย่างอื่นอีกมั้ยที่ควรจะใช้ Synthesis card ตัวเดียว อันนี้ chronic ไข้ใหม่ซะที่พูดถึง

พยาบาล C : อืม Chronic ค่ะ

นักวิจัย : แล้วกรณีของการReferล่ะ

พยาบาล C : Refer?.....

นักวิจัย : อย่างเหมือน case ที่มา Shock ที่วันนั้น(ผู้ป่วยหญิงสูงอายุ เป็น Dm มา เป็นลมที่ศูนย์ฯ ด้วยอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ) case คุณยายอะไรที่มาเกิดภาวะทางกาย อันนั้นความดันสูงหรือความดันต่ำ

พยาบาล C : อ้อค่าค่ะ แต่เราจะใช้ในกรณีที่คนไข้เขาไปผ่าตัดนะ แล้วเราก็จะใช้ ตรงนั้น

นักวิจัย : ใน case ของยายเมื่อกี้ที่พูดเสียไม่ได้กรอก Synthesis card ?

พยาบาล C : ยายที่พูดถึงยังไม่ได้กรอก

นักวิจัย : ซึ่งโดยสภาพความเป็นจริงนี้ควรจะทำอย่างไร

พยาบาล C : น่าจะกรอก น่าจะกรอกไปนะ”

พยาบาล C : 21 ม.ค. 2542

“ เพศหญิง 53 ปี นิ่งมอเตอร์ไซค์ 2 นาที ใช้เวลาพบแพทย์ 5 นาที

นักวิจัย : สมุดเล็ก (สมุด OC.) นี้เป็นสมุดอะไรครับ

ตอบ : เป็นบัตรประจำตัวของเรา จะเอามาทุกครั้งที่มาที่นี่เลย

นักวิจัย : เคยดูข้างในไหมว่ามีอะไรบ้างครับ

ตอบ : ก็จะมีประวัติว่าป่วยเป็น ความดันเลือดสูงเท่าไร น้ำหนัก แสดงว่าเป็นสมาชิกของศูนย์นี้

นักวิจัย : ข้าวแล้วทำไม จึงมี 2 เล่มล่ะครับ

ตอบ : ก็เล่มเก่ามันหมดนี่ ใช้ตั้งแต่มาที่นี่ครั้งแรก (ตั้งแต่เปิดศูนย์ฯ)

นักวิจัย : แล้วแผ่น (ใบ OC.) นี้ล่ะ คืออะไร ทำไมใช้คู่กัน

ตอบ : ก็มาที่ไรหมอมเขาก็ค้นให้ เอมามาเนบกันยื่นให้หมอตรวจทุกครั้งนะ ไม่รู้ว่า
เป็นอะไร

- เพศหญิง 52 ปี เดินมา

นักวิจัย : มาบ่อยไหมครับ

ตอบ : มาทุกเดือน แต่ก็ขอให้หมอให้ยาเป็น 2 เดือน จะต้องไม่มาบ่อยทุกเดือน

นักวิจัย : ช้าทำไมล่ะ บ้านอยู่ใกล้ๆนี่เอง เดินข้ามมาก็ถึงนี่

ตอบ : ก็ไม่ว่างมา ชายของอยู่ นี่วันเสาร์คนน้อย วันธรรมดาคนเยอะกว่ามาก ฟัง
เคยมาวันเสาร์

นักวิจัย : แล้วสมุด (OC) นี่เอามาทำอะไรครับ มันมีอะไรอยู่ข้างในนั้น

ตอบ : ก็เพียงแต่เปิดวันที่หมอมเขานัดว่าเป็นวันไหนเท่านั้น แรกๆก็ดูอยู่ว่าความ
คันเท่าไร สูงเท่าไร ใช้สมุดนี้ตั้งแต่เปิดศูนย์โน่นเลยนะ เคี้ยวนี้ก็ไม่ค่อยได้ดู คราวก่อน
หมอมเขาว่าความคันไม่มีอะไร ก็ให้้งคยา แล้วมันความคันขึ้น ปวดหัว กินยาแก้ปวดแล้ว
อาเจียนรู้เลยว่าความคันขึ้น เพราะหากปวดหัวธรรมดา กินยาพารา 2 เม็ดก็หายปวด แต่
ไม่หายแล้วยังอาเจียนอีกด้วย จึงคลินิกไปลี แล้วกลับมาบอกหมอมขอกินยาเหมือนเดิม

นักวิจัย : แล้วอาสมุด (OC) ไปด้วยหรือเปล่า

ตอบ : เออ ไม่..ไม่ได้เอาไปด้วย

นักวิจัย : แล้วทำไมไม่เอาไปด้วย หมอมเขาจะได้ดูประวัติของเรา

ตอบ : ไม่รู้ว่าเหมือนกัน นึกว่าจะต้องเอาเฉพาะที่นี้”

สัมภาษณ์ : 21 พ.ย. 2541

4.2.6 กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหลักอย่างหนึ่งของการบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อให้
เกิดการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) การเยี่ยมบ้านเป็นการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ทำให้
สามารถรับรู้ปัญหาในหลายๆด้าน รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและ
ญาติ การเยี่ยมจะใช้เวลาการเยี่ยมช่วงบ่าย เวลา 13.30 – 16.00 น.

กลุ่มเป้าหมายที่ออกเยี่ยมบ้าน เรียงลำดับความสำคัญดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติที่ญาติมาร้อง
ขอให้ไปเยี่ยม ผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาลและต้องการการให้บริการทางการแพทย์ หญิงหลัง
คลอด ผู้ป่วยที่ขาดนัดโดยไม่ทราบสาเหตุ ผู้สูงอายุและผู้พิการที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

ตาราง 5 แสดงการจัดลำดับความสำคัญในการเยี่ยมบ้านของศูนย์แพทย์ชุมชน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ลำดับ ความสำคัญ	เกณฑ์การเลือก case เยี่ยมบ้าน	วัตถุประสงค์การเยี่ยม case
1	ผู้ป่วยในรายชื่อ appointment card ute care ที่แพทย์เห็นว่าควร admit ที่บ้านและให้พยาบาลไปดูแลในคอนบ่าย	เพื่อติดตามดูอาการและอาการแสดงของโรคที่จะเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือรักษาพยาบาลต่อไป
2	ผู้ป่วยที่กลับจากการ admit ที่โรงพยาบาลทั่วไป เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการดีขึ้นให้กลับบ้านได้ เยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด	เพื่อสังเกตอาการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย case นั้นๆ
3	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดนัดและมีการดำเนินของโรคไม่ดี	เพื่อสังเกตอาการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่ดี และติดตามให้การรักษาโดยด่วน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวที่อาจเกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง
4	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ไปที่ขาดนัดเกิน 7 วัน	เพื่อให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อทราบเหตุผลของการขาดการรักษา
5	กลุ่มเสี่ยงที่ขาดนัด เช่น หญิงมีครรภ์และเด็กอายุ 0-5 ปีที่ได้รับวัคซีนไม่ครบ	เพื่อให้หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาถึงผิดปกติที่อาจทำให้การตั้งครรภ์และการคลอดไม่ปลอดภัยได้ และให้เด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบถ้วนตามเกณฑ์อายุที่ควรจะได้รับ
6	ผู้พิการ ผู้สูงอายุ	เพื่อดูแลสุขภาพฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้พิการและผู้สูงอายุ
7	ประชาชนทั่วไป	เพื่อสร้างสัมพันธ์อันดีกับชุมชน และรับทราบปัญหาสุขภาพจากประชาชนทั่วไป

การเตรียมตัวออกเยี่ยมบ้าน

หลังจากรับประธานกลางวันร่วมกันที่ห้องอาหารที่ศูนย์แพทย์ชุมชนร่วมกันเสร็จ ช่วงบ่ายพยาบาลจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกจะรวบรวมเอกสารต่างๆและจัดทำรายงานที่ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม กลุ่มที่ 2 เตรียมเอกสารและอุปกรณ์เยี่ยมบ้าน

การเตรียมเอกสาร โดยไปดูใบ operational card ที่ diary box มีผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดบ้าง ใบ operational card ของรายที่ไม่มาตามนัดนั้นจะถูกจับวางตามแนวตั้ง ซึ่งจะเห็นชัดเจนหรือบางรายที่ได้รับการแจ้งจากแพทย์ให้ไปเยี่ยม โดยจัดกลุ่มที่อยู่ละแวกบ้านเดียวกันที่จะไปในวันนั้น และเอาใบ operational card และเตรียมอุปกรณ์การพยาบาลบรรจุกระเป๋านิดสะพายตามภาวะของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งในรายที่ได้รับการเยี่ยมเป็นประจำก็จะกลับมาบันทึกการเยี่ยมในใบ operational card ภายหลังการเยี่ยม

ใช้จักรยายนต์เป็นพาหนะเดินทาง ชุมชนที่ออกเยี่ยมมีทั้งชุมชนแออัด ห้องแถว บ้านจัดสรร ถนนมีทั้งลาดยาง คอนกรีต ทางคนเดิน ดินลูกรัง พอถึงกลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่จะยกมือไหว้กลุ่มเป้าหมายหรือญาติที่มีอายุสูงกว่าคน และเรียกทักทายแบบเรียกชื่อหรือทักทายแบบเรียกแบบเรียก ลุง ป้า น้า อา ตา ยาย หากเป็นเด็กก็จะพูดทักทายหรือหยอกล้อ เดินเข้าบ้านและหาที่นั่งภายในบ้านเอง แล้วก็ซักถามถึงอาการและสาเหตุต่างๆ บางบ้านก็มีญาติมาร่วมสนทนาในเรื่องต่างๆ มีเรื่องเกี่ยวกับคนป่วย เรื่องภายในครอบครัวและเรื่องอื่นๆ ระหว่างการสนทนาจึงจะมีการให้การพยาบาลตามอาการ มีการตกลงและวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกัน ให้สุขภาพดี และมีการบันทึกสัญญาณชีพ อาการสำคัญ คำแนะนำในใบ operational card (หากนำมา) ด้วยปากกาสีแดง ในกรณีที่ไม่ได้นำมา ก็จะกลับมาบันทึกที่ศูนย์แพทย์ภายหลัง เมื่อเสร็จสิ้นก็จะลาผู้ป่วยและญาติกลับ แล้วไปบ้านหลังอื่นๆที่กำหนดไว้ต่อไป บางครั้งก็จะไปบ้านที่ไม่ได้กำหนดไว้ หากได้รับข่าวต่างๆจากเพื่อนบ้านว่าผู้ป่วยบางรายมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือหรืออยู่ในเกณฑ์กำหนดที่ต้องเยี่ยม ก็จะไปเยี่ยมให้ทันทีในวันนั้นหากมีเวลา สำหรับรายที่เป็นโรคเรื้อรังจะมีการซักถามสาเหตุที่ขาดไม่ไปรักษาต่อเนื่อง และมีการวางแผนการรักษาร่วมกัน และแนะนำ ให้ไปปรึกษาและตรวจสุขภาพต่อเนื่องต่อไป หากรายที่ต้องการไปรักษาที่สถานพยาบาลแห่งอื่นก็จะลงหมายเหตุในใบ operational card

หลังจากกลับมาจากการเยี่ยมบ้าน บางครั้งก็จะกลับมาบันทึกกิจกรรมทั้งหมดลงในสมุด No 2 ทุกรายที่ออกเยี่ยมภายในวันนั้น หรือไม่ก็กรอกข้อมูลต่างๆภายในวันถัดตามแต่โอกาสอำนวย

นักวิจัย: พวกนี้คือเก็บปัจจุบันของปีจบ 42

พยาบาล B: อันนี้ (สมุด No.2 ที่หน้าปก เขียนว่า "เยี่ยมบ้าน") ก็เป็นงานเยี่ยมบ้านของ เขาก็จะได้

รู้ว่าการเยี่ยมเราเก็บอะไรไปบ้าง กับคนไข้ประเภทไหน

นักวิจัย: นี่คือประเภทของคนไข้(ตารางที่ขีดเส้นเป็นช่องๆในสมุด No.2) ที่เราไปเยี่ยมบ้าน

พยาบาล B : ใบ AC (appointment card) ไข่อันนี้หลังออกจากโรง...บาลนี่ Chronic care ที่ขาด
นัดอะไรอย่างนี้ นี่ไม่ขาดนัดแต่มีภาวะแทรกซ้อน แยกมาว่ามาซึ่งทำไปแต่ละปีเราจะรู้ว่
อะไรอย่างไร

นักวิจัย : ตอนเราไปเยี่ยมบ้าน เราทักอะไรไปบ้าง ยกตัวอย่างเช่นเราจะไปหาบ้านนี้เราต้อง
เตรียมอะไรไปบ้าง

พยาบาล B : เราก็จะมีกระเป๋าของเรา

นักวิจัย : กระเป๋าทะเบียนอะไร ทะเบียน ใบ OC (operational card)

พยาบาล B : เราจำเอา เราเอาใบ OC (operational card) ไปด้วย ถ้าเกิดมีคนขาดนัดเราจะได้ไป
เขียน แต่โดยมากแต่ก่อนนี้จะเอาตัวนี้ (family file) ไป ถ้าที่บ้านไหนเราไม่รู้จัก แต่เลี้ยวนี้มัน
ชินแล้ว บอกจุดเท่านั้นแหละเดี๋ยวเราไปได้

นักวิจัย : ที่เอา family file ไปนี่เพื่อ?

พยาบาล B : เพื่อหนึ่งไปดูว่าบ้านอยู่ตรงไหน แต่ที่จริงเอาไปนี่มันก็คือออกไปเพิ่มชื่อได้ แต่พอเรา
ไปแล้วบางทีเราไม่เจอคนที่เราจะสัมภาษณ์ เจอแต่คนแก่อยู่คนเดียว เพราะฉะนั้นจะได้ข้อมูล
ที่ไม่ Cover นะ คือไปถามอะไรชื่อ เขามองกว่าจำชื่อจริงไม่ได้ รู้แต่ชื่อเล่น เราก็ลงไม่ได้ ไข
ใหม่

นักวิจัย : แล้วตอนหลังๆมากี่....?

พยาบาล B : ก็เลขส่วนใหญ่แล้วถ้าเดื่อนั้น...จำได้ก็เลขไม่เอาไป

นักวิจัย : แล้วใบ operational card นี้ก็.....?

พยาบาล B : เอาไป เพราะเรารู้ชื่อหนึ่ง เราจะได้ไปลงว่าเขาเป็นอย่างไรอะไรอย่างนี้ เพราะบางที
วัดความดันแล้วเราก็จำไปได้หมดหรือเราไปลงว่าที่เขาไม่ได้มาเพราะอะไร ทำอะไรบ้าง

นักวิจัย : เอาลงตรงไหน

พยาบาล B : ลงช่องด้านหลังนะ

นักวิจัย : ด้านหลัง?

พยาบาล B : เออที่มีกระดาษเท่าไรก็เท่าที่เขียนได้"

พยาบาล B : 1 ธ.ค. 2541

“นักวิจัย : แล้วลาย ปากกาสีแดง ๆ

พยาบาล B : สีแดง ๆ เพื่อจะได้ต่างกัน บางทีไม่มีปากกาแดง ก็เอาน้ำเงินบ้างเหมือนกัน แล้วแต่
แต่พยาบาลจะเน้นแดงเพราะว่าอย่างน้อยคนที่หมอเขาจะได้เรียกความสนใจให้เขาได้อ่าน
อันที่ 2 ก็ มันจะได้สีอะไรบางอย่างได้บ้าง น้ำเงินหมคบางที่บางคน เป็นที่เองเสียนิสัยอย่าง
บางที่เขียนตัวเล็ก เพราะฉะนั้นคนเขาก็ไม่ยอมอ่าน เราก็บางทีรู้เลยว่าเขียนแล้วบางที่อ่านไม่
ออก

นักวิจัย : เขียนเล็กแล้วเพราะว่า บรรทัดมัน?

พยาบาล B : มันเล็กก็ช่วย เราช่วย แล้วดูซิทันกันไปหมดนะ(เปิดสมุดNo.2 ให้ดูลายมือของตนเอง) นี่ก็มีเขียนเป็นตัวเป็นตน เพราะว่าเป็นคนเขียนหนังสือค่อนข้างเล็ก ลักษณะนี้แก้เท่าไรก็ไม่หาย แล้วบางทีเขียนมากเนี่ยมันเลอะเทอะ ที่หมอมาลงอะไรอย่างเนี่ย มันไม่สะดวก บางทีจะใช้เขียนเป็นจดหมายแนบมา ว่าให้คนไข้ถือมาเขียน ว่าคนไข้เป็นอย่างนี้ อย่างนี้

นักวิจัย : ที่คุณหมอเล่าให้ฟังว่า คนไข้ที่เราไปเยี่ยมบ้านแล้วก็ตามให้เขามาเขียน

พยาบาล B : อ้อ ๆ แต่ว่าถ้าของมันเล็กเนี่ยถือกันไม่ค่อยได้ จะเขียนเป็นจดหมาย เพราะว่ามันจะได้หลายๆอย่าง ปัญหาอะไรที่เราเห็น แล้วหมอมองว่าอย่างไร แล้วในส่วนหนึ่งก็คือ บางทีถ้าเพื่อเจอมอเองเนี่ยเราก็จะเล่าให้ฟัง แต่ถ้าเพื่อเราก็คิดว่าหมอไปแล้วเนี่ย ใจก็ไม่เจอแล้วก็เขียนจดหมาย"

พยาบาล B : 1 ธ.ค. 2541

“นักวิจัย : อันนี้เราก็จำให้ได้ทุก case

พยาบาล B : ก็ค่อนข้างจำได้นะ ว่าเราไปเยี่ยมใครบ้าง และมันก็ไม่ได้แบบเยอะมากนี่ พอมาถึงก็จะเล่าเลย

นักวิจัย : ไม่เยอะนี่ประมาณเท่าไร

พยาบาล B : ที่ไม่เยอะนี่แบบที่จะต้องมีปัญหา 2,3คนที่เราไปแล้ว แต่ว่าเราไปเยี่ยมมากกว่านั้น นึกออกไหม แต่ว่าไอ้ที่นอกวันนั้นคือมันเป็นเฉิมๆ ไม่มีอะไร

นักวิจัย : ไปเยี่ยมโดยประมาณวันหนึ่ง

พยาบาล B : วันหนึ่งนะหรือ วันหนึ่งนี่ 5 , 6 ขึ้นนะ แต่ว่าถ้าเดือนน้อยที่สุดก็ 3 , 4 อะ ไรอย่างนี้มันขึ้นกับอยู่ว่า ที่เราไปแล้วเนี่ยมันทำอะไรให้เขาได้บ้าง เพราะบางทีเราไปบ้านนี้ต้องใช้เวลาในการพูดคุย หรือว่าทำในเรื่องของการพยาบาลเยอะหน่อยก็ต้องใช้เวลานานหนึ่ง แต่ถ้าแต่วันไหนที่เราไปแล้วไปCaseที่สบายๆ ก็ใช้เวลานิดหน่อย ขาดนัดแนะนำนิดหน่อย อธิบายใช้ยาอย่างไร ยาขังมืออยู่ เอาขามาดู อะไรลักษณะอย่างนี้ มันขึ้นอยู่ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ละบ้านจะทำให้เรา มีความรู้สึกว่ามันจืดจางนะ ถ้าเดือนไหนมันจืดจางมันก็ต้องเริ่มใหม่เหมือนกัน ว่าจะทำอะไร ไร อย่างไร

นักวิจัย : แล้วในกรณีของการที่ว่าการบันทึกของ OC (operational card) เนี่ย คิดว่ามีความคล่องทำงานอย่างไร

พยาบาล B : บันทึกตรงนั้นหรือ มันก็ได้ส่วนหนึ่งนะนะ เพราะมันจะได้เป็นการสื่อสารระหว่างหมอกับคนไข้ ในส่วนที่คนไข้ไม่สามารถมาได้ มันคือมันอยู่ที่คนบันทึก ว่าจะเขียนอะไรลงไปที่จะสื่อให้หมอเขาเข้าใจตรงนี้ได้มาน้อยแค่ไหน

นักวิจัย : ในส่วนของการที่จะติดตามระบบนั้นว่า เราจะรู้ได้อย่างไรคนไข้ไม่มาแล้วนะ และตอนนี้ถึงเวลาต้องการไปเอง"

พยาบาล B : 1 ธ.ค. 2541

ช่วงบ่ายหลังจากทานอาหารกลางวันร่วมกันที่ศูนย์แพทย์ เจ้าหน้าที่ก็จะเตรียมออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยเกือบทุกวัน ยกเว้นวันที่มีการประชุมหรือมีกิจกรรมอื่นๆที่ต้องรีบทำเร่งด่วน โดยจะดูจาก *Diary Box* หากคนที่ขาดการมารับบริการต่อเนื่อง จากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง *EPI* และผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการที่ศูนย์ฯ ได้

วันนี้พยาบาล B แจ้งว่าจะไปเยี่ยมผู้ป่วย 3 หลังคาเรือน รายแรกเป็นอัมพาตทั้งตัวจาก *CVA* ที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย รายที่ 2 ผู้ป่วย *HT* ที่ไม่มาตามนัด รายที่ 3 เป็นผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยหญิง อายุ 75 ปี เป็นอัมพาตทั้งตัวเนื่องจาก *CVA* ประมาณ 1 ปีเศษ ที่มีญาติมาแจ้งเมื่อเช้าว่าอาการไม่สู้ดีนัก

บ้านผู้ป่วยรายนี้อยู่ห่างจากศูนย์ ประมาณ 1 กิโลเมตรเศษ แยกห่างทางลาดยางเข้าซอยเล็กๆดินลูกรังประมาณ 100 เมตร เป็นบ้านไม้ทั้งหลัง ชั้นเดียวกได้สูงประมาณ 1.5 เมตร ชั้นล่างเป็นพื้นดินโล่ง มี หลังคาสังกะสีมีสนิม บ้านติดริมคลองรอบเมืองเก่า (เป็นลำคลองเก่าตั้งแต่สมัยอยุธยา) มีบันไดไม้เวลาเดินขึ้นจะมีเสียงและไม้ก็อ่อนตัวเวลารับน้ำหนัก จึงต้องใช้ความระมัดระวังเวลาเดินขึ้น จะมีชานบ้านค้ำหน้าบันไดประมาณ 2 ตารางเมตร มีกระถางต้นไม้เก่า วางอย่างไม่ระเบียบเท่าไรนัก พื้นบ้านภายในที่ต่อจากชานเข้าไปจะปูด้วยไม้กระดานเป็นแผ่นๆ จะสามารถมองทะลุถึงครัวด้านหลัง จากพื้นถึงหลังคาสูง 1.5 เมตร (เป็นส่วนที่ลาดลงต่ำสุดของบ้าน) จนนักวิจัยต้องเดินก้มหัว แต่พื้นกระดานปูไม่ชิดกันดีนัก จะมีรูระหว่างแผ่นพอที่จะมองเห็นด้านล่างได้ ถัดเข้าไปข้างใน ด้านซ้ายมือเป็นบริเวณภายในบ้านแบ่ง 2 ห้อง มีเครื่องนอนวางอยู่ เดินตรงเข้าไปผ่านชานบ้านไปสุดทางเดินตรงมุมนั้นจะมีตู้กับข้าว และด้านซ้ายมือจะเป็นทางเดินไปห้องน้ำกว้างประมาณ 1.5 เมตร ยาว 3 เมตร มีผู้หญิงอายุ 75 ปีนอนอยู่ข้างทางเดินนี้ ผิวเหี่ยวแห้ง ผอมมากจนเห็นเป็นหนังหุ้มกระดูก นอนหงายบนฟูกเก่าๆมีผ้า 2-3 ผืนปูรอง โดยมีผ้าถุงคลุม ทาแป้งที่หน้า ลำตัวและแขนจนขาว แต่ก็พอมองเห็นว่าผู้ป่วยมีตัวเหลือง มีหลานชายอายุประมาณ 25 ปี นั่งดูอยู่ข้าง ซึ่งพูดไม่ชัดและติดอ่าง ปากเบี้ยวเวลาพูด แขนบิดข้างหนึ่ง เดินก็เป๋ หลานชายคนนี้จะคอยให้การดูแลเช็ดตัวทำความสะอาด เปลี่ยนผ้าป้อนน้ำและทำแผลเป็นหลัก และมีลูกสาวของผู้ป่วยช่วยด้วยอีกคน โดยพุงตัวผู้ป่วย พอไปถึงที่ผู้ป่วยนอนอยู่ พยาบาล B ก็นั่งลงข้างผู้ป่วยฝั่งตรงข้ามของหลานชาย ใช้หูฟังฟังบริเวณหน้าอกไปด้วย และ สอบถามอาการป่วยว่าเป็นอย่างไร อาการทรงหรือหนักกว่าเดิม ระหว่างที่คุยกันกัน ใช้นิ้วกดบริเวณแขนและก็ช่วยกันจับผู้ป่วยตะแคง เพื่อทำความสะอาดแผลกดทับบริเวณหลังและก้น ระหว่างที่ทำก็แนะนำวิธีการทำความสะอาดแผลด้วย โดยข้อสนทนาส่วนใหญ่เป็นการตกลงร่วมกันระหว่างญาติผู้ป่วย (หลานชายและลูกสาว) และพยาบาล B เรื่องจะให้การรักษากับผู้ป่วยอย่างไร โดยหลานชายอยากให้พาผู้

ป่วยไปโรงพยาบาล เพื่อให้ออกซิเจน และอาหารทางสายยางเพราะผู้ป่วยไม่สามารถทานอาหารทางปากเอง และพยาบาล B ให้เหตุผลว่าหากไปก็สามารถยัดหรือซื้อให้แก(ผู้ป่วย) มีอายุได้นานกว่านี้อีกหน่อย แต่จะทำให้ผู้ป่วยทรมาณเหมือนเช่นที่เคยไปเมื่อ 2 ครั้งก่อน และผู้ป่วยเองระบบภายในร่างกายก็สูญเสียหน้าที่แล้ว ต้องการให้ผู้ป่วยไม่ทรมาณไปนานกว่านี้ (นอนอัมพาตเช่นนี้ 1 ปีกว่า) ให้เปิดเทพประเทศนี้ให้แกฟิง(ซึ่งพยาบาล B เชื่อว่าสามารถรับรู้อยู่) หลังจากการสนทนาประมาณ 25 นาที สรุปว่าญาติทั้ง 2 ก็มีความเห็น และข้อตกลงคล้ายตามตกลงจะไม่นำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และก่อนกลับพยาบาล B ก็ให้สำลี น้ำยาล้างแผลให้ญาติผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง โดยมีภาชนะสเตนเลสสี่เหลี่ยมเป็นที่ใส่ และกำชับเรื่องการทำความสะอาดให้ทุกวัน แล้วลากลับเพื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยรายต่อไป (ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้นำไป *operational card* มาด้วย พยาบาล B บอกว่ามาดูประจำ และเตรียมปิด *case* แล้ว มาทราบภายหลังจากวันที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยอีก 3 วันก็ได้ทราบจากญาติผู้ป่วยว่า คุณยายเสียชีวิตแล้ว)

บันทึกการสังเกต : 3 ธ.ค. 2541

4.3 การวิเคราะห์ความสอดคล้องและขั้นตอนระบบข้อมูลบริการปฐมภูมิ

จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน (วัดอินทาราม) ครั้งนี้ ได้พบประเด็นต่างๆของระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการหลายประการซึ่งจะได้อภิปรายผลตามประเด็นสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

4.3.1. ระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิที่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งในทางปฏิบัติและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของคู่มือ

ในขั้นตอนการปฏิบัติงานระบบข้อมูลในการบริการผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่การดำเนินกิจกรรมข้อมูลต่างๆ มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่แสดงไว้ในคู่มือ (ภาคผนวก) ดังนี้

- 1) ขั้นตอนการซักและกรอกประวัติหรือสาเหตุที่นำที่ศูนย์แพทย์ชุมชน อากาณำ ระบุสิทธิการรักษาพยาบาล
- 2) ขั้นตอนการแยกผู้ป่วยใหม่ (new episode), ผู้ป่วยเก่า (old episode) และการกรอรายละเอียดในรายการของผู้ป่วย
- 3) การออกไป prescription form และไป personal ticket สำหรับผู้ป่วยใหม่ (new episode), ผู้ป่วยเก่า (old episode)

- 4) การใช้เอกสารต่างๆภายในห้องตรวจ เช่น ใบ prescription form และใบ personal ticket
- 5) การส่งต่อเอกสารต่างๆภายในตอนการดูแลรักษาผู้ป่วย จากโต๊ะทะเบียน ไปห้องตรวจ ห้องปฏิบัติการ จุดสุดท้ายที่โต๊ะจ่าย
- 6) การส่งใบ personal ticket ให้ผู้ใช้บริการนำกลับบ้าน และบอกวันนัดในการมาใช้บริการ ครั้งต่อไป (ถ้ามี)

4.3.2 ระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ผ่านทางปฏิบัติและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของกลุ่ม แต่ไม่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการ

- 1) การให้ผู้ป่วยเดินถือเอกสารประเภทในทุกชั้นตนเอง
- 2) การใช้บัตรคิวเพื่อเรียงลำดับการเข้าใช้บริการ
- 3) การให้ผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีเข้าไปรับบริการ โดยไม่ต้องดำเนินการเกี่ยวกับบัตรต่างๆเสร็จก่อน เพื่อความรวดเร็ว
- 4) การคัดลอกประวัติเด็กในสมุดฝากครรภ์ของแม่

4.3.3 ระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ผ่านทางปฏิบัติและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของกลุ่ม แต่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการ

- 1) การค้นแฟ้มอนามัยครอบครัว (family file) ในรายใหม่ เพื่อไม่ต้องถามรายละเอียดของผู้ป่วยมาก ทำให้รู้จักผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) การวางใบ prescription form ทับใบ personal ticket แล้วค้นด้วยกระดาษอัดสำเนา ทำให้การเขียนรายละเอียดในใบ personal ticket เห็นไม่ชัดเจน
- 3) ความหนาของกระดาษ ใบ personal ticket น้อยกว่า 50 แกรม
- 4) การเขียนรายละเอียดในใบ prescription form และใบ personal ticket ไม่ชัดเจนอ่านไม่ได้ และตัวเล็ก
- 5) ความเข้าใจของผู้ป่วยและความตระหนักการนำไปใช้ประโยชน์ในใบ personal ticket มีน้อยมาก
- 6) การใช้ใบ personal ticket ใบเดิมในราย new episode เพื่อความประหยัด และไม่ออกให้ในรายที่ไม่นำใบ personal ticket เก่ามาเป็นประจำ
- 7) การบันทึกในบัตรสรุปสถานะ (synthesis card) ในอาการที่สำคัญทุกครั้ง
- 8) การปรับปรุงข้อมูลในแฟ้มอนามัยครอบครัว (family file) เป็นระยะหรือสอบถามจาก

ผู้มาใช้บริการหรือญาติ

- 9) การค้นบัตรปฏิบัติการ (operational card) ของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวจาก diary box และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการให้บริการ
- 10) ขาดการบันทึกในบัตรปฏิบัติการ (operational card) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ออกเยี่ยมบ้านเป็นประจำ
- 11) การใช้บัตรนัด (appointment card) แทนสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4.3.4 ระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิที่สามารถปฏิบัติได้ดีกว่ารอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของคู่มือ

- 1) การคัดลอกหมายเลขประจำตัวของผู้ขึ้นทะเบียนลงในใบ prescription form และใบ personal ticket ทำให้ง่ายต่อการตรวจสอบและจัดทำรายงาน
- 2) การค้นหาชื่อของผู้ขึ้นทะเบียนจากเครื่องคอมพิวเตอร์
- 3) การบอกอ้าวันนัดแก่ผู้รับบริการที่จุดบริการต่างๆ เช่น จุดทำบัตร ห้องตรวจ จุดปฏิบัติการ และจุดจ่ายยา
- 4) การกำหนดหมายเลขของผู้ใช้บริการทั้งในและนอกเขต เพื่อการตรวจสอบและรายงาน
- 5) การขึ้นทะเบียนและออกหมายผู้ให้บริการคลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกวางแผนครอบครัว ในสมุด No. 2

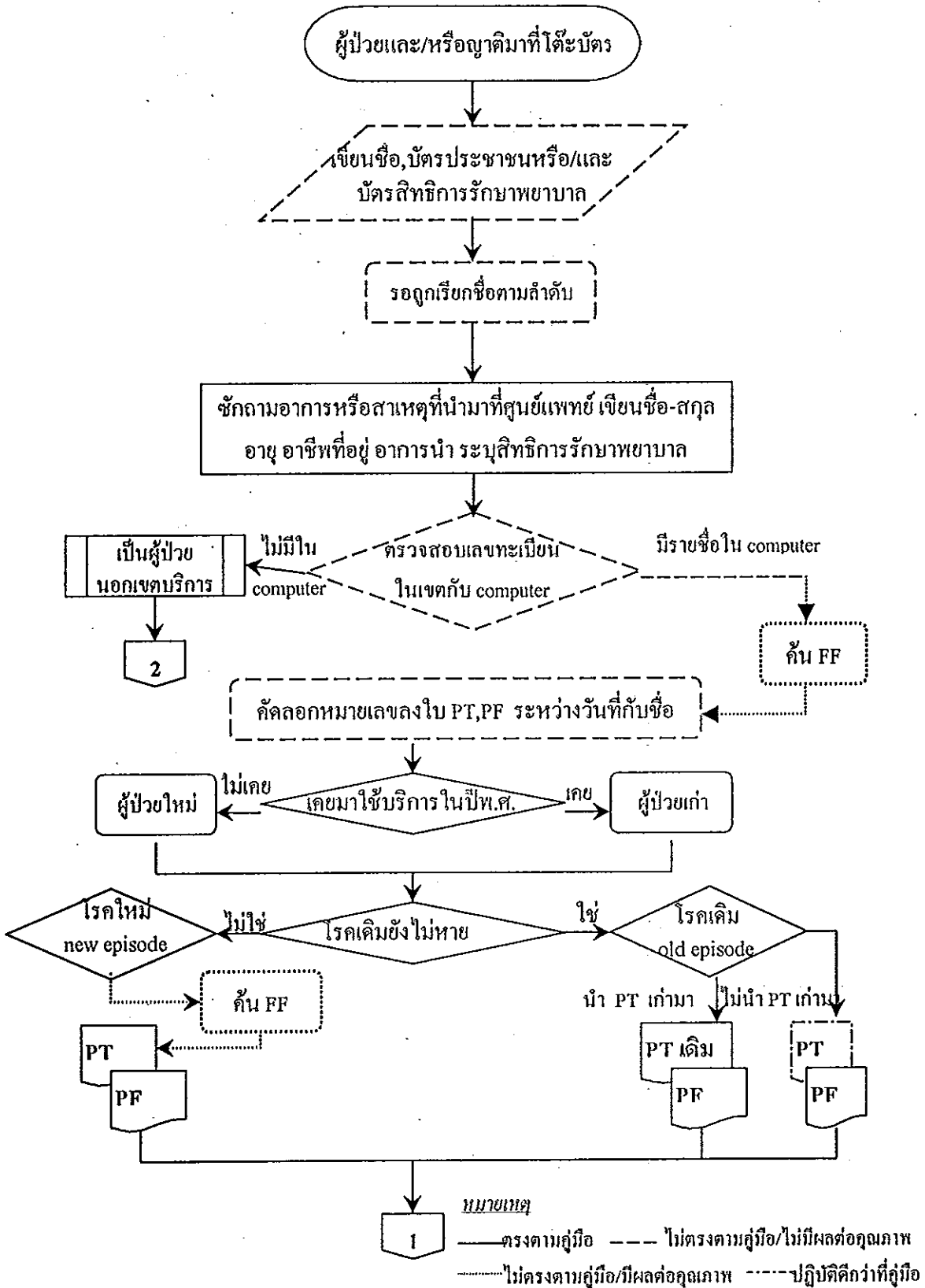
4.3.5 แสดงขั้นตอนระบบข้อมูลการบริการปฐมภูมิ

จากขั้นตอนการให้บริการผู้มาใช้บริการผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากระบบข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ มีการเชื่อมโยงกันไปมาหลายจุดบริการและหลายขั้นตอน เพื่อความสะดวกในการทำความเข้าใจและมองเห็นภาพการไหลเวียนของข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิ จะแสดงออกมาในรูปของสัญลักษณ์ผังงานแสดงลำดับขั้นตอนการให้บริการระบบข้อมูลบริการปฐมภูมิ โดยเปรียบเทียบตามสมมุติฐานของงานวิจัยนี้ ว่าในทางปฏิบัติงานจริงกับรอบแนวคิดที่แสดงออกมาในลักษณะของคู่มือ เพื่อให้เห็นความแตกต่างของวิธีการต่างๆตามขั้นตอนการให้บริการตามระบบข้อมูลต่างๆ จะใช้ลักษณะของเส้นในรูปแบบต่างๆแสดงประเด็นจำแนกตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้ 4 ประเด็นดังนี้

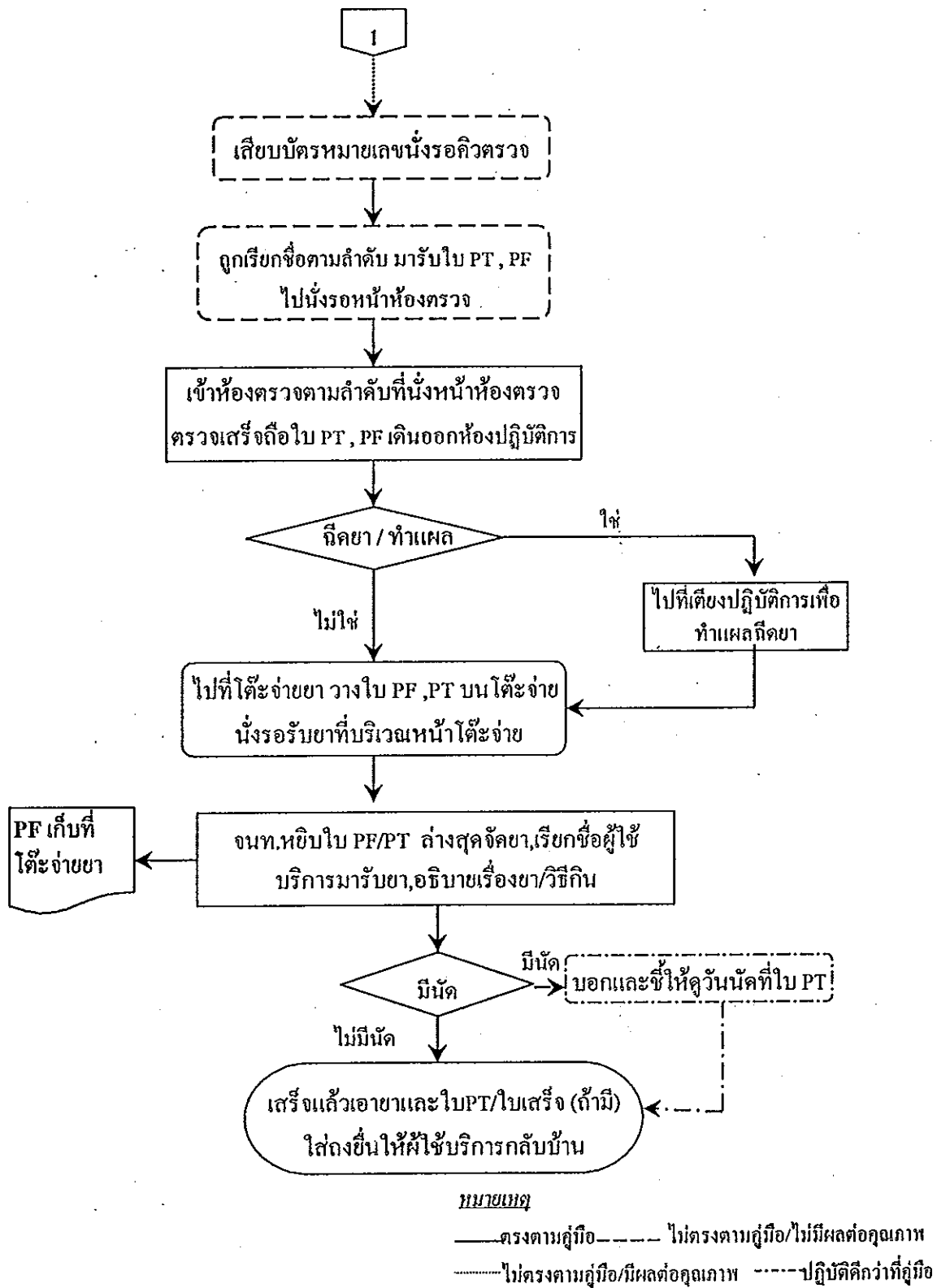
ตรงตามคู่มือ หมายถึง การปฏิบัติงานเกี่ยวกับข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิในศูนย์แพทย์ชุมชน ที่สามารถปฏิบัติตรงตามกรอบแนวคิดของข้อมูลที่ระบุไว้ในคู่มือได้

- ไม่ตรงตามคู่มือและมีผลต่อคุณภาพ หมายถึง การปฏิบัติงานเกี่ยวกับข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิในศูนย์แพทย์ชุมชน ที่ไม่สามารถปฏิบัติตรงตามกรอบแนวคิดของข้อมูลที่ระบุไว้ในคู่มือได้ และมีผลต่อคุณภาพการบริการ
- ไม่ตรงตามคู่มือและไม่มีผลต่อสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติงานเกี่ยวกับข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิในศูนย์แพทย์ชุมชน ที่ไม่สามารถปฏิบัติตรงตามกรอบแนวคิดของข้อมูลที่ระบุไว้ในคู่มือได้ แต่ไม่มีผลต่อคุณภาพการบริการ
- ปฏิบัติได้ดีกว่าที่แสดงไว้คู่มือ หมายถึง มีการปฏิบัติงานเกี่ยวกับข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ได้ระบุการปฏิบัติดังกล่าวในคู่มือ และสามารถปฏิบัติงานได้ดี

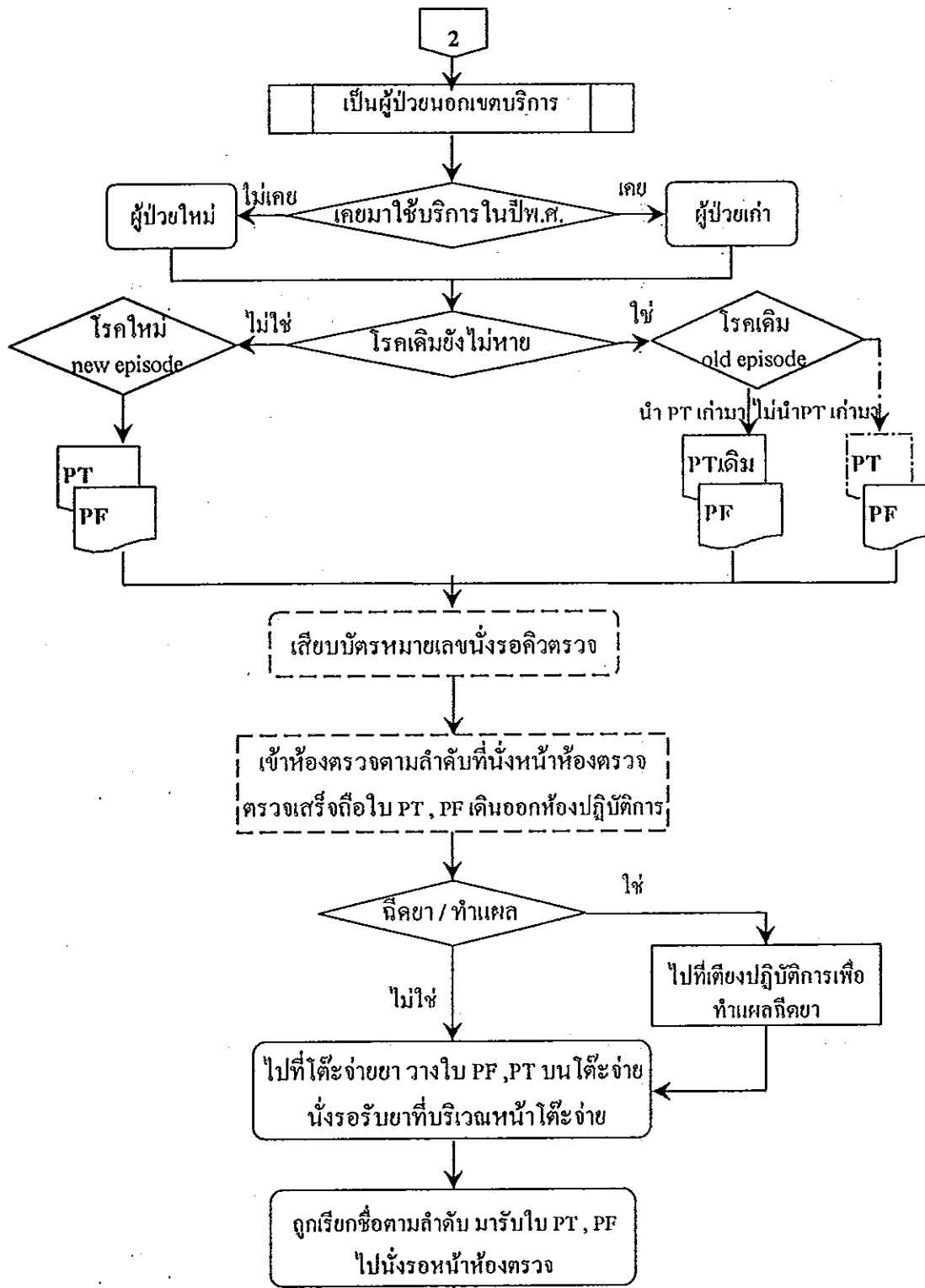
ผังงาน 1 การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป



ผังงาน 1 (ต่อ) การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป



ผังงาน 1 (ต่อ) การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป

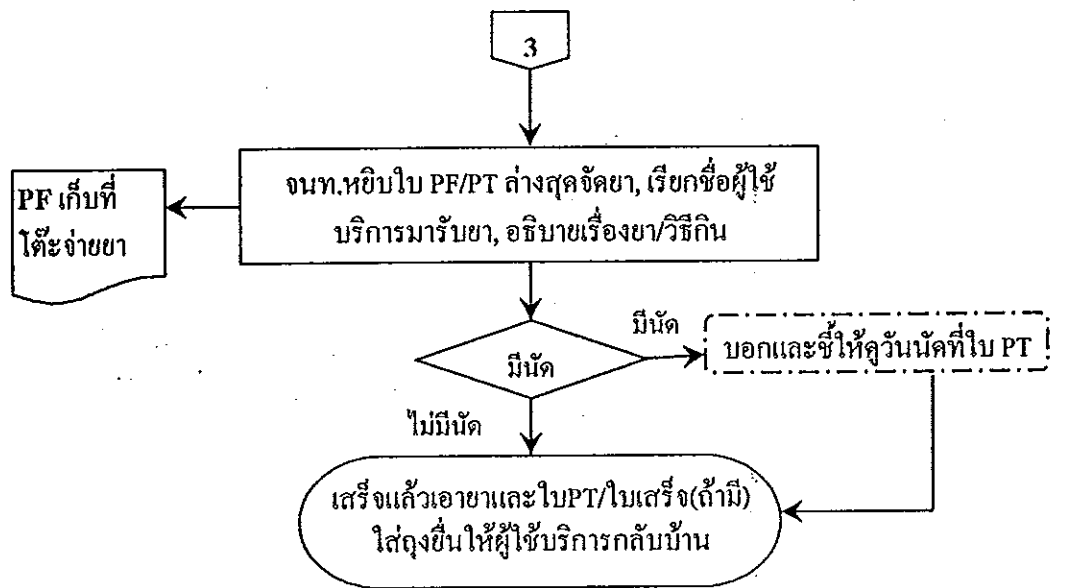


หมายเหตุ

—————ตรงตามคู่มือ————— ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ

-----ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ ----- ปฏิบัติดีกว่าคู่มือ

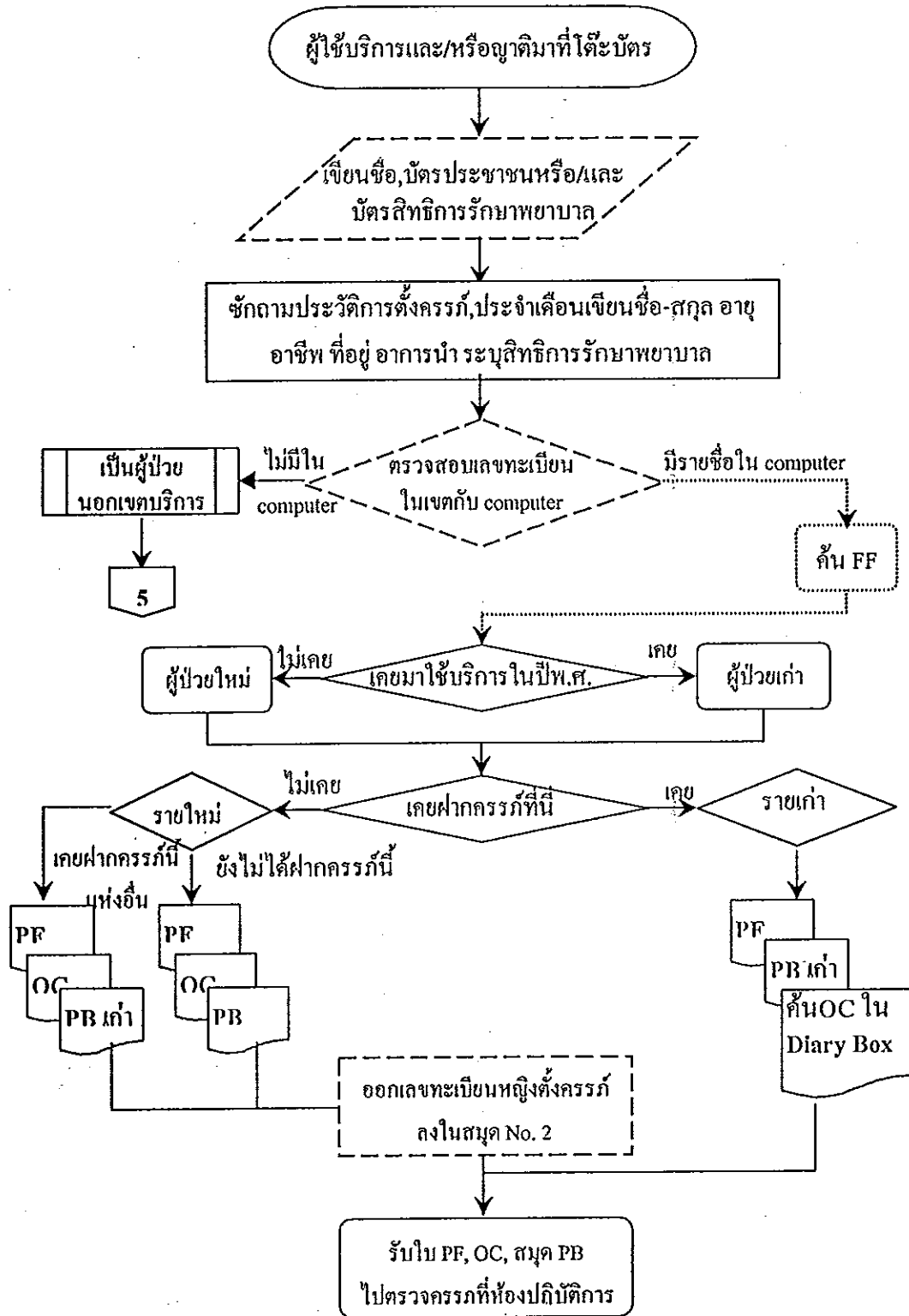
ผังงานที่ 1 (ต่อ) วิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป



หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ———— ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพ
 -----ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลกระทบต่อคุณภาพ----- ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

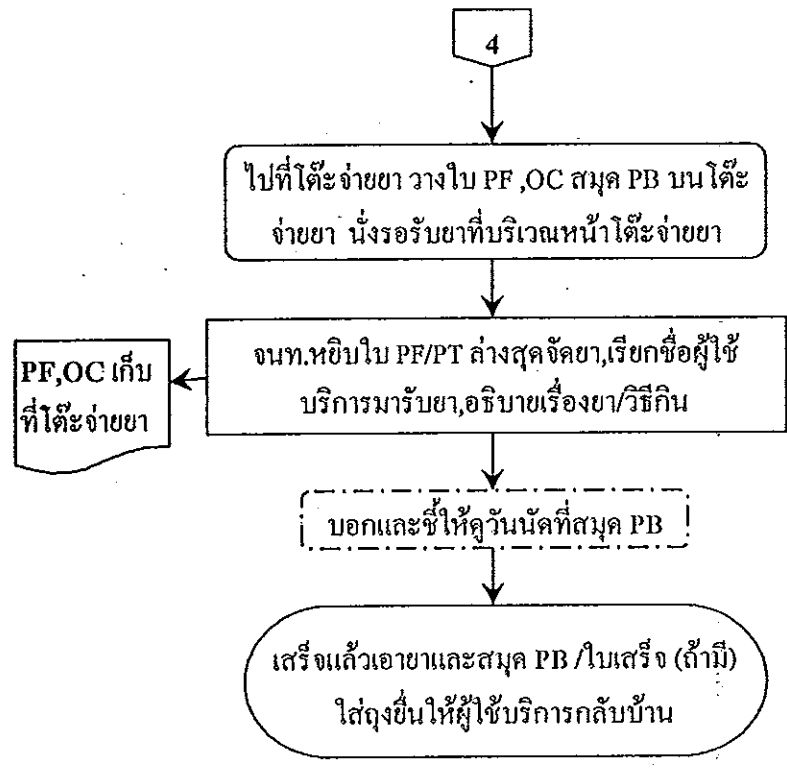
ผังงาน 2 การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์



หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ ————— ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ..... ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

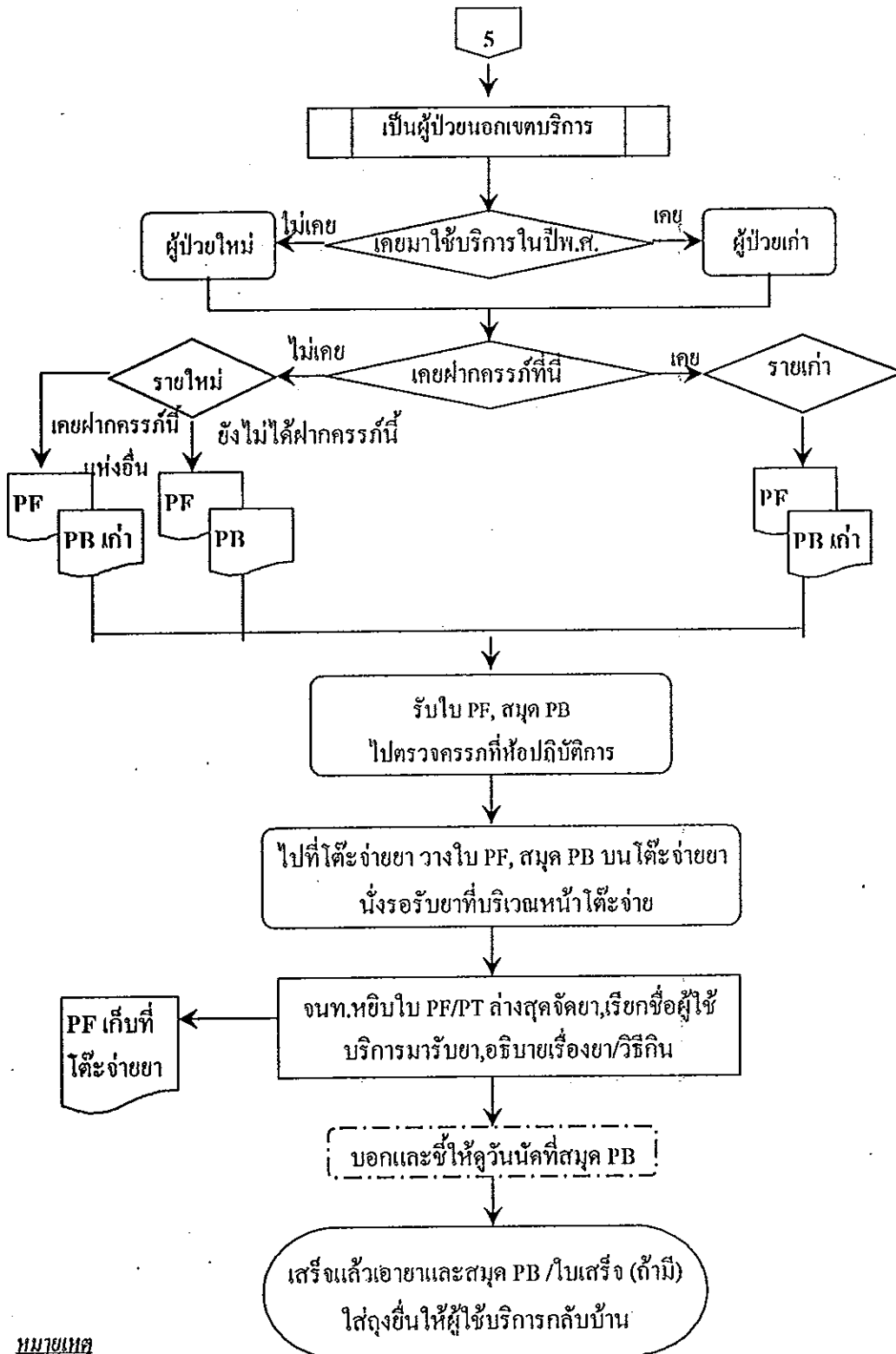
ผังงาน 2 (ต่อ) การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์



หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ----- ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- ไปตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ----- ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

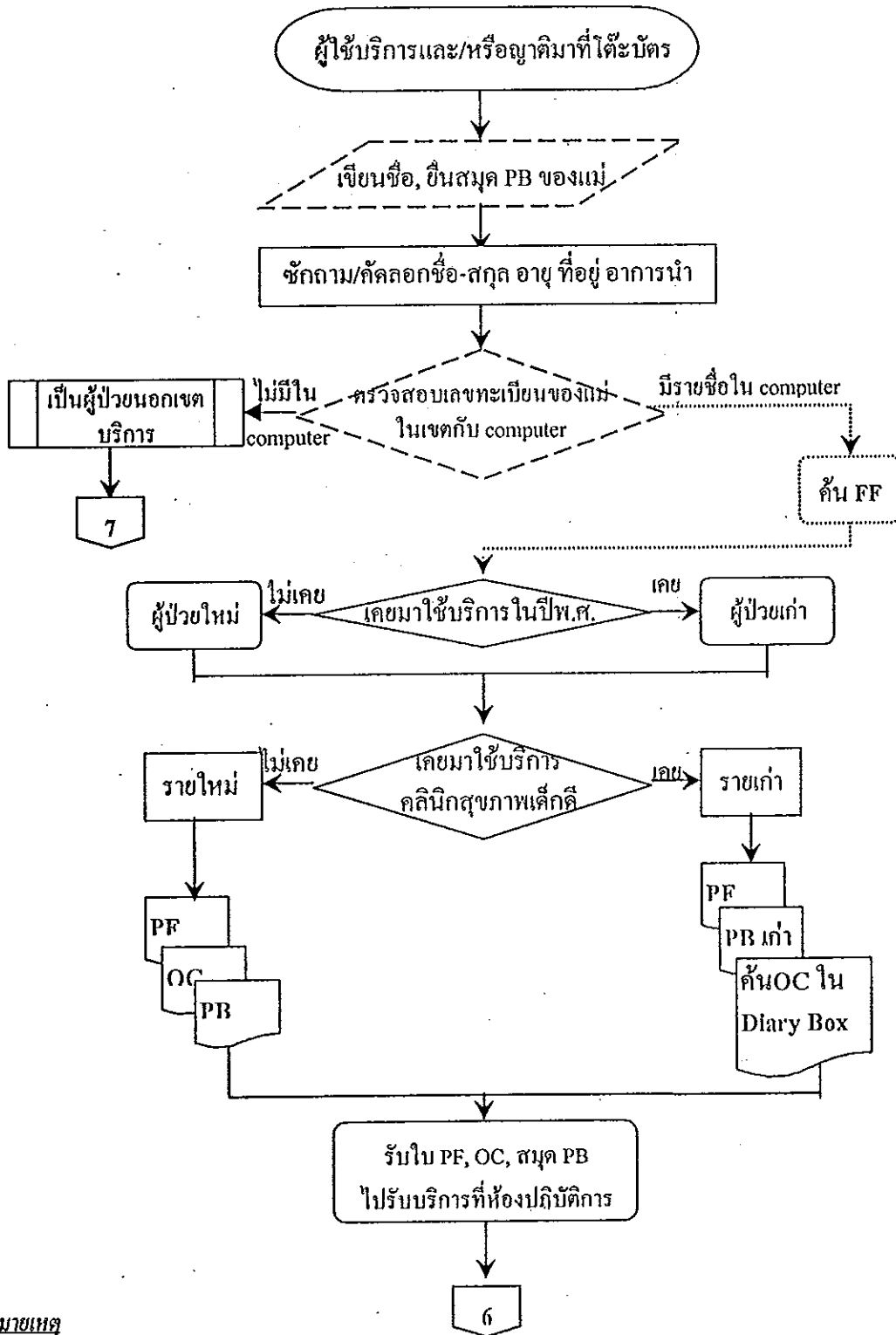
ผังงาน 2 (ต่อ) การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์



หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ----- ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- ไปตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ----- ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

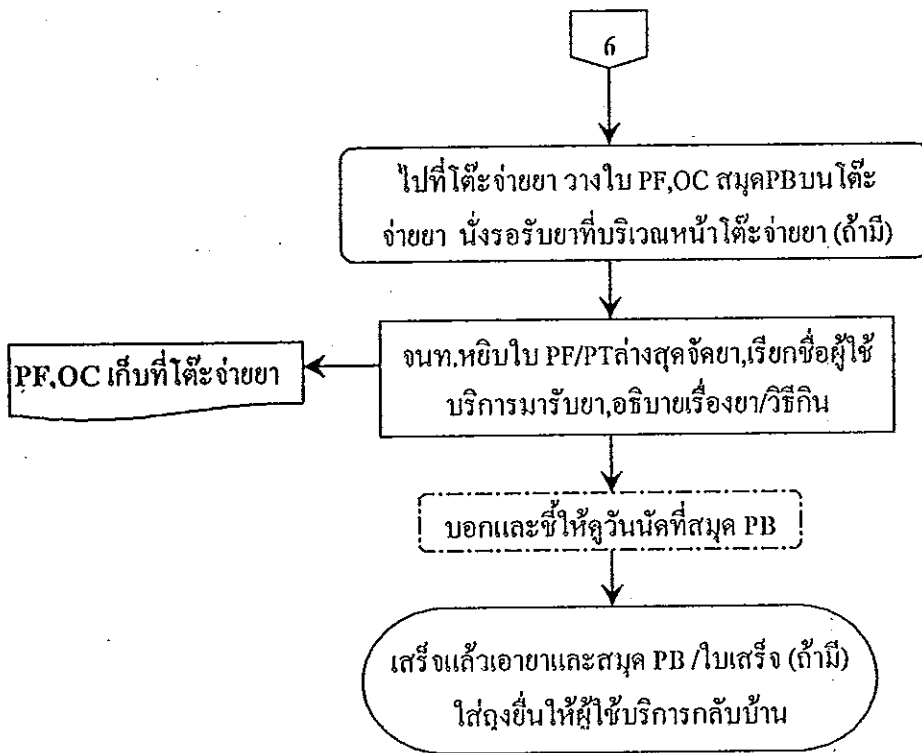
ผังงาน 3 การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี



หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ ----- ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ -----ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

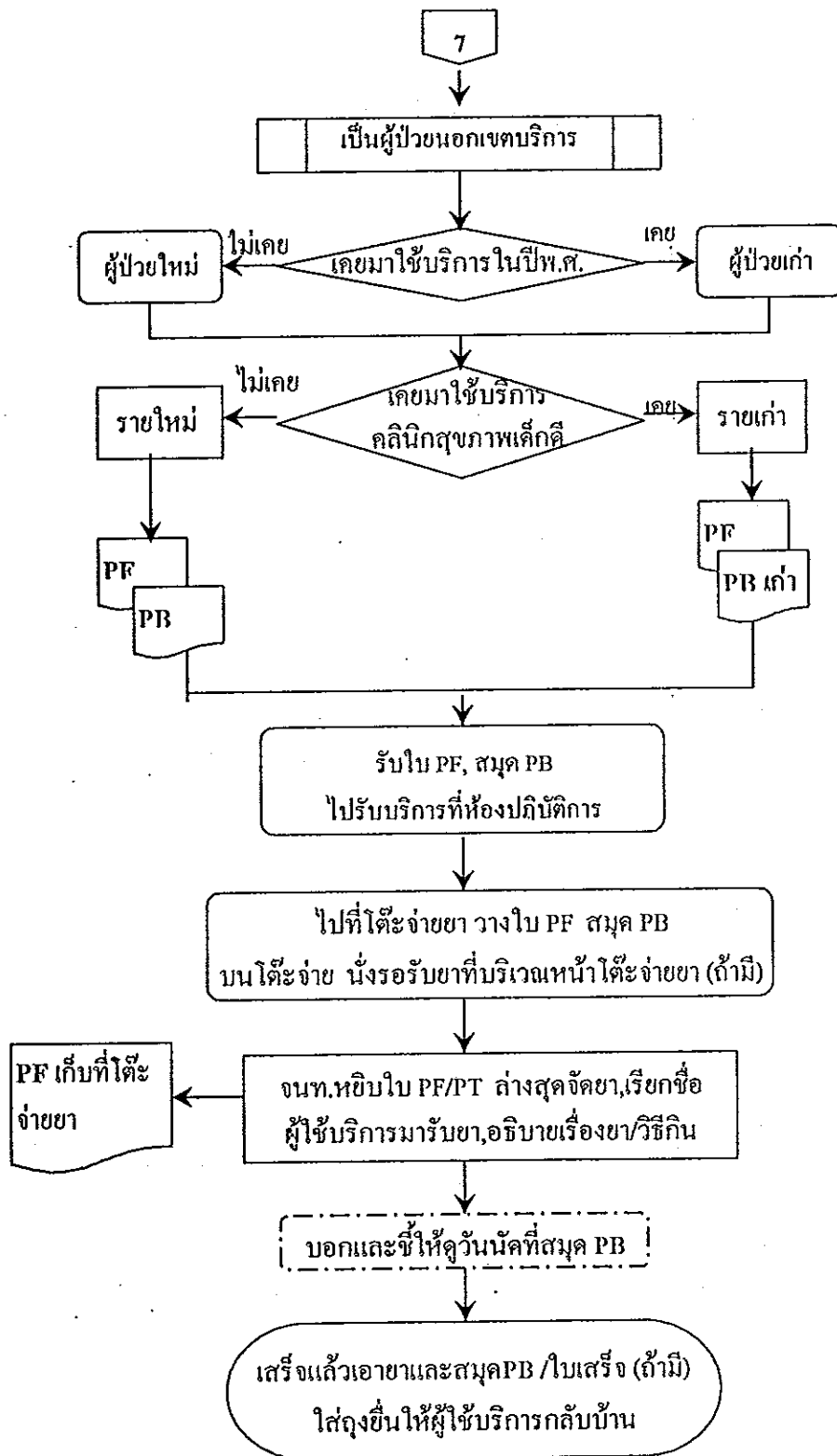
ผังงาน 3 (ต่อ) การวิเคราะห์ขั้นต้นก่อนการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี



หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ - - - - - ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- - - - - ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ - - - - - ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

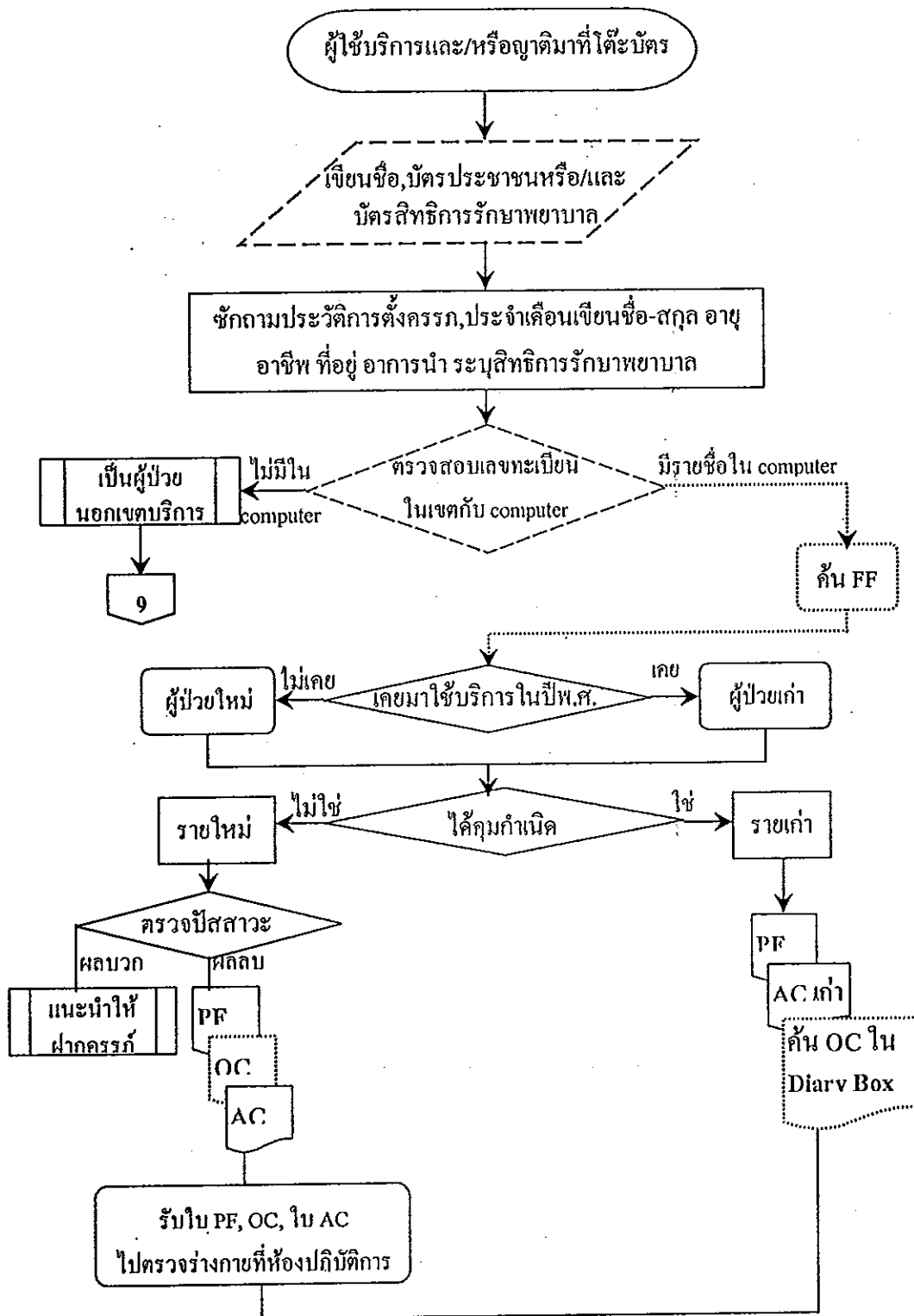
ผังงาน 3 (ต่อ) การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี



หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ - - - - ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ - - - - ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

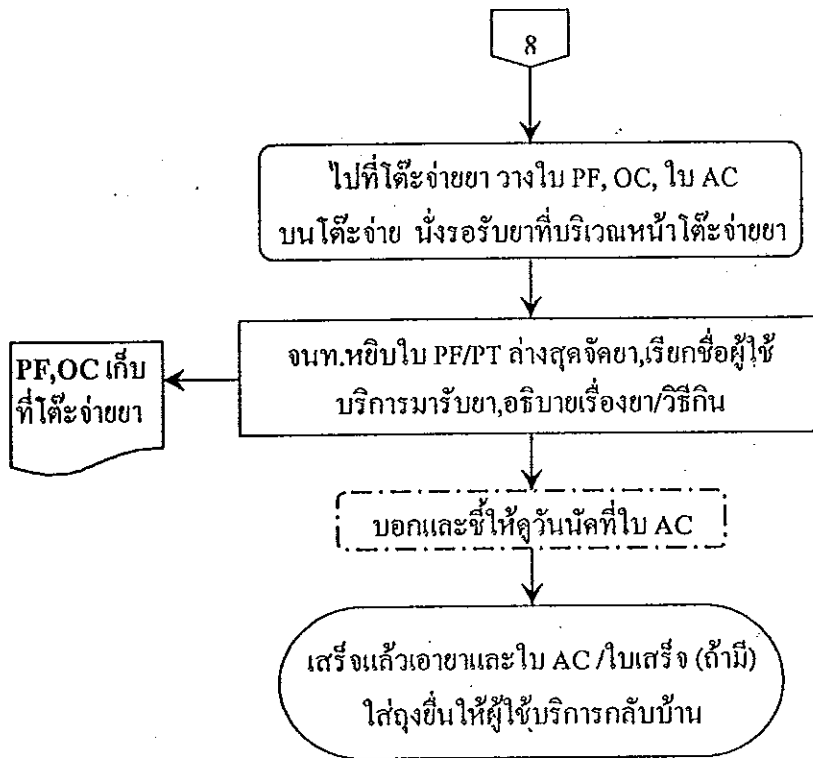
ผังงาน 4 การวิเคราะห์ขั้นต้นก่อนการให้บริการวางแผนครอบครัว



หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ ————— ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- - - - - ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ - - - - - ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

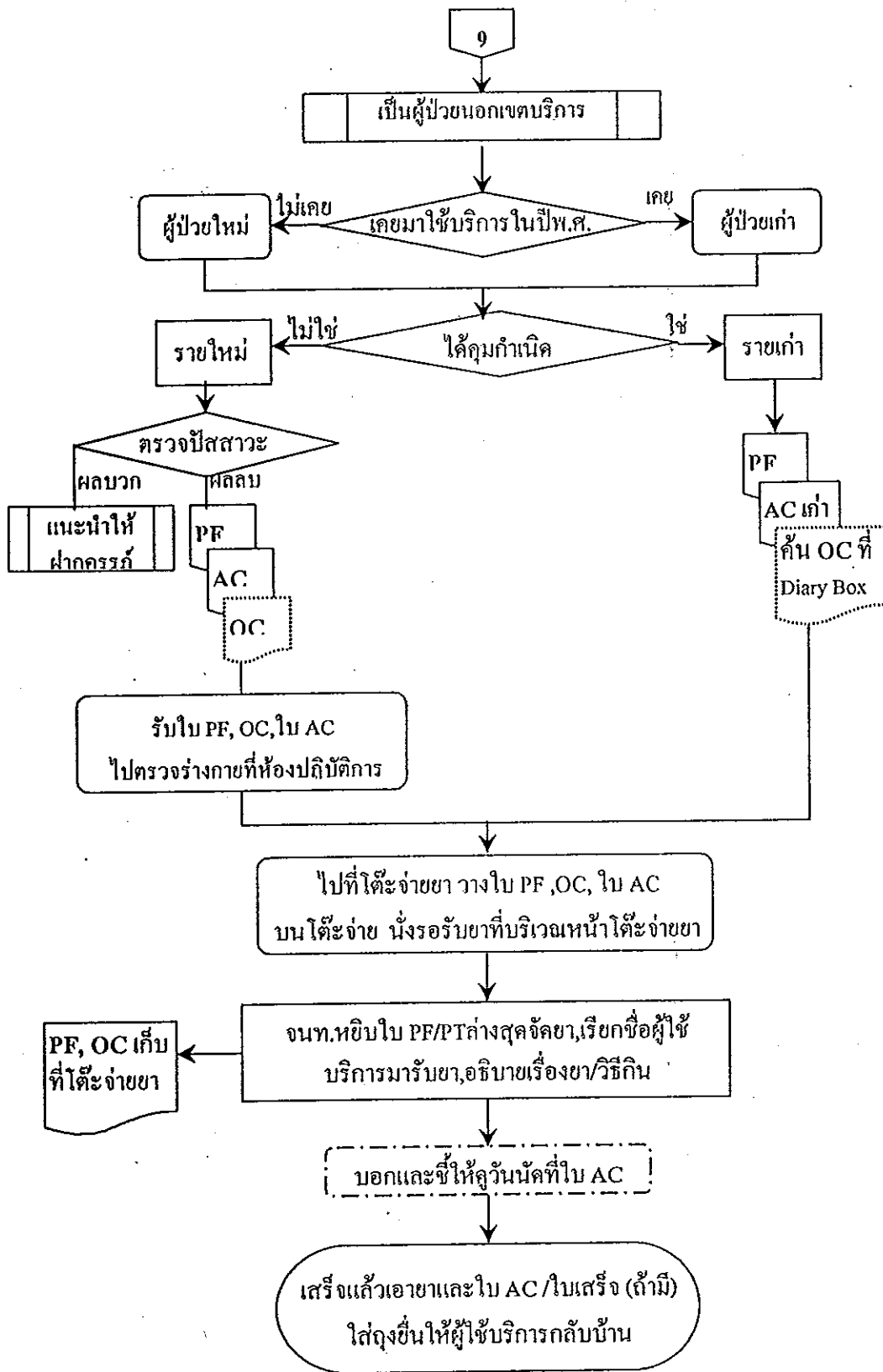
ผังงาน 4 (ต่อ) การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการวางแผนครอบครัว



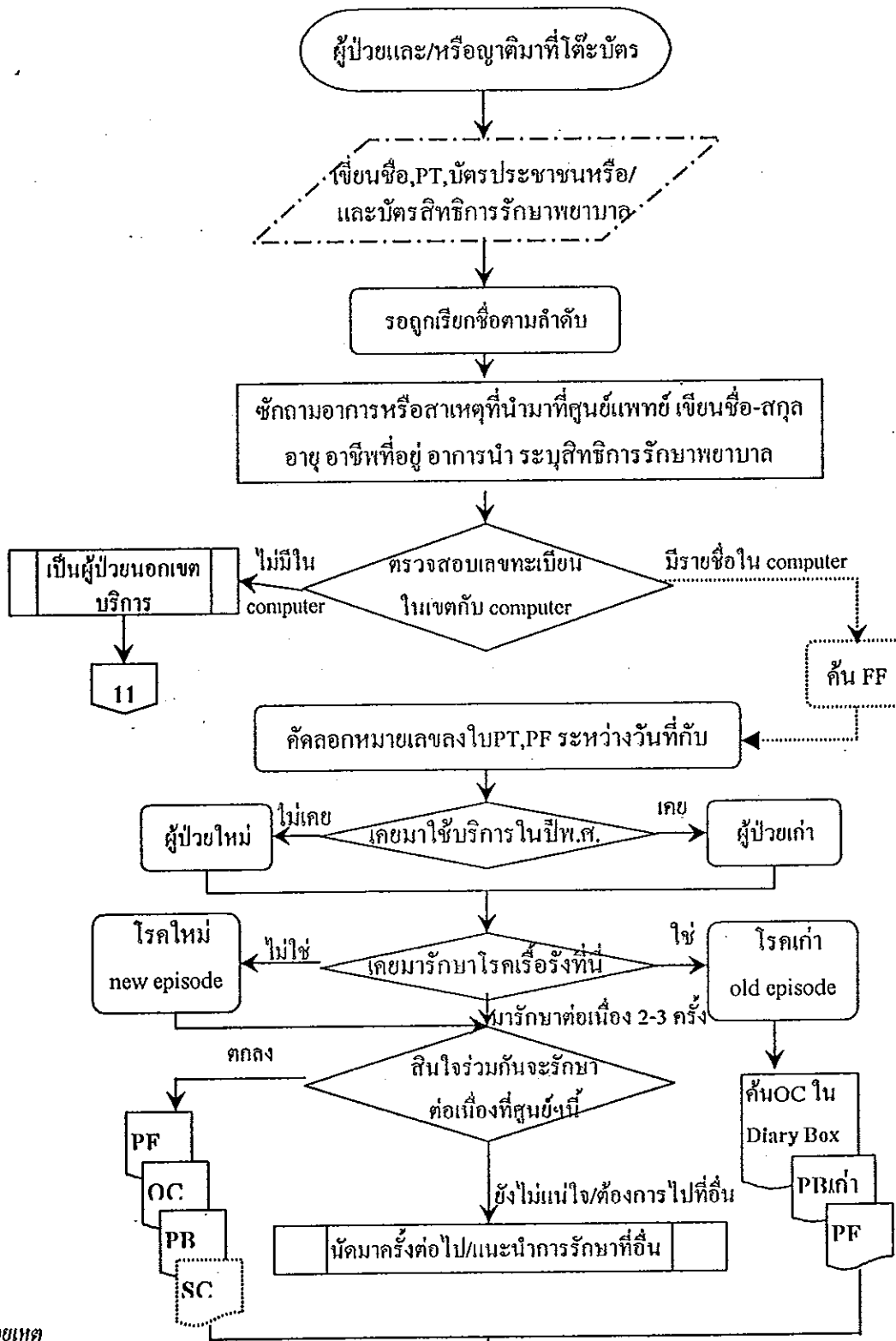
หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ
- - - - - ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- - - - - ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ
- - - - - ปฏิบัติดีกว่าคู่มือ

ผังงาน 4 (ต่อ) การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการวางแผนครอบครัว



ผังงาน 5 การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง

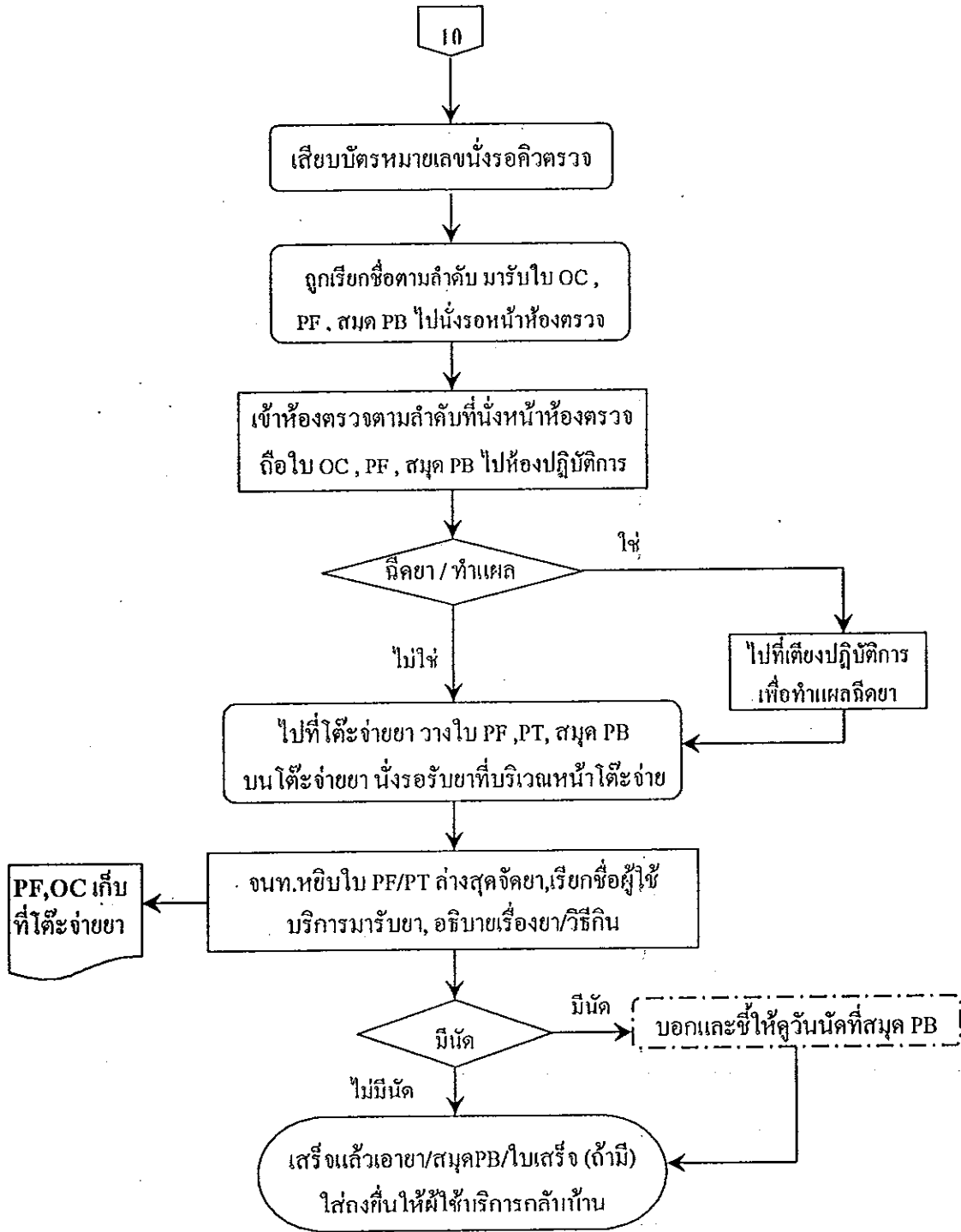


หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ - - - - - ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ - - - - - ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

10

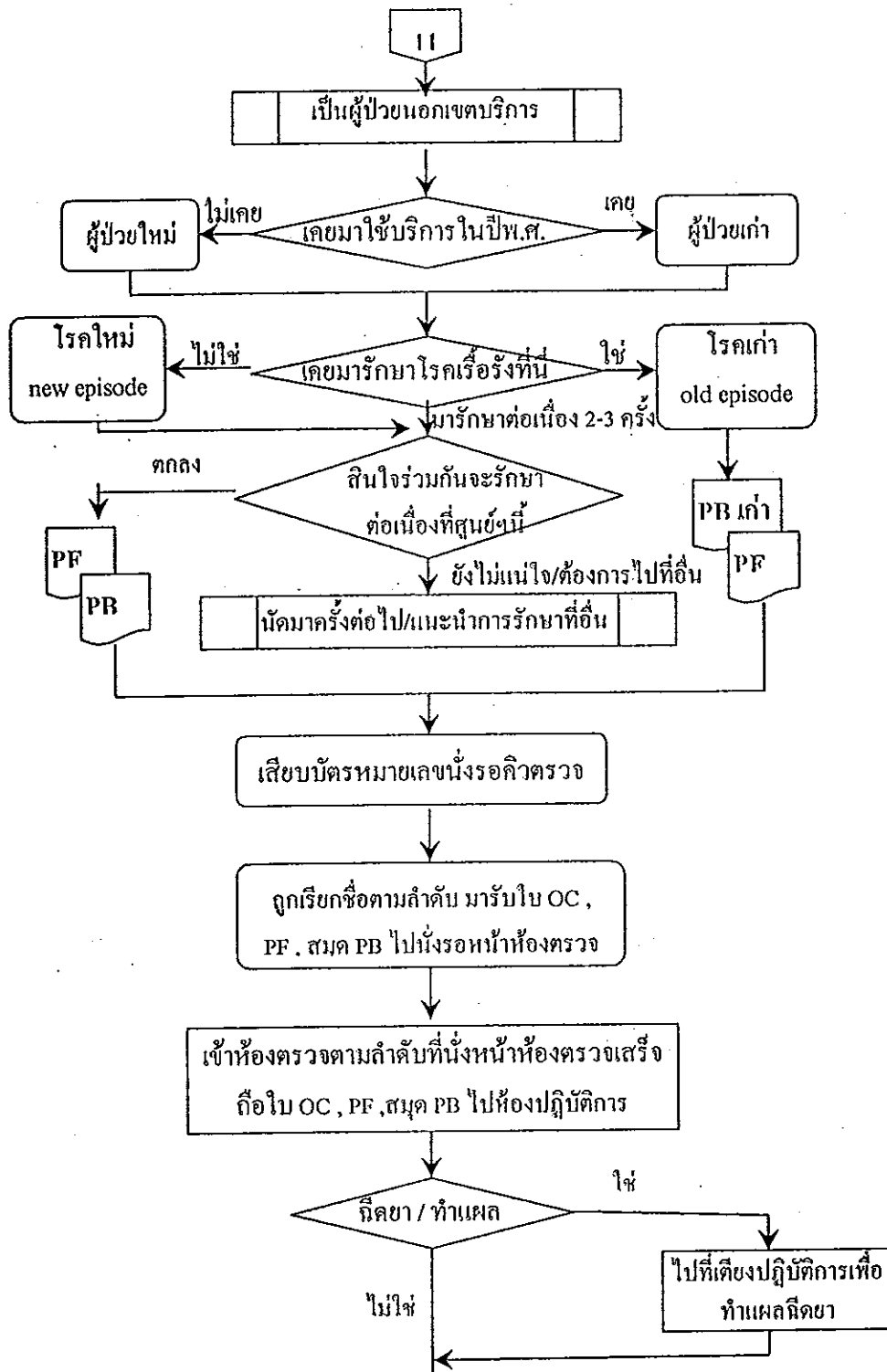
ผังงาน 5 (ต่อ) การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง



หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ - - - - ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- - - - - ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ - - - - - ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

ผังงาน 5 (ต่อ) การวิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง

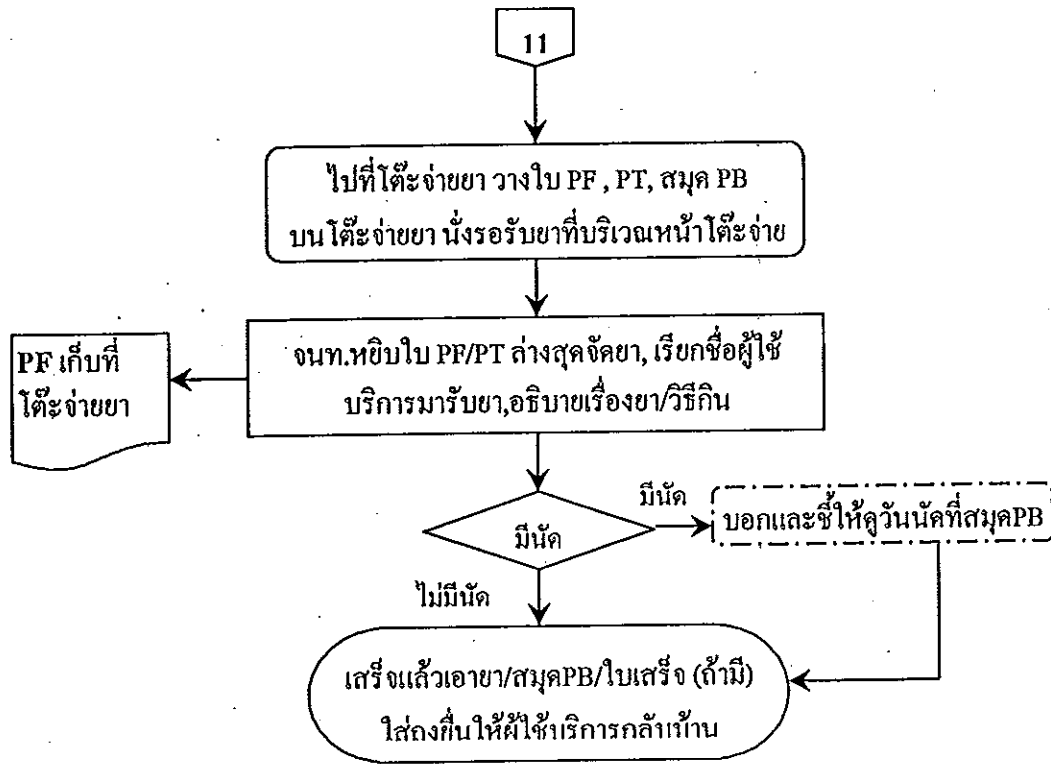


หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ ----- ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อสุขภาพ
- ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อสุขภาพ ----- ปฏิบัติดีกว่าคู่มือ

25

ผังงานที่ 5 (ต่อ) วิเคราะห์ขั้นตอนการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง



หมายเหตุ

- ตรงตามคู่มือ - - - - ไม่ตรงตามคู่มือ/ไม่มีผลต่อคุณภาพ
- ไม่ตรงตามคู่มือ/มีผลต่อคุณภาพ - - - - ปฏิบัติดีกว่าที่คู่มือ

4.4 ปัญหาการปฏิบัติงาน จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบข้อมูลบริการปฐมภูมิ ของศูนย์แพทย์ชุมชน

จากผลการวิจัยการจำแนกกระบวนการทำงานในระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชนตามสมมติฐานทั้ง 4 ประการ ดังที่กล่าวมาแล้ว หากนำมาพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ แล้ว เหตุที่เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนไม่สามารถปฏิบัติได้ตามกรอบแนวคิดตามคู่มือนั้นมาจากสาเหตุหลายประการ ที่ทำให้เกิดปัญหาในการทำงาน ดังนี้

ปัญหาการปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิที่บ่อย คือ

1. จำนวนผู้รับบริการรายวันมาก ประมาณ 70-80 รายต่อวัน โดยเฉพาะผู้รับบริการนอกเขตมีเกินร้อยละ 50 ซึ่งทำให้ต้องเร่งรีบให้บริการให้ทันในช่วงเวลาทำการ

2. ความตระหนักของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ในเรื่องการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ จึงขาดความเอาใจใส่ในการตรวจสอบข้อมูล
3. ผู้ให้บริการ part time มักไม่ให้ความสนใจและไม่เข้าใจแนวคิดของแบบฟอร์มต่าง ๆ และไม่กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน
4. การปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนที่เป็นคนใหม่ ยังขาดความเข้าใจในแนวคิดของข้อมูลและการทำงานในชุมชนอย่างแท้จริง
5. การศึกษางานของหน่วยงานอื่น ๆ ในช่วงให้การบริการ ทำให้การบริการไม่คล่องตัว และต้องสูญเสียเจ้าหน้าที่ไปให้คำอธิบาย ที่ผ่านมีสถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดต่างๆ สถาบันการศึกษา และผู้สนใจจากต่างประเทศ

จุดเด่นของระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิ

1. เป็นระบบข้อมูลที่ผู้ให้บริการสามารถรู้ข้อมูลผู้ที่มาใช้บริการทั้งครอบครัว เช่น รายละเอียดของผู้ป่วย คนในครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ สถานที่ตั้งของบ้าน
2. สามารถสร้างความไว้วางใจแก่ผู้บริการว่าผู้ให้บริการรู้จักตนเองและครอบครัว
3. มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เช่น มีการติดตามผู้ป่วยไม่มาตามนัดก็ทราบและสามารถทำแผนการติดตามได้
4. มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การติดตามการรักษา การเปลี่ยนของสภาวะของโรค ของทุกโรคในบัตรเดียวกัน
5. เป็นระบบการจัดเก็บข้อมูลของทุกคนในแฟ้มครอบครัวเดียวกัน
6. ไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรจำนวนมากในการบริการจัดการข้อมูล
7. เป็นระบบข้อมูลที่มีความโปร่งใส เนื่องจากผู้ให้บริการจะบันทึกการให้บริการต่างๆลงในบัตรต่างๆที่ผู้บริการสามารถตรวจสอบได้

จุดอ่อนของระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิ

1. เหมาะสำหรับผู้บริการที่การศึกษาสูง และมีความสนใจในสภาวะสุขภาพของตนเอง
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ต้องมีความเข้าใจในแนวคิดของระบบข้อมูล รู้เหตุผลการจัดเก็บข้อมูลแต่ละประเภท
3. แบบฟอร์มหลายมีช่องการบันทึกขนาดเล็กเกินไป ไม่สะดวกในการเขียน
4. เป็นระบบข้อมูลที่ใช้การบันทึกด้วยมือ จึงทำให้ช้า ตัวหนังสืออ่านยาก มีการเขียนข้อมูลซ้ำซ้อนหลายครั้ง เช่น การเขียนชื่อ ที่อยู่

วิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของแบบฟอร์มต่างๆที่ใช้ในการบริการปฐมภูมิ

ในการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่จะสามารถให้การบริการแบบองค์รวม จึงจำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเองและครอบครัว อย่างต่อเนื่องทั้งตอนที่ยังไม่ป่วย และขณะป่วย จึงต้องออกแบบฟอร์มต่างๆมาใช้เองในการให้บริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชนขึ้นใช้เอง(ไม่ใช่แบบฟอร์มตามแบบของกระทรวงสาธารณสุข) โดยได้แบ่งระยะเวลาการบันทึกข้อมูลออกเป็น 2 ระยะเวลา คือ

1. การบันทึกข้อมูลในระยะเวลากำลังป่วยหรือในระยะใช้บริการ (Intra-episode record) เพื่อความต่อเนื่องของข้อมูลและการดูแลรักษาระหว่างการให้บริการครั้งนั้น ซึ่งมีบัตรต่างๆ ดังนี้

Personal ticket (PT., บัตรพบหมอ) เป็นบัตรที่ใช้ในการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยหรือการมารับบริการในแต่ละ episode มีการบันทึกรายละเอียดการสั่งยา บันทึกการรักษา การตรวจและการนัด เพื่อให้ผู้ใช้บริการทราบข้อมูลที่ได้รับการบริการ ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จุดแข็ง
<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่ต้องเก็บประวัติผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นไว้ 2. มีรายละเอียดทุกอย่างในบัตรเดียว เช่น ประวัติผู้ป่วย ที่อยู่ การตรวจ การรักษา การนัด สิทธิการรักษา 3. ผู้ให้บริการได้รับข้อมูลที่ได้รับการบริการต่างๆ 4. ข้อมูลยาและวิธีการใช้ยา 5. ใช้ในการดูแลรักษาแทน OPD card 6. ใช้แทนบัตรประจำตัวผู้ป่วย 7. ไม่ต้องคัดลอกรายละเอียดการบริการหลายครั้ง โดยใช้กระดาษอัดสำเนา 8. ใช้ในการติดตามการเปลี่ยนของโรคตาม episode 9. เป็นสื่อกลางให้ผู้รับบริการทราบข้อมูลผู้ใช้บริการได้ครอบคลุมการบริการ
จุดอ่อน
<ol style="list-style-type: none"> 1. รายละเอียดมีมากเหมาะสำหรับผู้รับบริการที่มีการศึกษาและตระหนักในเรื่องสุขภาพของตนเองสูงและผู้ให้บริการเขียนตัวหนังสือไม่ชัดเจน,เขียนตัวเล็ก 2. ตารางในการเขียนการใช้ยาเล็กเกิน 3. ผู้ให้บริการที่เป็น part time ไม่สนใจในการกรอกและไม่เข้าใจในการกรอกรายละเอียด 4. การชี้แจงวิธีการใช้บัตรต้องใช้เวลา 5. ผู้ให้บริการเขียน บัตรPF.ทับด้านบน ใบPT. โดยใช้กระดาษอัดสำเนา ทำให้ลายมือในใบPT. ดูไม่ชัดเจน 6. ผู้ให้บริการมักจะกรอกรายละเอียดไม่ครบ โดยอ้างว่าแบบบันทึกต่างๆมากเกินไปและผู้ใช้บริการมาก

Prescription form (PF., ใบสั่งยา) ใช้เป็นหลักฐานการสั่งยา/จ่ายยา เป็นข้อมูลในการบันทึกกิจกรรมการให้บริการประจำวัน และเป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายค่าบริการชดเชย

จุดแข็ง
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีประวัติ ข้อมูลการบริการ การจ่ายยา สิทธิการรักษา ค่าบริการอยู่ในใบเดียวกัน ตรวจสอบง่าย 2. เป็นข้อมูลในการแยกการบันทึกกิจกรรมประจำวัน 3. ผู้รับบริการลงรายมือชื่อในใบ PT.เป็นหลักฐานการจ่ายยา และเบิกค่าชดเชย 4. ใช้แยกประเภทของผู้ป่วยเป็น new episode, old episode
จุดอ่อน
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้บริการที่เป็น part time ไม่สนใจและเข้าใจในการกรอกรายละเอียด 2. ผู้ให้บริการมักจะกรอกรายละเอียดไม่ครบ โดยอ้างว่าแบบบันทึกต่างๆมากเกินไปและผู้ใช้บริการมาก

Chronic operation card (OC., บัตรบันทึก โรคเรื้อรัง) ใช้เป็นบันทึกข้อมูลประวัติ อาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จุดแข็ง
<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้บันทึกการป่วยโรคเรื้อรังของผู้ป่วยได้หลายโรคในคนเดียวกัน และไม่จำเป็นต้องแยกใบ/แยกเก็บ 2. ใช้ในการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้การรักษาต่อเนื่อง และสะดวกในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด 3. บันทึกความก้าวหน้าในการรักษา และการเปลี่ยนของโรค(ภาวะแทรกซ้อน) 4. เป็นแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน 5. เป็นสื่อกลางให้ผู้รับบริการทราบข้อมูลผู้ใช้บริการได้ครอบคลุมการบริการ
จุดอ่อน
<ol style="list-style-type: none"> 1. ช่องตารางในการกรอกรายละเอียดเล็กเกิน 2. ผู้ให้บริการที่เป็น part time ไม่สนใจในการกรอกและไม่เข้าใจในการกรอกรายละเอียด 3. ผู้ให้บริการมักจะกรอกรายละเอียดไม่ครบ โดยอ้างว่าแบบบันทึกต่างๆมากเกินไปและผู้ใช้บริการมาก

Personal book (PB., สมุดประจำตัวผู้ป่วย) ใช้เป็นบันทึกข้อมูลประวัติ อาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้ผู้ป่วยสามารถทราบข้อมูลการป่วยของตนเองและนำกลับบ้านได้ (ในที่นี้จะวิเคราะห์เฉพาะสมุดผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)

จุดแข็ง
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยข้อมูลการป่วยของตนเองตลอดระยะเวลา เจ็บป่วย และนำกลับบ้านได้ 2. ใช้แทนใบพบแพทย์ (PT.) 3. พกสะดวกและเป็นประวัติส่งต่อ ไปรักษาที่อื่นหรือเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน 4. ช่วยในการบันทึกความจำวันนัด
จุดอ่อน
<ol style="list-style-type: none"> 1. รายละเอียดมีมากเหมาะผู้รับบริการที่มีการศึกษาและตระหนักในเรื่องสุขภาพของตนเองสูงและผู้ให้บริการเขียนตัวหนังสือไม่ชัดเจน, เขียนตัวเล็ก 2. ช่องตารางในการเขียนต่างๆ เล็กเกินไป

2. การบันทึกข้อมูลในช่วงที่ไม่ได้เจ็บป่วยหรือใช้บริการ (Inter-episode record) เป็นแบบบันทึกประวัติต่างๆ ที่ต้องเก็บไว้เป็นระยะเวลายาว เพื่อความครอบคลุมในประวัติของผู้ใช้บริการและครอบครัว ซึ่งมีบัตรต่างๆ ดังนี้

Family file (FF., แฟ้มอนามัยครอบครัว) ใช้เป็นบันทึกข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัว ประวัติส่วนตัว แผนที่ตั้งของบ้าน สิทธิการรักษา

จุดแข็ง
<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถทราบรายละเอียดต่างๆ โดยไม่เสียเวลาซักถามผู้ให้บริการ เช่น อายุ ที่อยู่ สิทธิการรักษา 2. ผู้ให้บริการทราบข้อมูลส่วนตัวของผู้ใช้บริการทั้งครอบครัว 3. ใช้เป็นสื่อกลางในการทำความเข้าใจเรื่องครอบครัวของผู้ใช้บริการ 4. ใช้เป็นแผนที่ออกเยี่ยมบ้าน 5. เป็นช่องเก็บเอกสารและใบต่างๆ ของครอบครัวนั้น 6. เป็นฐานข้อมูลในการรวบรวมข้อมูลหมู่บ้าน
จุดอ่อน
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีรายละเอียดมาก ต้องใช้เวลานาน 2. ขาดการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน 3. ขาดการนำมาใช้งานอย่างจริงจัง เช่น ไม่ได้คัดลอกรายละเอียดจากแฟ้มแทนการซักถาม

Synthesis care (SC., แบบสรุปภาวะสุขภาพ) ใช้เป็นบันทึกข้อมูลที่สำคัญของแต่ละบุคคลที่ต้องเก็บไว้เป็นระยะเวลายาว เช่น วันที่พบโรค และวันสิ้นสุดของปัญหา โรคเรื้อรังและโรคที่มีความสำคัญเท่านั้น

จุดแข็ง
<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้เป็นประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ, การรับวัคซีน, ภาวะความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ 2. เป็นแหล่งรวมข้อมูลการเจ็บป่วยที่สำคัญ 3. ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการให้บริการ
จุดอ่อน
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้บริการไม่มีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง 2. ผู้ให้บริการที่เป็น part time ไม่สนใจในการกรอกและไม่เข้าใจในการกรอกรายละเอียด

บทที่ 5

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ระบบข้อมูลในกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน (วัดอินทาราม) เป็นรูปแบบที่ต้องการให้การบริการสาธารณสุขแบบองค์รวมเป็นการให้บริการสาธารณสุขที่ต้องพิจารณาถึงทุกมิติแห่งความเป็นมนุษย์นั้น ได้แก่ มิติทางกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมที่มนุษย์เชื่อมโยงอยู่ จากรูปแบบการบริการเช่นนี้ เน้นที่ความสัมพันธ์และความรู้จักษ์ที่ดีเพียงพอรหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งไม่ได้มีความสัมพันธ์ที่จำกัดเฉพาะเวลาที่ใช้การบริการ แต่มีความหมายรวมไปถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีตั้งแต่ผู้มาใช้บริการมีความสบายดี หรือแม้แต่หลังจากใช้บริการกลับไปอยู่ในชุมชนแล้วก็ตาม ดังนั้นการบริการปฐมภูมิจึงไม่ได้คำนึงเฉพาะความเจ็บป่วย แต่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพครอบคลุมครบวงจร โดยถือว่าทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างก็เป็นผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน ซึ่งผู้ให้บริการเป็นเชี่ยวชาญในเรื่องโรคต่างๆและผู้รับบริการเป็นเชี่ยวชาญในเรื่องตนเอง ดังนั้นจึงต้องมีหาข้อสรุปร่วมกันในการตัดสินใจในการรักษา ตลอดจนครอบครัวและชุมชนเองก็พยายามช่วยเหลือตนเองในการพัฒนาสุขภาพของตนเองตามความรู้ที่ได้รับจากระบบบริการสาธารณสุขอีกด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีระบบข้อมูลที่คล่องตัวและมีประสิทธิภาพพอเพียงที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดความเข้าใจชุมชนอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง จึงแยกอภิปรายผลการศึกษาเป็นประเด็นในเรื่องต่างๆ ดังนี้

บริบทของศูนย์แพทย์ชุมชนต่อการบริการปฐมภูมิ

จากสรุปผลการวิจัย เห็นได้ชัดว่า ศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทาราม) เป็นอาคารที่มีห้องทำงานไม่มากและไม่ซับซ้อน อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนต่างๆ จำนวน 7 ชุมชนในเขตเมือง ซึ่งมีประชาชนในเขตรับผิดชอบ ประมาณ 6,000 คน ซึ่งการก่อตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนแห่งนี้ ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งเริ่มแรกในการก่อตั้ง ตั้งแต่การตกลงใจที่จะมีการสร้างศูนย์แพทย์ สถานที่ตั้ง งบประมาณในการก่อสร้าง

การข้อตกลงในการจัดระบบบริการภายใน เช่น ประเภทการให้บริการและข้อกำหนดบางประการ โดยมีกาให้บริการครบทั้งด้าน 4 ด้าน ดังนี้

1. การรักษาพยาบาล เช่น การรักษาโรคเฉียบพลัน โรคเรื้อรัง โดยมีแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ(ที่ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติครอบครัว) เป็นผู้ดูแลรักษา การปฐมพยาบาล เช่น ทำแผล จ่ายยา และฉีดยา หากเกินขอบเขตของความสามารถของเจ้าหน้าที่หรือเครื่องมือ ก็มีระบบการส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการเยี่ยมบ้านในรายชื่อขาดการรักษา รายที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (เช่นผู้สูงอายุ, ผู้พิการ) และมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไปด้วย เพื่อติดตามผลการรักษา ให้ข้อมูลต่างๆเพิ่มเติมแก่แพทย์ที่โรงพยาบาล

2. ส่งเสริมสุขภาพ มีคลินิกให้บริการฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี และการดูแลผู้สูงอายุ (การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุในการออกกำลังกาย ทักษะศึกษา) การให้สุขศึกษา

3. การควบคุมและป้องกันโรค มีให้บริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

4. การฟื้นฟูสภาพ การติดตามการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล ผู้พิการ และการนัดหมายไทย

ดังนั้น การบริการต่างๆของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงมีความคล้ายกับสถานีอนามัย ที่รับผิดชอบชุมชนในเขตเมืองที่มีช่องว่างในการรับบริการ เพราะเป็นกลุ่มที่ไม่มีหน่วยงานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบชัดเจน จึงมีศูนย์แพทย์ชุมชนดังกล่าว เป็นหน่วยบริการที่ไม่ใหญ่โตมาก ตั้งอยู่ใกล้กับชุมชน ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ เข้าถึงการบริการได้ง่าย ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการรู้จักกันและเข้าใจซึ่งและกัน เป็นเพิ่มทางเลือกในการบริการบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่สามารถเข้าถึงการบริการได้ง่าย เพื่อให้เกิดการบริการปฐมภูมิอย่างแท้จริง โดยได้คำนึงถึงคุณภาพบริการ ที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลผสมผสานและเป็นองค์รวม โดยมีความประหยัดละใช้เทคโนโลยีตามความจำเป็น

แต่อย่างไรก็ดี จะเห็นได้ว่า ศูนย์แพทย์ชุมชน มีผู้มารับบริการตรวจรักษาร้อยละ 50 เป็นผู้รับบริการนอกเขต ซึ่งแสดงให้เห็นถึง การที่ประชาชนทั่วไปสามารถมีรับบริการได้ง่าย แต่ก็ก็เป็นปัญหาในเรื่องของทำงานที่ต้องแบกรับ ทำงานเกินขีดความสามารถที่จะรองรับได้ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการได้ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ไม่ใหญ่มากนัก และมีจำนวนบุคลากรจำกัด ซึ่งหากปล่อยให้เกิดสภาพอย่างนี้ต่อไป ก็มีแนวโน้มที่ประชาชนนอกเขตจะมารับบริการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะสร้างให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพบริการได้ และหากขยายขนาด ก็จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการห่างกันด้วย เหมือนเช่นโรงพยาบาลชุมชน และจะเป็นหน่วยบริการที่ซ้ำซ้อนกับโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งไม่มีความจำเป็น จึงเห็นควรที่จะเพิ่มจำนวนศูนย์ให้ครอบคลุมประชากร

และพัฒนาสถานบริการใกล้เคียง เช่น สถานีอนามัยให้มีเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น ที่สามารถรองรับความต้องการประชาชนได้

ระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์วัดอินทาราม

ในระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ ที่ได้แสดงในผลการวิจัยในบทที่ 4 หากพิจารณาตามหลักการทั่วไป (general principle) ที่ว่า

1. ระบบข้อมูลมีความต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว โดยระบบข้อมูลของศูนย์แพทย์ชุมชน จะมีรายละเอียดของข้อมูลในระดับบุคคล ได้แก่ บัตรประจำตัวผู้รับบริการ (personal ticket) และสมุดประจำตัว (personal book) จะมีรายละเอียดที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ สามารถตรวจสอบได้ และหากไปรับบริการสถานที่อื่นก็สามารถส่งต่อข้อมูลแก่หน่วยบริการแห่งใหม่ได้โดยอีกทั้งมีการจัดเก็บที่เป็นรวมครอบครัว ทำให้ผู้ให้บริการรู้จักรายละเอียดของสภาวะสุขภาพของทุกคนในครอบครัว จะสร้างความรู้สึกรู้สึกต่อผู้ใช้บริการว่าผู้ให้บริการรู้จักผู้ใช้บริการทั้งตนเองและครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจและความสัมพันธ์ระหว่างกันขึ้น

2. ใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผลงานและวิเคราะห์สถานการณ์ได้ ซึ่งในระบบข้อมูลศูนย์แพทย์ชุมชน จะมีระบบการตรวจสอบและติดตามผู้ที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง เช่น ไม่มารับวัคซีน ไม่รับการตรวจหรือรับยาโรครื้อรัง โดยตรวจดูจาก diary box ซึ่งจะพบการเรียงเอกสารแบบฟอร์มประเภทต่างๆเป็นรายวัน เดือน ซึ่งจะทราบได้ว่าบุคคลดังกล่าวไม่มารับบริการ และจัดทำแผนออกติดตาม โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามต่อไป

3. ระบบข้อมูลเพื่อการรายงาน จะใช้ใบสั่งยา (prescription form) จะมีรายละเอียดประวัติผู้ใช้บริการ การให้บริการ ประเภทของสิทธิ รายการยา ค่าบริการ เพื่อทำการรวบรวมเพื่อการรายงาน

ซึ่งให้พิจารณาตามประโยชน์การใช้งานนั้น ระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จะให้ประโยชน์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

หากพิจารณาตามทฤษฎีสารสนเทศ ตามแนวคิดของ ชุมพล ศฤงคารศิริ ที่ได้ให้ความหมายของคำว่า สารสนเทศ ว่าเป็น ข้อมูลที่ผ่านประมวลผลและถูกจัดให้อยู่ในรูปที่มีความหมายและเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้รับข่าวสารนั้น ซึ่งระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์ชุมชน ได้คำนึงการนำไปใช้ประโยชน์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่เนื่องจากระดับการศึกษาและความตระหนักของผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ยังไม่มากพอ จึงขาดความสนใจที่จะดูรายละเอียดในแบบฟอร์มต่างๆ ความตระหนักและความเข้าใจในการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ของผู้ให้บริการก็ยังมีน้อยเช่นกัน ถึงอย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการใช้ประโยชน์ของข้อมูลไม่เต็มที่ แต่ก็มีการใช้ประโยชน์อยู่

บ้าง ตัวอย่างเช่น ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าคุณค่าข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลการรักษาพยาบาลของตนเองที่ได้รับบริการจากศูนย์แพทย์ชุมชน และจะมีการนำคิดตัวทุกครั้งที่มาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหรือไปที่แห่งอื่นๆ เพื่อให้ผู้ให้บริการทราบว่าเคยได้รับบริการอะไรบ้างแล้ว ซึ่งก็เป็นจุดเริ่มต้นที่เป็นการเตรียมความพร้อมและสร้างทางเลื้อกให้เกิดขึ้นในระบบข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นการรองรับพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารทางราชการ พ.ศ.2540 และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยด้วย ที่ได้รับรู้ข้อมูลการบริการอีกทางหนึ่งด้วย

จากผลการศึกษาของนพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์และคณะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใช้เวลาร้อยละ 22 ไปในการจัดทำเอกสารรายงานซึ่งยังไม่รวมเวลาในการรวบรวม แต่ระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จะยึดประโยชน์ของการใช้ข้อมูลของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเป็นหลัก ส่วนการรวบรวมและส่งรายงานหน่วยงานอื่นเป็นอันดับสุดท้าย แต่ในการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ชุมชนปัจจุบัน ก็ยังประสบปัญหาต่อจำนวนผู้มารับบริการนอกเขตร้อยละ 50 ของผู้บริการทั้งหมด ซึ่งส่งผลทำให้จำนวนที่ผู้บริการที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ไม่สามารถให้การบริการตามขั้นของระบบข้อมูล เช่น การเพิ่มครอบครัว (family file) การกรอกข้อมูลสุขภาพที่สำคัญลงในใบสรุปสภาวะสุขภาพ (synthesis card) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะของการพัฒนาระบบข้อมูลการบริการปฐมภูมิ

1. ขั้นตอนการจัดเก็บมีความซับซ้อน ซึ่งมีรายละเอียดความสำคัญในตัวเอง จึงต้องชี้แจงรายละเอียดการใช้ และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลจากในฟอร์มต่างๆแก่ผู้ให้บริการ จะได้สร้างความตระหนักในการบันทึกข้อมูล
2. ควรให้มีการชี้แจงในเรื่องระบบข้อมูลแก่ผู้ให้บริการ part time เพื่อสร้างความตระหนักในการบันทึกและใช้ประโยชน์จากข้อมูล
3. แนะนำให้ผู้ให้บริการศึกษาคู่มือการใช้แบบฟอร์มต่างๆ
4. ควรใช้เครื่องมือในการรวบรวมและประมวลผลข้อมูล เช่น พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการจัดทำฐานข้อมูล เพื่อลดภาระงานประจำ
5. ขาดการชี้แจงเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชน การนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์
6. การสร้างความตระหนักในการรับรู้ของประชาชนเพื่อกระตุ้นให้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์
7. การกำหนดขอบเขตของผู้มารับบริการ ไม่มีจำนวนมากเกินจนไม่มีผลต่อคุณภาพการบริการ

ข้อเสนอเชิงระบบ

1. เสนอให้เป็นแนวทางเลือกการพัฒนาระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิต่อสถานบริการในระดับเดียวกัน เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน
2. เสนอปรับปรุงโครงสร้างและรับรองศูนย์แพทย์ชุมชน ให้ส่วนหนึ่งของระบบ ที่จะหน่วยงานที่ให้บริการปฐมภูมิในชุมชนเขตเมือง,ชานเมืองให้ชัดเจน
3. พัฒนาการจัดระบบข้อมูลบริการคลินิกเอกชน ให้มีความชัดเจน ที่ตรวจสอบได้ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนผู้ให้บริการ
4. เพิ่มความเข้มงวดการปฏิบัติตามพรบ.ข้อมูลข่าวสาร/สิทธิผู้ป่วย ของสถานบริการที่ให้
บริการ
5. สร้างความตระหนักในการบันทึกข้อมูลการบริการต่างๆของผู้ให้บริการ
6. แนะนำการใช้ข้อมูลของผู้ให้บริการและมีการเรียกใช้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
7. มีการฟื้นฟูความรู้การใช้และจัดเก็บข้อมูลของผู้ให้บริการเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจะมีการประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (analytical evaluation) ของระบบข้อมูลการบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นต่อยอดการวิจัยฉบับนี้
2. ควรจะการวิจัยในความพึงพอใจในระบบข้อมูลการบริการปฐมภูมิของผู้ให้บริการและผู้
ใช้บริการ

บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2540. การวิจัยการดำเนินงาน : การวิเคราะห์เชิงปริมาณทางธุรกิจ (Operation Research : Quantitative Business Analysis). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญและคณะ. 2542. “ 8 ปีศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยากับการให้บริการแบบเวชปฏิบัติครอบครัว”.พระนครศรีอยุธยา:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
- รัชชัย วรพงศธร. 2538 หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. 2529. หลักการและกระบวนการ การวิจัยประเมินผล. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์พระนคร.
- ประทุม เจริญผล. 2528. “การประเมินผลงานสาธารณสุข”. เอกสารสอนชุดวิชา การวางแผนงานสาธารณสุขหน่วยที่ 1 – 7. กรุงเทพฯ : ฝ่ายการพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2539. วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : เหมการพิมพ์.
- เพ็ญศรี สุโรจน์. 2529. การกำหนดนโยบาย การวางแผนพัฒนาสาธารณสุขและประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานครการพิมพ์.
- พันธ์ทิพย์ รามสูตร. 2540 “การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม” กรุงเทพฯ : พี. เอ. ลีฟวิ่ง.
- ขยุมท พงษ์สุภาพ. 2540. “สรุปผลการดำเนินงาน Primary Care ” กรุงเทพฯ : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (สำเนา)
- , 2541. การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว. กรุงเทพฯ : บริษัทพรีเมแมกกรุ๊ปจำกัด.

วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์ และคณะ. 2531. ความเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนต่อแบบฟอร์มระเบียบรายงานสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ. ม.ป.ท.

รวินนท์ สิริกนกวิไล. 2541. “กระบวนการวิจัยแบบAction Research” ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข, หน้า 45-47, รวินนท์ สิริกนกวิไล.บริษัทฟรีแมกกรุ๊ปจำกัด : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

รวินนท์ สิริกนกวิไล,ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. 2538. “ระบบสารสนเทศเพื่อการบริการแบบองค์รวม”. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 1(3), 11-20.

สิริชัย กาญจนาวาสี . 2537. ทฤษฎีการประเมิน. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภัตรา ศรีวณิชชากร. 2539. “สถานการณ์ของบริการสาธารณสุขระดับต้น/บริการด่านแรก”. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 4(4), 281-291.

วิจิตร คัดเทศสุทธิและคณะ. 2540. การดำเนินการวิจัยดำเนินงาน:Operation Research. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดดูเคชั่น.

ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม. 2535. ที่ระลึกพิธีเปิดศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครอยุธยา (ชุมชนวัดอินทาราม).

อาภรณ์ เชื้อประไพ. 2541. “การวิจัยเชิงปฏิบัติการ”. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (ตำนาน)

โครงการวิจัยอยุธยาและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2537. องค์รวมแห่งสาธารณสุข : ภูมิปัญญาจากการวิจัยระบบสาธารณสุข . กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์สวย .

- Anderson S. 1963. Operation Research in Public Health. Indian Journal of Public Health.
- Crozier M, Friedberg E. 1980. "Power as the basis of organized action", in Actors and System, The politics of collective action, University Of Chicago Press.
- De Brouwere V, Kegels G, Van Dormeal M, Van Lerberghe W. 1995. "Research Module", Antwerp Belgium : International Course in Health Development.
- John Fry, Nat Yuen . 1994 . "Principle and Practice of Primary Care and Family Medicine", Singapore : Tradespools Ltd., Frome, Somerset.
- Kulwradra Singha. 1993. "Participant-observation and indepth interview" Qualitative Methods for Population and Health Research , p.120-126. Bencha Yoddumnem-attig, et.al., Bangkok : the Institute for population and Social Research Mahidol University.
- Mercencier P. 1992. <A concept of health syatem research> in Commission of European Communication, DGXII, Life Sciences and Technologies for Developing Countries, Area 'health', Methodology and relevance of health system research, research report of the contrachtholders meeting, 8-19 April 1992. CIE, Paris, France
- Susman GI, Evered RD. 1978. "An Assessment of Scientific Merits of Action Research. Administrative" Science Quarterly.
- Van Dormeal M. 1995. Sociology , International Course in Helath Development, Antwerp.
- V. De Brouwere. et. al. 1996. "Research module". Antwerp Edinburrgh : International Course in Health Development.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

Good Care

คุณสมบัติของระบบบริการที่ได้รับการยอมรับว่า "ดี"

คุณสมบัติที่ว่า "ดี" ของระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขถูกถ่ายทอดออกมาจนเป็นที่รับรู้และยอมรับในโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข ณ ขณะนี้ เป็นลักษณะของ "ถ้อยคำ" (Terms) หรือ "คำพูด" (Key work) อยู่ 4 คำ คือ

- Equity ความเป็นธรรม, ความเสมอภาค
- Quality คุณภาพ
- Efficiency ประสิทธิภาพ
- Social accountability โปร่งใส สังคม (ชุมชน) รับรู้ และตรวจสอบได้

จากถ้อยคำเหล่านี้ เพื่อไม่ให้เกิดความคลุมเครือ (คลุมเครือน้อยลง) เราจะพยายามสร้างความเข้าใจในความหมายในทางปฏิบัติของทั้ง 4 คำนี้ให้ชัดเจน ดังต่อไปนี้

1 Equity ความเป็นธรรม, ความเสมอภาค

ในตัวความหมายของคำ "Equity" นั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แนวทาง (2 มิติ) ซึ่งเกือบจะมีความหมายที่ตรงกันข้าม ในบางส่วนของแต่ละมิติของความหมายของคำ ดังนี้

"Horizontal Equity" บางความหมายของมิตินี้ มองความเป็นธรรมหรือความเสมอภาคเป็นรายบุคคล โดยมองว่า ถ้ามีผู้หนึ่งผู้ใด (ผู้รับบริการ) ได้รับสิ่งหนึ่งสิ่งใด (ได้รับบริการ) จากผู้อื่น (ผู้ให้บริการ) ผู้รับจะต้องตอบแทน (ให้ค่าตอบแทน) ผู้ให้ในจำนวนหรือปริมาณที่เท่ากัน ไม่ว่าผู้รับผู้นั้นจะเป็นใครก็ตาม เมื่อได้รับผลประโยชน์จากการให้บริการจำเป็นต้องจ่ายเพื่อการบริการนั้น ๆ ในจำนวน (ราคา) ที่เท่ากัน ไม่ว่าผู้นั้นจะเป็นคนจนหรือคนรวย เช่น ป่วยมากก็จ่ายมาก หรือป่วยน้อยก็จ่ายน้อย ในราคาที่เท่ากันทุกคน

"Vertical Equity" บางความหมายของมิตินี้ มองความเป็นธรรมหรือความเสมอภาคว่าเป็นการกระจายภาระ (การจ่าย) หรือกระจายความเสี่ยง ซึ่งทุกคนมีความเป็นไปได้ที่จะโชคร้าย (เช่นป่วย) เมื่อป่วยจะได้อัตราภาระที่จะต้องแบกรับโดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่าย เพื่อให้ได้รับบริการที่จำเป็น และการจ่ายเงินเพื่อกระจายภาระ หรือกระจายความเสี่ยง (การจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ) ใครจ่ายมากหรือจ่ายน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะจ่ายได้ (ขึ้นอยู่กับรายได้ของผู้ป่วย) เช่น รายได้มากจ่ายมาก รายได้น้อยจ่ายน้อย

แม้ว่าบางครั้ง บาง (กลุ่ม) คน จะพยายามอธิบายความหมายของคำว่า "Equity" ไปในทิศทางที่ต่างกัน แต่สำหรับในเรื่องการได้รับบริการ เพื่อได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ (ที่ "เหมาะสม" และได้รับทุกครั้งเมื่อ "จำเป็น" ที่จะต้องได้) ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน (สิทธิมนุษยชน : Human right) โดยที่ไม่มีข้อยกเว้นว่าผู้นั้นจะเป็นใคร ดังนั้น ทุกคนจึงควร "เข้าถึง" บริการได้ (บริการในลักษณะเดียวกัน) ถือว่า การให้บริการทางด้านสาธารณสุขนั้น "ไม่ใช่" การแบ่งสถานะในสังคม เช่น ถึงแม้จะมีปัญหาสุขภาพเดียวกันแต่มี

การแบ่งแยกว่า สถานบริการหรือลักษณะการให้บริการอย่างนี้เพื่อเป็นกลุ่มหนึ่ง และสถานบริการหรือลักษณะการให้บริการอีกอย่าง เพื่อคนอีกกลุ่มหนึ่ง เป็นต้น

จากสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และจากการอภิปรายมาบ้างแล้วระดับหนึ่ง อาจให้ความหมายของคำว่า "Equity" "ความเป็นธรรมหรือความเสมอภาค" ณ ขณะนี้ในโครงการปฏิรูประบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขได้ว่า "ทุกคนมีความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการ และได้รับบริการที่เหมาะสม (คุณภาพดี : ดูเรื่องการให้บริการที่มีคุณภาพดี) ตามความจำเป็น (needs) ที่ผู้รับบริการผู้นั้นจำเป็นต้องได้" ความจำเป็น (needs) ในที่นี้เป็นที่เข้าใจกันว่าไม่รวมไปถึงความต้องการที่เกินความจำเป็น (Unjustifiable demand : จากมุมมอง ในแง่วิชาการที่คำนึงถึงปัญหาสุขภาพจากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ) อย่างไรก็ตาม ความหมายของความจำเป็นในขณะที่ผู้รับบริการ กำลังรับบริการนั้นมีมากกว่าการที่จะได้รับการบริการทางด้านวิชาการล้วน ๆ จากมุมมองของผู้ให้บริการเท่านั้น แต่จำเป็นที่จะต้องรวมไปถึงความเคารพต่อสิทธิผู้รับบริการที่จะได้ มีส่วนร่วมรับรู้และตัดสินใจต่อบริการนั้นๆ ที่ตนเองจะได้รับ

ในการจัดหาทรัพยากร (ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องประสิทธิภาพด้วย) โดยเฉพาะเรื่องเงิน (การจ่ายเงินของแต่ละคน) เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมนั้น ควรออกมาในลักษณะขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะจ่าย กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้มากควรจ่ายมาก และผู้ที่มีรายได้น้อย หรือเกือบจะไม่มีรายได้เลย ควรจ่ายน้อยหรือไม่ต้องจ่ายเลย จากหลักการนี้อาจเป็นการถ่ายเททรัพยากรซึ่งสามารถแสดงได้โดยนัยในลักษณะต่อไปนี้

- เป็นการกระจาย (ถ่ายเท) ทรัพยากร จากคนที่มีทรัพยากรมากกว่า (คนรวย) ไปสู่คนที่มียุทธยาน้อยกว่า หรือแทบจะไม่มีเลย (คนจน) โดยทรัพยากรที่ถ่ายเทเป็นทรัพยากรที่ใช้เพื่อสุขภาพของทุกคน (เนื่องจากผู้มีรายได้มากจ่ายมากกว่าผู้มีรายได้น้อย)
- เป็นการถ่ายเททรัพยากร (เงิน) จากคนที่ยังไม่จำเป็นต้องใช้ (ณ ปัจจุบัน) ไปสู่คนที่จำเป็นต้องใช้ในขณะนั้น (จากคนที่ไม่ป่วยหรือไม่มีปัญหาสุขภาพในขณะนั้น ไปสู่คนที่กำลังป่วย หรือคนที่กำลังมีปัญหาสุขภาพในขณะนั้น)

หลักการนี้ ถ้า(หลายคน) คน ที่เป็นผู้จ่ายเงินหรือผู้อยู่ในระบบเข้าใจ และได้มีการนำไปประยุกต์ใช้จริง จะนำสู่การมีประสพการณ์ของการเป็น "ผู้ให้" และ "ผู้รับ" เพื่อสุขภาพของทุกคน ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความรู้สึก หรือความสำนึกที่ว่าทุกคนในชุมชน (สังคม) สามารถช่วยกันเองได้ และนำไปสู่การพัฒนาไปเป็นความรักสามัคคี (Solidarity)

2 Quality : คุณภาพ

การที่จะกล่าวว่า การให้บริการมีคุณภาพดีได้นั้น ควรเป็นบริการที่มีประสิทธิผล (effective) หมายถึง บริการนั้น สามารถทำให้เกิดผลในทางที่ดีที่สุดต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นอยู่จริงในขณะนั้น และปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ซึ่งควรมีคุณลักษณะหรือคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1) Holistic care (การดูแลอย่างองค์รวม) : ผู้ที่มาใช้บริการจะไม่ถูกมองเป็นเพียง แค่คนไข้ หรือผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่จะมองรวมไปถึงความกลัว ความกังวลใจ หรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้น (psychological aspect) กับคนไข้ และต้องการ empathic approach (การเข้าใจผู้อื่น) ที่จะเข้าใจคนไข้ทั้งในแง่ sociocultural และ socioeconomic เพื่อประโยชน์ในสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในลักษณะมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (mutual understanding) ทำความเห็นให้ตรงกัน (mutual agreement) มีการตัดสินใจร่วมกัน (mutual decision) และนำการตัดสินใจนั้นไปประยุกต์ใช้ (decision implementing) ส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self-reliance) ของคนไข้หรือผู้รับบริการ

2) Continuous care (การดูแลอย่างต่อเนื่อง) การดูแลผู้รับบริการหรือผู้ที่อยู่ใน ความรับผิดชอบของสถานบริการ ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหสุขภาพจนกระทั่งปัญหานั้นสิ้นสุด หรือในทางอุดมคติคือ ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตายซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดระบบเพื่อให้เกิดการติดตามได้อย่างต่อเนื่อง จากการเริ่มต้นให้การดูแลครั้งแรก จนกระทั่งปัญหาทางด้านสุขภาพนั้น ๆ สิ้นสุดลง (ทั้งใน ระดับรายบุคคลและระดับครอบครัว) การที่จะเกิดความต่อเนื่องได้นั้น ต้องขอบคุณ Holistic Care การเริ่มต้นด้วย empathic approach จะช่วยทำให้ผู้รับบริการยอมรับ ที่จะมาติดตามผล ถึงแม้ในการให้บริการบางอย่างซึ่งอาจไม่ตอบสนองสิ่งที่คนไข้อยากได้ (initial demand) หรือสิ่งที่คนไข้ต้องการในขณะนั้นได้ทั้งหมด การที่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิด Empathic Relationship และจะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการแบบ Holistic Care ได้ในที่สุด ซึ่งช่วยเพิ่มหลักประกันในการที่จะทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3) Integrated care (การดูแลอย่างผสมผสาน) ประกอบไปด้วย การให้บริการทั้ง ในด้านการรักษา (Curative) ป้องกันโรค (Preventive) และส่งเสริมสุขภาพ (Promotive) การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รวมไปถึง การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ หรือผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ สามารถดำเนินการควบคุม หรือพร้อมกับการรักษาโรค ถ้าสถานบริการให้การดูแลในเรื่องการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) จะช่วยทำให้เกิดศรัทธา และความเชื่อมั่นมากขึ้น (การรักษาโรคเป็นตัวอย่าง ที่ชัดที่สุดของสิ่งที่ชุมชนอยากได้ตรงกับสิ่งที่บุคลากรหรือระบบคิดว่าชุมชนจำเป็นต้องได้) ส่งผลให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และให้ความรู้มีประสิทธิภาพตามมา (เนื่องจากเกิดศรัทธา) อย่างไรก็ตาม การดูแลอย่างผสมผสาน มีส่วนเชื่อมโยงกับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการดูแลอย่างองค์รวมเป็นอย่างสูง ทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องและ การดูแลอย่างองค์รวมจะช่วยให้เกิดความชัดเจนระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้นว่าลักษณะการให้บริการ หรือ การดูแลที่เหมาะสม ในขณะนั้นคืออะไร (รักษาโรค, ป้องกันโรค, ส่งเสริมสุขภาพ) กับบุคคลครอบครัว หรือแม้กระทั่งชุมชนนั้น

คุณลักษณะทั้ง 3 ประการ จะส่งเสริมถึงกันและกัน หากขาดประการใดประการหนึ่ง จะทำให้ส่วนที่เหลือขาดประสิทธิภาพในตัวเองลงไปทันที

ในโครงสร้างของระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขอาจจะสามารถแบ่งการให้บริการในระบบออกเป็น 2 ระดับ คือ สถานบริการหรือหน่วยบริการด่านแรก (primary care) และสถานบริการหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (secondary and tertiary care) ซึ่งในแต่ละระดับของการให้บริการควรมี

คุณสมบัติที่เหมือนหรือใกล้เคียงกันโดยที่คุณภาพในแต่ละระดับมีคุณลักษณะตามความจำเพาะของแต่ละระดับ ดังนี้

1. สถานบริการด้านแรก (primary care) ถือเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด (เมื่อเทียบกับสถานบริการที่รับการส่งต่อ) จึงเป็นสถานบริการที่มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนสูงสุด ดังนั้นในแง่โครงสร้างสถานบริการด้านแรก จึงมีโอกาสรับรู้ เรียนรู้ และเข้าใจชีวิตในชุมชนมากที่สุด (ทำให้เป็นไปได้ที่จะวินิจฉัยชุมชนได้ทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ) ดังนั้นสถานบริการด้านแรกจึงเป็นสถานบริการที่มีความเป็นไปได้สูงสุดในระบบที่จะรับรู้ และเข้าใจปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างร่างกาย จิตใจ และสังคม ในทางอุดมคติผู้ให้บริการในสถานบริการด้านแรกจึงมีความเป็นไปได้ที่จะเป็นหมอที่สามารถรู้จักโรค (diseases) รู้วิธีการรักษาโรค รู้วิธีป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนเรียนรู้ทุกข์ (suffering) ซึ่งอาจมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรค หรือบางครั้ง อาจไม่มีส่วนสัมพันธ์กับโรค แต่ยังคงมีส่วนสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ (health problems) จากการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (ถ้ามีความตั้งใจมากพอที่จะเรียนรู้) จากชีวิตจริงในชุมชน นอกจากวินิจฉัยชุมชนได้แล้ว จะทำให้รู้จักชีวิต และเข้าใจชีวิตคนมากขึ้น (จากการที่ได้ดูแลได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่การเริ่มต้นของปัญหาสุขภาพจนกระทั่งปัญหาสุขภาพนั้น ๆ สิ้นสุดลง หรือบางครั้งตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย) ดังนั้นในที่สุดมีความจำเป็นไปได้ที่หมอนั้นสามารถเป็นไปได้อย่างทั้งหมอรักษาโรคและนักปรัชญาที่จะเข้าใจชีวิตคน (doctor as well as philosopher)

ดังนั้น สถานบริการด้านแรกจึงถือเป็นศูนย์กลาง ที่สำคัญของระบบบริการที่จะทำให้เกิด empathic approach (การเข้าใจผู้รับบริการ) ที่จะเข้าใจผู้รับบริการทั้งในแง่ sociocultural และ socioeconomic ซึ่งจะทำให้ผู้ที่มารับบริการจะไม่ถูกมองเพียงส่วนที่เป็นโรคของคนไข้ หรือผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่จะได้รับความเข้าใจและเอาใจใส่ ทั้งในเรื่อง ความเชื่อ ความกังวล ความกลัว ตลอดจนข้อสงสัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Psychological aspect) ซึ่งต้องอาศัยความรู้ในทุกแง่มุมเกี่ยวกับตัวผู้รับบริการ

2. สถานบริการที่รับการส่งต่อ (secondary or tertiary care) และส่งกลับเมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการที่สถานบริการที่รับการส่งต่อ โดยธรรมชาติของโครงสร้างของโรงพยาบาลไม่เหมาะที่จะเป็น Primary care (สถานบริการด้านแรก) ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

- โรงพยาบาลมีโครงสร้างที่ใหญ่เกินไปสำหรับเจ้าหน้าที่และสมาชิกในชุมชนที่จะรู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน โอกาสที่จะทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจึงเกิดขึ้นไม่มากนัก ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของการที่จะให้บริการอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม

- เนื่องจากโครงสร้างใหญ่และผู้ให้บริการมีมากเมื่อต้องให้บริการทางด้าน primary care จึงจำเป็นต้องแบ่งทีมของโรงพยาบาลออกเป็นทีมที่ให้บริการทางด้านรักษาโรค (curative care) และทางด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค (preventive and promotive care) ออกเป็นคนละทีม ทำให้เกิดการแยกส่วนของการให้บริการมีผลต่อคุณภาพของการให้บริการที่จะให้บริการอย่างผสมผสาน (Integrated care) ในแต่ละครั้งของการมารับบริการ

- ความซับซ้อนของการจัดองค์กรในโรงพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี ทางด้านการแพทย์หลายอย่างจึงเป็นการยากมากที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วม ในการบริหารจัดการโรงพยาบาล ดังนั้นจึงไม่เหมาะที่จะเป็นสถานบริการด้านแรกซึ่งถือเป็นจุดที่มีปฏิสัมพันธ์ (point of interaction) ระหว่าง ระบบบริการ กับชุมชน

- การที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะต้องแบกรับภาระที่จะต้องให้การดูแลคนไข้ในลักษณะ primary care ทำให้ต้องมาเสียเวลาในการดูแลคนไข้ที่ไม่ตรงกับคุณลักษณะจำเพาะของโรงพยาบาล ซึ่งเน้นการให้บริการในลักษณะอาศัยความรู้ทางการแพทย์เชิงเทคโนโลยี มากกว่าความรู้ทางการแพทย์เชิงสังคม ทำให้เสียโอกาสในการพัฒนาศักยภาพตามคุณลักษณะจำเพาะของโรงพยาบาลเอง

- การให้บริการทางด้าน primary care ในโรงพยาบาล อาจมีส่วนทำให้ความน่าเชื่อถือของสถานด้านแรกลดลง (โดยเฉพาะในกรณีของประเทศไทย อาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของสถานเอนามียมากกว่าคลินิกเอกชน)

ดังนั้นโครงสร้างในลักษณะโรงพยาบาลจึงมีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งในการที่จะเป็นสถานบริการที่รับการส่งต่อ (secondary or Tertiary care) ซึ่งถือเป็นศูนย์กลางทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและความเป็นเลิศทางวิชาการในการใช้ทักษะ และความรู้ทางการแพทย์เชิงเทคโนโลยีเหล่านี้

3 Efficiency : ประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพ (efficiency) ไม่ใช่แนวคิดที่จะสามารถให้ความหมายได้ง่ายนักเพราะว่าสามารถให้ความหมายได้ในหลายแง่มุมมาก แต่อย่างไรก็ตามความหมายในทุกแง่มุม จะมีสิ่งที่ร่วมกันอยู่ คือ "การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม (optimal use of resource)" หรือ "การลงทุนให้น้อยที่สุดแต่ได้ประสิทธิผลสูงสุด (minimising of cost)" การลงทุน (cost) จะไม่ได้คำนึงถึงเฉพาะในรูปของเงินเท่านั้น แต่คำนึงถึงการลงทุนในรูปอื่น ๆ ด้วย เช่น การใช้ความพยายาม การใช้เวลา เป็นต้น หรืออาจจะกล่าวได้ว่านอกจาก คำนึงถึงเรื่องเงินแล้วจำเป็นต้องคำนึงถึงการใช้จ่ายทรัพยากรด้านอื่น ๆ ด้วย ตลอดจนการใช้จ่ายทรัพยากรมนุษย์

ประสิทธิภาพอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. Allocative efficiency หมายถึง "ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร" เมื่อจัดสรร "ทรัพยากร" ไปสู่องค์กร หน่วยงาน สถานบริการ หรือบุคคลใด เมื่อเกิดการใช้จ่ายทรัพยากรนั้น จะทำให้ผลที่ได้รับกลับมามีค่าสูงสุด (ถ้าจัดสรรไปสู่โครงสร้างที่เหมาะสม) ซึ่งจำเป็นต้องตรงกับวัตถุประสงค์ของการใช้ "ทรัพยากร" นั้น ๆ ด้วย

2. Technical efficiency หมายถึง "ประสิทธิภาพในการดำเนินการ" เพื่อการนำทรัพยากรนั้นไปใช้คุ้มค่ามากที่สุด (minimising cost) โดยพยายามใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมที่สุดในทุกชนิดและทุกระดับของการให้บริการ

การที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพหรือไม่ทั้ง Allocative และ Technical efficiency มักจะเกิดขึ้นร่วมกัน

4 Social Accountability : การทำให้เกิดความโปร่งใส สังคมรับรู้ และสามารถตรวจสอบได้

ในทางอุดมคติหรือในแนวเชิงปรัชญา การให้บริการทางด้านสาธารณสุข ต้องการปลดปล่อยให้ประชาชนเป็นอิสระทางด้านสุขภาพ (Freedom of health) หมายถึง ปราศจากโรค (ปัญหาสุขภาพ) และสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพทั้งปวง แต่การทำให้บรรลุจุดหมายปลายทางนี้ไม่ได้หมายความว่า จะต้องทำให้ประชาชนขึ้นตรงต่อผู้ให้บริการหรือสถานบริการ หมายถึง ประชาชนหรือชุมชน มีความจำเป็นที่จะมีส่วนในการควบคุม ผู้ให้บริการหรือสถานบริการที่มีหน้าที่ ช่วยเหลือและให้การดูแลทางด้านสุขภาพ แก่ประชาชนหรือชุมชนด้วยเหมือนกัน

ดังนั้นผู้ที่เป็นผู้ให้บริการหรือสถานบริการ จำเป็นต้องมีความโปร่งใสพอที่จะให้ประชาชนหรือชุมชนรับรู้และตรวจสอบ อาจกล่าวได้ว่าการให้บริการควรให้บริการ โดยอยู่บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน (dialogue) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และ/หรือ ระหว่างระบบบริการกับสังคมหรือชุมชน โดยพยายามที่จะไม่ให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องขึ้นอยู่ฝ่ายหนึ่งเพียงอย่างเดียว โดยปกติเป็นการยากที่จะบอกว่าเป็นสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะสามารถเกิดขึ้นเองโดยทั่วไป โดยเฉพาะผู้รับบริการในปัจจุบันขาดความเป็นตัวของตัวเอง (อาจเพราะได้รับข้อมูลไม่พอ) การให้บริการจึงขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ให้บริการอาจเป็นทั้งผู้ตอบสนองและผู้กำหนดตามต้องการ (demand) ของผู้รับบริการ

ภาคผนวก 2

TERMINOLOGY

Basic Terms in the Basic Principle of Health Care Project

Equity

Vertical equity

according to ability to pay

Horizontal equity

according to resource used

Solidarity

Mandatory solidarity

Consciousness of solidarity

Efficiency

Cost-effectiveness

Technical efficiency

Allocated efficiency

Efficacy

Cost-benefit

Cost-containment

Opportunity cost, Social cost

Quality

Holistic

empathic relationship

empathy

sympathetic relationship

sympathy

compassion

Continuous care

episode

intra-episode

inter-episode

whole-life

Integrated care

Effective care

Social Accountability

Empowerment

Independent

Choice

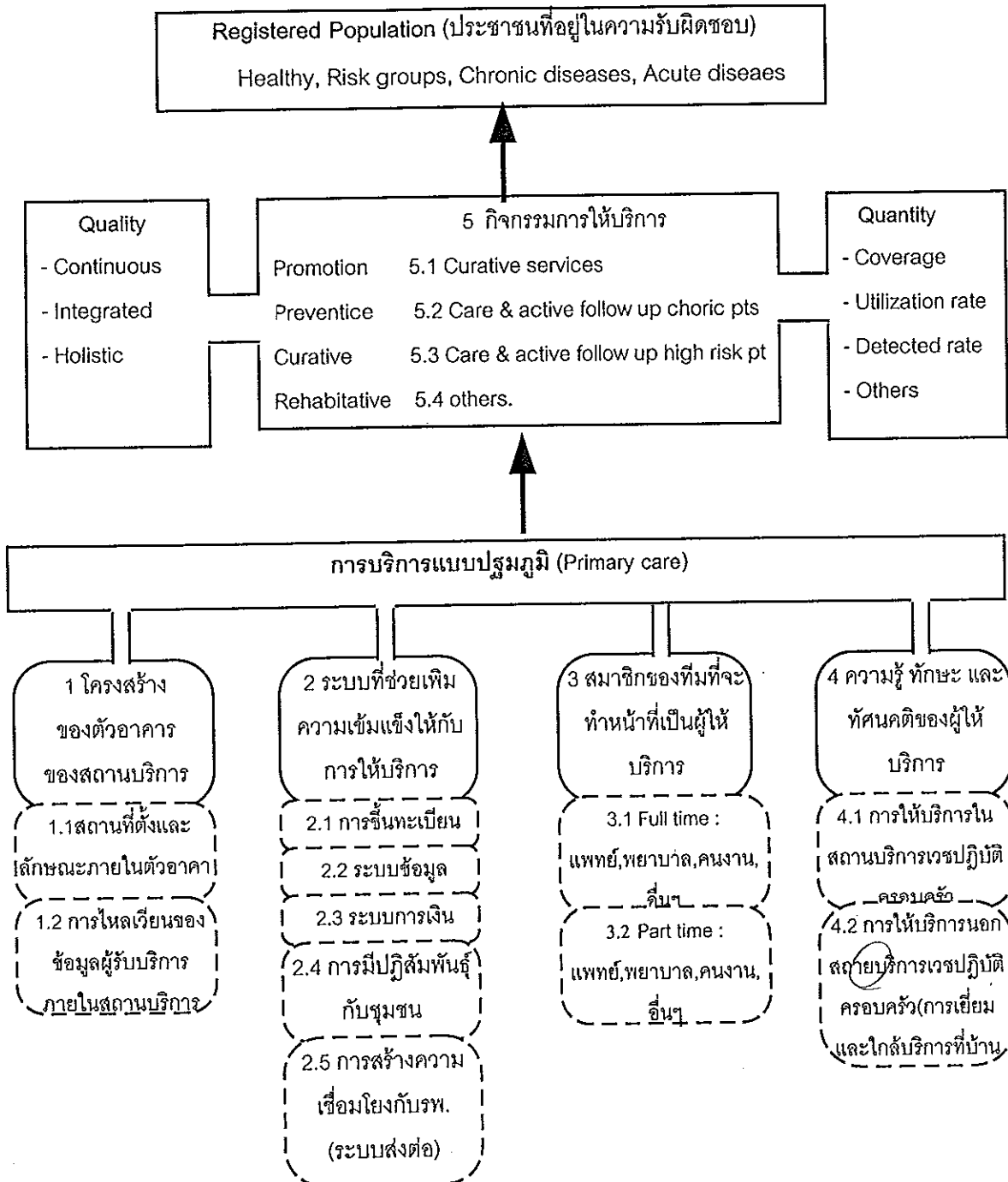
Participation

Self-reliance

Self-care

ภาคผนวก 3

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในการดำเนินงาน Primary Care



แผนภาพที่ 7 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีความเป็นไปได้ในการพัฒนา

ภาคผนวก 4

คู่มือและแฟ้มต่างๆ

ขั้นตอนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยของศูนย์แพทย์ชุมชน
จากผู้ป่วยที่มาใช้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชน เราจะแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. คลินิกป่วย
2. คลินิกพิเศษ แบ่งเป็น 1) โรคเรื้อรัง
2) ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

การจำแนกผู้ป่วย สามารถกระทำได้จาก

1. การซักประวัติของพยาบาล เช่น WBC, FP
2. การตรวจร่างกายของแพทย์ เช่น DM, HT, TB, Heart ฯลฯ

รูปแบบในการทำบัตร ของผู้ป่วยจำแนกตามคลินิก

1. คลินิกป่วย
 - ในเขต ทำ PF + PT + FF ถ้าอายุ < 5 ปี ทำ OC ด้วย
 - นอกเขต ทำ PF + PT
2. ANC
 - ในเขต ทำ PF + PB + OC + SC + FF
 - นอกเขต ทำ PF + PB
3. WBC
 - ในเขต ทำ PF + OC + SC + FF + PB ของ ANC
 - นอกเขต ทำ PF + PB ของ ANC
4. FP ทำ PT + PF + OC
5. คลินิกโรคเรื้อรัง
 - ในเขต ทำ PF + PB + OC + SC + FF
 - นอกเขต ทำ PF + PT

PF = Prescription form

PB = Personal book

FF = Family File

OC = Operational Card

PT = Personal Ticket

AC = Appointment Card

SC = Synthesis Card

สำหรับผู้รับบริการ WBC.

ผู้ป่วยในเขตบริการ

รายใหม่

1. ทำบัตรประจำตัวผู้มารับบริการ + ใบสั่งยา (PF)
2. คั่น FF

3. ลงทะเบียนเด็กในสมุดทะเบียน WBC และบันทึกวัคซีนที่เด็กได้รับไปแล้วในช่องประเภทวัคซีน
4. ชักประวัติการรับวัคซีน ประวัติทั่วไป และบันทึกใน OC-WBC พร้อมทั้งใส่เขต/ชนิดของ OC-WBC ใน OC-WBC และในช่องมี OC-SC หรือไม่ใน FF
5. ชักถามอาการเด็กว่า สบายดีหรือไม่ เพื่อพิจารณาการให้หรืองดให้วัคซีน ถ้าเด็กสบายดี ให้พยาบาลดำเนินการให้วัคซีนได้เลย ถ้าเด็กไม่สบายให้เข้าไปให้แพทย์ตรวจร่างกายก่อน
6. ถ้าอาการเด็กสบายดี ไม่มีไข้ ให้ชั่งน้ำหนักเด็ก วัดความยาวหรือส่วนสูง วัดรอบศีรษะ รอบอกและตรวจพัฒนาการ
7. บันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากข้อ 6 ลงในสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก และใน OC-WBC พร้อมแปลผลให้ผู้ปกครองเด็กฟังและให้ศึกษาตามสิ่งที่พบว่ามีผิดปกติ หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการรับวัคซีน เช่น อาการไข้ การเช็ดตัวลดไข้ การให้อาหารเสริม การพาเด็กมารับวัคซีนครั้งต่อไปเมื่อใด และรับวัคซีนอะไร
8. ให้บริการฉีด หยอดวัคซีน ตามชนิดวัคซีนและช่วงอายุของผู้รับบริการ ลง วดป.ที่ฉีดเขียนวันนัด และประเภทวัคซีนที่จะฉีดหรือหยอดครั้งต่อไปใน ช่องเดือนที่นัด และให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อในใบสั่งยา
9. เก็บ OC-WBC ไว้ใน FF เพื่อสะดวกในการใช้ ในกรณีเด็กมารับบริการด้วยโรคเฉียบพลันอื่นๆ

รายเก่า

1. ทำใบสั่งยาประกอบกับบัตรประจำตัวผู้รับบริการที่ญาตินำมายื่น (ถ้าไม่ได้นำบัตรมา ให้ดูประวัติจากสมุดสีชมพู หรือทำบัตร + ใบสั่งยา ให้ใหม่ ซึ่งสามารถทำได้ทั้ง 2 กรณี) และซักถามอาการเพื่อพิจารณาว่าจะรับวัคซีนได้หรือไม่ ถ้าไม่แน่ใจ (กรณีเด็กไม่สบายด้วย) ให้เข้าพบแพทย์ก่อน
2. คำน FF เพื่อนำเอา OC-WBC ออกมาบันทึกกิจกรรมที่ทำให้ในครั้งนี้
3. ถ้าพิจารณาแล้วเด็กรับวัคซีนได้ให้พาเด็กมาชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ รอบอก ตรวจพัฒนาการ และบันทึกในสมุดสีชมพู และ OC-WBC ให้สมบูรณ์ อธิบายการฉีดวัคซีนครั้งนี้ แก่และนัดครั้งต่อไป ในสมุดสีชมพู และย้ำให้ผู้ปกครองได้เห็นหรือได้ยินจะทำให้จำได้ และพาเด็กมาตามนัด รวมทั้งให้ศึกษาตามสภาพความต้องการของผู้รับบริการ
4. ดำเนินการฉีดหรือหยอดวัคซีน บันทึกวดป.ที่ฉีด และวันนัดและประเภทของวัคซีนที่นัดครั้งต่อไป ให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อในใบสั่งยาหลังจากฉีดให้บริการเสร็จสิ้น
5. เก็บ OC-WBC ใน FF เหมือนเดิม

ผู้ป่วยในเขตบริการ

รายใหม่

1. ทำบัตรประจำตัวผู้มารับบริการ + ใบสั่งยา (PF)
2. ชักประวัติการรับวัคซีน พร้อมตรวจสอบดูในสมุดสีชมพูว่าตรวจกันหรือไม่ และได้รับวัคซีนอะไรมาแล้วบ้าง และซักถามอาการเจ็บป่วยของเด็กที่เป็นอุปสรรคต่อการรับวัคซีนว่ามีหรือไม่ ถ้ามี

หลังจากซึ่งน้ำหนักแล้วให้พาเด็กเข้าพบแพทย์ ตรวจร่างกายเด็กก่อน ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ
พยาบาลสามารถให้วัคซีนได้เลย

3. ให้ซึ่งน้ำหนักเด็ก วัดความยาวหรือส่วนสูง วัดรอบศีรษะ รอบอก ตรวจพัฒนาการและบันทึกรายละเอียดในสมุดสีชมพูให้สมบูรณ์ ให้สุศึกษาแก่ผู้ปกครอง
4. ให้บริการฉีด หยอดวัคซีน ตามชนิดวัคซีนและช่วงอายุของผู้รับบริการ ลง วคป. ที่ขีดเขียนวันนัด และประเภทวัคซีนที่จะฉีดหรือหยอดครั้งต่อไปใน ช่องเดือนที่นัด และให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อในใบสั่งยา เมื่อเสร็จสิ้นการบริการ

รายเก่า

1. ทำใบสั่งยาประกอบกับบัตรประจำตัวผู้รับบริการที่ญาตินำมายื่น
2. ชักถามอาการเด็กว่าพร้อมที่จะรับวัคซีนหรือไม่ ถ้าเด็กไม่สบายให้เข้าพบแพทย์ เพื่อตรวจร่างกายก่อน ถ้าเด็กอาการสบายดีพยาบาลให้วัคซีนได้เลย
3. ถ้าพิจารณาแล้วเด็กรับวัคซีนได้ให้พาเด็กมาซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ รอบอก ตรวจพัฒนาการ และบันทึกในสมุดสีชมพู แปลผลสิ่งที่บันทึกให้ผู้ปกครองทราบและให้สุศึกษาผู้ปกครอง
4. ดำเนินการฉีดหรือหยอดวัคซีน บันทึกวคป. ที่ขีดวัคซีน และเขียนวันนัดและประเภทของวัคซีนที่นัดครั้งต่อไป ให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อในใบสั่งยาหลังจากฉีดให้บริการเสร็จสิ้นการ บริการ

สำหรับการบริการวางแผนครอบครัว

รายใหม่

พยาบาล : - ทำบัตรประจำตัวผู้รับบริการและเขียนใบสั่งยา

- คำน FF กรณีที่เป็นคนในเขต
- ตรวจปัสสาวะ ดู Protein และ sugar บันทึกในใบสั่งยา
- ซึ่งน้ำหนัก
- วัดความดันโลหิต
- ส่งผู้รับบริการเข้าพบแพทย์ พร้อมผลการตรวจ/วัดต่างๆ

แพทย์ - ตรวจร่างกายและซักประวัติ เพื่อพิจารณาให้บริการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีที่เหมาะสม

- ส่งผู้รับบริการพบพยาบาล

พยาบาล - ลงทะเบียนในสมุดผู้รับบริการ FP

- บันทึกเลข OC-FP ในแฟ้มอนามัยครอบครัว กรณีคนในเขต
- ซักประวัติ/บันทึกประวัติและผลการตรวจร่างกาย ในบัตรประจำตัวผู้รับบริการ OC-FP
- ให้บริการวางแผนครอบครัว ตามคำสั่งแพทย์
- กรณียาเม็ดคุมกำเนิด ให้ 1 แผง
- ให้คำแนะนำและนัดหมายการมารับบริการครั้งต่อไป
- บันทึกการนัดในบัตรนัดและ OC โดย

ยาเม็ด น้ด 28 วัน

ยาฉีด น้ด 84 วัน (12 สัปดาห์)

- เก็บ OC-FP

ของผู้รับบริการในเขต เก็บเข้า Dairy Box แยกตามวันน้ด

ของผู้รับบริการนอกเขต เก็บเข้ากล่อง OC ของ FP

รายเก่า

พยาบาล - เขียนใบสั่งยาและค้ด OC FP

- ให้บริการวางแผนครอบครัวชนิดเต็ม (ยาเม็ดจ่าย 3 แผง)
- บันทึกการให้บริการใน OC FP + บันทึกวันน้ดครั้งต่อไป
- ให้คำแนะนำปรึกษาและน้ดหมาย โดยน้ด 84 วัน ทั้งยาเม็ดและยาฉีด
- เก็บ OC เช่นเดียวกับรายใหม่

สำหรับโรคเบาหวาน

รายใหม่

พยาบาล

- ช้้นทะเบียนคนไข้ไว้ในรายชื่อทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน
- เบิกสมุดประจำตัวผู้ป่วย และกรอกสวนทั้งหมดของ Administrative part และกรอกสวนที่เหลือของ OC, SC ที่คนไข้ให้นำออกมาหลังจากพบแพทย์ และกรอกรายละเอียดบางส่วนใน Clinical part ถ้าสามารถค้ดพบข้อมูลที่สามารถลง OC
- ให้ความมั่นใจกับคนไข้ในระบบการให้บริการและทราบว่าจะได้รับคำแนะนำอย่างไร เมื่อต้องการ
- อธิบายเกี่ยวกับ สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ให้คนไข้เก็บไว้ และอธิบายว่า อะไรคือเนื้อหาภายใน
- วัดความดันโลหิต
- เจาะเลือดเพื่อใช้เป็ยข้อมูลพื้นฐานช้้นกับ Order ของแพทย์ เช่น BUN , Creatinine
- ให้ความมั่นใจกับคนไข้ในระบบการให้บริการ และทราบว่าจะได้รับคำแนะนำอย่างไรเมื่อต้องการ
- อธิบายเกี่ยวกับ สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ให้คนไข้เก็บไว้ และอธิบายว่า อะไรคือเนื้อหาภายใน
- อธิบายง่าย ๆ สั้นๆ เกี่ยวกับหน้าที่ของพยาบาล เช่น ถ้าผิคน้ดจะส่งจดหมายตามหรือไปเยี่ยมบ้าน
- วัดความดันโลหิต
- เจาะเลือดเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานช้้นกับ Order ของแพทย์ เช่น BUN, Creatinine
- หลังจากพบแพทย์แล้ว มาพบพยาบาลอีกครั้ง เพื่อรับยา และพยาบาลควรจะเตรียมยาตามใบสั่งยา ให้คำอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของยา
- ตรวจสอบดูวันน้ดใน OC และสมุดประจำตัวผู้ป่วย ถ้าถูกต้องให้สมุดประจำตัวผู้ป่วยให้คนไข้เป็นผู้เก็บและบอกวันน้ดในสมุด แนะนำให้จองเวลาในการมาติดตามครั้งต่อไป

- เก็บ OC ไว้ใน Daily box

แพทย์

- ซักถามประวัติคนไข้และค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน เช่น อาหาร, กรรมพันธุ์
- อธิบายถึงความหมายของโรคเบาหวานตามความเหมาะสมและพยายามแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยเฉพาะในสิ่งที่คนไข้หวาดกลัว
- แนะนำพฤติกรรมบางอย่างที่มีผลต่อโรคเบาหวาน เช่น งดดื่มสุรา, งดสูบบุหรี่, คุมอาหาร
- ชั่งน้ำหนักคนไข้ (เครื่องชั่งน้ำหนักอยู่ในห้องตรวจ) ลงผลใน OC
- ตรวจร่างกายทั้งหมด
- ประเมินสภาพของโรคเบาหวาน ให้คำแนะนำในเรื่องอาหาร บันทึกสิ่งตรวจพบลงใน OC, Personal book, และ SC ในบางกรณี (ดู Ins ใน SC)
- นัดครั้งต่อไป (การนัดเร็วและสม่ำเสมอ อาจจำเป็นในระยะแรก จนกระทั่งคนไข้เข้าใจเรื่องเบาหวาน และการควบคุมอาหารได้ดี)

คู่มือการใช้บัตรและทะเบียนของศูนย์แพทย์ชุมชนหรือสถานบริการเวชปฏิบัติ

① บัตรประจำตัวผู้รับบริการ (Personal Ticket = PT)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วม และตระหนักในการดูแล สุขภาพของตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการเก็บข้อมูลไว้เอง (ดังนั้น การบันทึกข้อมูลจึงให้ความสำคัญกับการที่จะสามารถทำให้ผู้รับบริการสามารถอ่าน ทำความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการใช้ระบบข้อมูลนี้ด้วย)
2. เพื่อส่งเสริมการมารับบริการและมีข้อมูลอย่างต่อเนื่องภายในปัญหาสุขภาพ (Episode) นั้นๆ ของผู้รับบริการ ในระหว่างที่มีปัญหาสุขภาพนั้นๆ
3. ใช้เป็นบัตรบันทึก การตรวจ การรักษา การนัด หรือการให้บริการอื่นๆ ในกรณีที่ผู้รับบริการ ไม่ได้มารับบริการในคลินิกพิเศษ

ลักษณะบัตร

กระดาษปอนด์สีขาวขนาด 50 gms, กว้าง 12 cms, ยาว 18 cms, พิมพ์ 2 หน้า ออกแบบให้หลายส่วนมีขนาดและตำแหน่งตรงกับใบสั่งยา เพื่อไม่ต้องบันทึกซ้ำซ้อน โดยใช้กระดาษอัดสำเนาขึ้นกลางระหว่างบัตรนี้กับใบสั่งยา (บัตรนี้อยู่ด้านหน้าและใบสั่งยาอยู่ด้านหลัง)

วันที่ _____ OC: <input type="checkbox"/> 1 DM <input type="checkbox"/> 2 TB <input type="checkbox"/> 3 HT <input type="checkbox"/> 4 ANC <input type="checkbox"/> 5 WDC <input type="checkbox"/> 6 FP <input type="checkbox"/> 7 อื่นๆ	• ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลระยอง •											
ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ อีเมล _____	ศูนย์แพทย์ชุมชน											
ที่อยู่ <input type="checkbox"/> นอกเขต <input type="checkbox"/> ในเขต _____	แบบลงทะเบียน											
อาการนำ _____												
ปัญหา(ตจ) _____ กลุ่มโรค _____												
<input type="checkbox"/> จัดประวัติ รว. 506												
ปี 25 _____ เดือน _____ วันที่ _____												
การตรวจ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
อาการอื่นที่ควรทราบ												
	(ฉบับย่อ)											
	ปี 25 _____	เดือน _____	วันที่ _____									
	บันทึกอื่นๆ											

การใช้ / การบันทึก

1. ออกบัตรให้ใหม่เฉพาะในกรณีที่การมารับบริการครั้งนั้นเป็นการรับบริการที่เป็น Episode ใหม่ (ครั้งแรกของ Episode นั้น)
2. ถ้าเป็น Episode เก่า และผู้รับบริการนำบัตรมาด้วยให้ใช้บัตรเดิม
3. กรณีที่เป็น Episode เก่าและผู้รับบริการไม่ได้นำบัตรมาด้วย ให้ออกบัตรให้ใหม่ และเตือนผู้รับบริการถึงความสำคัญของบัตรใบนี้ (บัตรทุกใบที่มีถ้ายังไม่สูญหายสามารถแนบรวมกันเอาไว้ได้โดยเก็บไว้ที่ผู้รับบริการ)

✍ การบันทึกข้อมูลในส่วนบนของบัตร เป็นประวัติส่วนตัวของผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการเป็นสมาชิกของสถานบริการแห่งนั้น ข้อมูลนี้จะได้จากแฟ้มอนามัยครอบครัว (ในที่นี้รวมถึงสิทธิพิเศษทางด้านการเงินในการรับบริการดังที่แสดงความหมายไว้ใน code สิทธิทางด้านการเงินโดยบันทึกเป็นลักษณะขีดทแยง code ตัวเลขในกรอบสี่เหลี่ยมมุมขวาล่าง) รวมทั้งให้ดูข้อมูลจากบัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญ ถ้ามีประวัติแพ้ยาให้บันทึกด้วยปากกาหมึกแดงลงบนส่วนเหนือสุดของบัตรประจำตัวผู้รับบริการทันที หลังจากนั้นจึงจะยืนยันว่าข้อมูลที่ได้จากแฟ้มอนามัยครอบครัวและบัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญนั้นถูกต้องหรือไม่ด้วยการซักถามจากผู้รับบริการ ญาติ หรือผู้ที่ติดตามมาด้วยกับ ผู้รับบริการ ส่วนกรณีที่ผู้รับบริการไม่ใช่สมาชิกของสถานบริการแห่งนั้น ข้อมูลนี้จะได้จากการซักถามผู้รับบริการ ญาติ หรือผู้ที่ติดตามมาด้วยกับผู้รับบริการ หรือได้จากบัตรเก่า (ถ้ามี)

การบันทึกในส่วนที่อยู่ให้กากบาทในช่องในเขต นอกเขตและระบุที่อยู่ให้ชัดเจนด้วย

ในเขต ในที่นี้หมายถึง ผู้รับบริการเป็นสมาชิกของสถานบริการ

นอกเขต ในที่นี้หมายถึง ผู้รับบริการที่ไม่เป็นสมาชิกของสถานบริการ

Code สิทธิทางด้านการเงิน

- | | |
|---|---------------------------|
| 0 = ไม่มีสิทธิพิเศษใด ๆ (แต่อาจจะเกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างสถานบริการกับชุมชน เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชนพระนครศรีอยุธยาใช้ระบบ Flat rate เป็นต้น) | 4 = เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี |
| 1 = ผู้มีรายได้น้อย (ผู้ถือบัตรสงเคราะห์) | 5 = อาสาสมัครสาธารณสุข |
| 2 = ผู้มีรายได้น้อยแต่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ | 6 = ทหารผ่านศึก |
| 3 = ผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) | 7 = พระ นักบวช |
| | 8 = ประกันสังคม |
| | 9 = ข้าราชการ |

หมายเหตุ กรณีของศูนย์แพทย์ชุมชนหรือสถานบริการเวชปฏิบัติมีช่อง OC ด้านขวาบน ซึ่งประกอบด้วย: 1 DM 2 TB 3 HT 4 ANC 5 WBC 6 FP 7 อื่น ๆ ในทางปฏิบัตินั้น การที่จะทำให้ผู้รับบริการมีข้อมูลติดตัวจะมีประโยชน์เฉพาะกับ TB: Tuberculosis FP: Family Planning และอื่น ๆ เท่านั้น ในกรณีที่ผู้ใช้บัตรนัดแยกต่างหาก (บัตรประจำตัวผู้รับบริการนี้สามารถใช้บันทึกข้อมูลได้มากกว่าบัตรนัด) ส่วน DM, HT, ANC และ WBC มีระบบข้อมูลรองรับในลักษณะที่เป็นสมุดประจำตัวผู้รับบริการอยู่แล้ว

การบันทึกช่อง OC (OC: Operational Card หรือบัตรปฏิบัติการ) จะมีการบันทึกก็ต่อเมื่อมีการใช้บัตรปฏิบัติการร่วมกับบัตรประจำตัวผู้รับบริการ โดยการขีดกากบาทตัวเลขตามชนิดของปัญหาสุขภาพที่ทำให้มีการเปิดบัตรปฏิบัติการ การขีดกากบาทตัวเลขในช่องนี้สามารถเกิดได้จาก 2 กรณี คือ

(i) กรณีที่มีการใช้บัตรประจำตัวผู้รับบริการร่วมกับการใช้บัตรปฏิบัติการ ในปัญหาสุขภาพเดียวกัน เช่น ใช้ทั้งบัตรประจำตัวผู้รับบริการและบัตรปฏิบัติการในการบันทึกข้อมูล TB ของผู้รับบริการให้บันทึกที่บัตรนี้โดยขีดกากบาทที่ช่อง TB (ขีดกากบาทที่ช่องหมายเลข 2 TB)

(ii) กรณีที่ผู้บริกรมีปัญญาสุขภาพที่ ทำให้ต้องมีบัตรปฏิบัติการรวมที่ มี สุข ตรี ย์ ตปะจ ด้ ผู้รับบริการที่ใช้ร่วมกับปัญหาสุขภาพนั้นอยู่แล้ว แต่ผู้รับบริการมีปัญหาอื่นที่นอกเหนือไปจากปัญหาดังกล่าว เช่น ผู้รับบริการเป็น DM และมีบัตรปฏิบัติการรวมทั้งสมุดประจำตัวผู้รับบริการอยู่แล้ว แต่การมารับบริการครั้งนี้มารับบริการด้วยปัญหาเรื่องใด ทำให้ต้องทำบัตรประจำตัวผู้รับบริการเพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเรื่องใด ให้บันทึกที่บัตรนี้ที่ช่อง DM (ขีดกากบาทที่ช่องหมายเลข 1 DM) ในกรณีที่ผู้รับบริการมี บัตรปฏิบัติการจะต้องแนบบัตรปฏิบัติการมาพร้อมบัตรประจำตัว ผู้รับบริการทุกครั้ง

วันที่ 18 เมษายน 2541OC: DM 2 TB 3 HT 4 ANC

ชื่อ - สกุล นายสมบุรณ์ ตีมาก อายุ 40 อาชีพ รับจ้าง

ที่อยู่ นอกเขต ในเขต 41 ต.หัวรอ อ.เมือง จ.อยุธยา

อาการนำ

ปัญหา (Dx) กลุ่มโรค.....

ซักประวัติลง รง. 506

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

แก้ Penicillin

ภาพแสดงการบันทึกข้อมูลประวัติทั่วไป การแพทย์ สิทธิทางการเงินและการบันทึกในช่อง OC

☞ การบันทึกในช่องอาการนำ..... การบันทึกที่ห้องบัตรจะบันทึกเฉพาะในกรณีที่เป็น Episode ใหม่เท่านั้น และ “ไม่จำเป็น” ที่จะต้องบันทึกในกรณีที่เป็น Episode ใหม่ทุกราย เพราะการที่จะบอกอาการนำ บางครั้งผู้รับบริการต้องการความเป็นส่วนตัวพอสมควรในการที่จะบอกอาการสำคัญในการมารับบริการครั้งนั้น ซึ่งกรณีเช่นนี้บรรยากาศที่ห้องบัตรไม่เอื้ออำนวย ดังนั้นโดยทั่วไปอาการนำหรืออาการสำคัญจะถูกบันทึกอย่างสรุปใจความสำคัญในห้องตรวจ เช่น ปวดท้องได้ลึนปีเป็นมา 3 วัน รู้ว่าเกิดจากความเครียด (มีความเห็นร่วมกันระหว่างผู้ตรวจกับผู้รับบริการว่าน่าจะเกิดจากความเครียดทำให้เป็นโรคกระเพาะ) และเหตุผลสำคัญที่มาตรวจเพราะกลัวว่าจะเป็นโรคร้าย

✍ การบันทึกข้อมูลส่วนที่เหลือในส่วนบนของบัตร จะบันทึกในลักษณะดังต่อไปนี้

- ปัญหา (Dx)..... การบันทึกในช่องนี้ไม่จำเป็นต้องบันทึกในลักษณะที่เป็นการวินิจฉัยโรคเท่านั้น แต่อาจจะบันทึกในลักษณะที่เป็นปัญหาสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งก็ได้ เช่น ถ้าผู้รับบริการมีอาการไออย่างเดียวแต่ยังไม่มั่นใจที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งได้ ให้บันทึกในช่องนี้ว่า Cough (ไอ) แต่ถ้ามั่นใจในการวินิจฉัยโรคจึงจะบันทึกชื่อโรคที่ได้รับการวินิจฉัย เช่น บันทึกในช่องนี้ว่า Bronchitis (หลอดลมอักเสบ)

- กลุ่มโรค..... บันทึกรหัสการแบ่งกลุ่มโรค ตามการแบ่งกลุ่มโรคของ ICD-10 โดยการแบ่งตาม ICD-10 นี้จะแบ่งตามลักษณะของโรคเท่านั้น ซึ่งจะมีทั้งหมด 21 กลุ่มโรค (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน Annex) ส่วนในกรณีที่เป็นผู้รับบริการทางด้านส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคให้ใส่รหัสดังนี้ Ante Natal Care (ANC) ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ใส่รหัส 23, Well Baby Clinic (WBC) เช่น การให้วัคซีนเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในคลินิกนี้ ใส่รหัส 25, Family Planning (FP) ใส่รหัส 26 ส่วนกิจกรรมทางด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอื่น ๆ ให้ใส่รหัส 27 (เนื่องจากข้อมูลในส่วนต้นของบัตรประจำตัวผู้รับบริการนี้ มีลักษณะเดียวกับใบสั่งยาซึ่งผู้ให้บริการจะบันทึกครั้งเดียวโดยที่มีกระดาษอัดสำเนาขึ้นกลาง ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการบันทึกรหัสกลุ่มโรค คือจะได้มีข้อมูลนี้ในใบสั่งยา แล้วจึงนำข้อมูลจากใบสั่งยาไปวิเคราะห์และทำรายงานซึ่งไม่ใช่ประโยชน์เพื่อผู้รับบริการโดยตรง)

- ชักประวัติลง รง.506 ในกรณีที่คนผู้รับบริการเป็นโรคติดต่อ (Communicable diseases) ที่จะต้องรายงานตามที่มีการกำหนดรายชื่อโรคไว้ในรายงาน 506 (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน Annex) ผู้ที่ให้การวินิจฉัยโรคให้ขีดเส้นทแยงมุม 1 เส้นในช่องสี่เหลี่ยม และหลังจากมีการทำรายงานแล้วให้ขีดเส้นทแยงมุมอีก 1 เส้น ซึ่งจะกลายเป็นเครื่องหมายกากบาทในช่องสี่เหลี่ยมในที่สุด กรณีที่จะต้องรายงานผู้รับบริการเป็นโรคติดต่อ หลังจากมีการทำรายงาน

✍ การบันทึกข้อมูลในส่วนล่างของบัตรประจำตัวผู้รับบริการ

- ปี 25..... เดือน..... วันที่ ให้กรอกปี พ. ศ. และ เดือน ที่กำลังให้บริการอยู่ในขณะนั้น ส่วนวันที่ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 7 ช่อง ทางด้านขวามือของบัตรให้บันทึกวันที่แรกที่มีการใช้บัตรนี้ในช่องแรก

- สำหรับในช่องต่อไปทางขวานั้น เป็นการบันทึกวันที่ด้วยเช่นเดียวกัน แต่จะบันทึกอย่างไรให้พิจารณาเงื่อนไขดังต่อไปนี้

(i) ถ้าผู้ให้บริการมีความเห็นว่าปัญหาสุขภาพนั้นใช้เวลาไม่นาน เช่น Tonsillitis (ทอนซิลอักเสบ) หรือควรจะต้องทราบรายละเอียดการดำเนินไปของปัญหาสุขภาพ รวมทั้ง การแก้ปัญหาสุขภาพทุกวันหรือเกือบทุกวัน เช่น เด็กไข้สูง โดยที่คนไข้หรือญาติสามารถมีส่วนร่วมในการใช้ข้อมูลนี้ด้วย การบันทึกให้ใส่วันที่ถัดจากวันแรกในช่องถัดไปทุกวันวันละช่อง กรณีที่ต้องการนัดให้คนไข้มาติดตามผล (Follow-up) วันไหน ให้เขียนวงกลมรอบตัวเลขวันนั้น และเขียนว่าวันนัดดังกล่าว ถ้าไม่นัดก็ไม่ต้องเขียนวงกลม

กรณีตัวอย่าง การบันทึกเมื่อมีผู้มารับบริการที่มีอาการไข้และอาเจียนโดยมาตรวจครั้งแรกในวันที่ 18 เมษายน 2541 จากนั้นได้รับการรักษาและคำแนะนำในการดูแลตนเองขณะอยู่บ้านและมีการนัดครั้งต่อไปในวันที่ 20 เมษายนเพื่อติดตามการรักษา

ปี 2541 เดือน.....เมษายน.....วันที่	18	19	20	21	22	23	24
การรักษา ลคไข้ -Paracetamol(500mg.) 1 tab@pm.for fever q 4-6 hr. แก้้อเจียน - Motilium 1 tab@tid.pc. ผงเกลือแร่ - ORS ผสมน้ำส้ม		ทุก 4-6 ชั่วโมง	วันนัด				
อาการ/สิ่งที่ตรวจพบ Temp. อาเจียน	000 40 c 3 ครั้ง	000	000				

(ii) ถ้าผู้ให้บริการมีความเห็นว่า ปัญหาสุขภาพที่กำลังให้การดูแลอยู่นั้น ต้องใช้เวลานาน และควรมีการติดตามผลต่อเนื่องเช่น 2 สัปดาห์หรือ 4 สัปดาห์ เป็นต้น การบันทึกวันที่ให้บันทึกช่องแรกเป็นวันที่กำลังให้บริการในวันนั้น ส่วนช่องถัดไปให้บันทึกวันที่นัดมาติดตามผลและ วงกลมรอบตัวเลขของวันที่นัดมาติดตามผลรวมทั้งเขียนว่าวันนัดดังกล่าว ถ้าไม่มีการนัดไม่ต้องเขียนวันที่ในช่องถัดมา

กรณีตัวอย่างการบันทึกเมื่อมีผู้มารับบริการที่ปวดศีรษะบ่อย โดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย เป็นได้ประมาณ 1 อาทิตย์ และยังคงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการตัดสินใจร่วมกันที่จะสังเกตอาการในระยะแรกก่อนเพราะอาจจะมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากความเครียดในเรื่องทางสังคมเศรษฐกิจในครอบครัวรวมทั้งให้ยารับประทานแก้ปวด (Paracetamol) เพื่อบรรเทาอาการเมื่อจำเป็น สังเกตอาการและการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน จากนั้นนัดผู้รับบริการให้มาติดตามผล 2 สัปดาห์หลังจากวันตรวจในวันแรกซึ่งเป็นวันที่ 22 เมษายน 2541 ดังนั้นวันนัดเพื่อติดตามผลครั้งต่อไปคือวันที่ 6 พฤษภาคม 2541 แสดงการบันทึกได้ดังภาพ

ปี 2541 เดือน.....เมษายน.....วันที่	22	65				
การรักษา ลคไข้ -Paracetamol(500mg.) 1 tab@pm.for fever q 4-6 hr. อาการ/สิ่งที่ตรวจพบ BP (mmHg)		วันนัด ทุก 4-6 ชั่วโมง 150/100				

(iii) กรณีอื่นๆที่ไม่เข้าแบบกรณีที่ 1 หรือ 2 เช่น กรณีหลังจากที่มีการรับบริการแล้วไม่มี การรักษาใดๆ มีเพียงการให้คำแนะนำและไม่มี การนัด หรือกรณีที่มารับบริการและมีการตรวจรักษาแล้วปัญหาสุขภาพนั้น ได้สิ้นสุดลงตามแผนการรักษา หรือหลังจากที่รับการรักษาและมาติดตามผลแล้ว ปัญหาสุขภาพนั้นๆยังคงมี อยู่และต้องเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษา เป็นต้น ในกรณีดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้การบันทึกของระยะเวลา ระหว่างช่องสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระยะเวลาและความสม่ำเสมอของการที่จะให้การดูแลปัญหา สุขภาพของผู้รับบริการ

กรณีตัวอย่างผู้มารับบริการที่ปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่เป็นๆหายๆมาประมาณ 5 วันแต่ไม่ได้รับการ ตรวจรักษาใดๆ วันที่ 18 เมษายน 2541 จึงมารับบริการหลังจากนั้นได้ตกลงร่วมกันว่าเป็นอาการอึดแน่น ท้อง(Dyspepsia)อาจเนื่องจากความเครียดและกรดในกระเพาะอาหาร โดยได้ยาลดกรดในกระเพาะ อาหาร(Alum milk)และยาขับลม(M.carminative)ไปรับประทานเพื่อบรรเทาอาการและแนะนำเรื่องการดูแล ตนเอง มีการนัดหมายเพื่อติดตามผลในอีก 1 อาทิตย์ถัดไปคือวันที่ 25 เมษายน 2541พบว่าปัญหาดังกล่าวสิ้นสุด การบันทึกแสดงได้ดังภาพ

ปี 2541 เดือน.....เมษายนวันที่	18	25	25				
		วันนัด	วันนัด				
การรักษา							
ยาลดกรด							
-Alum mill	000	000	000				
30 cc@ tid.pc							
ยาขับลม							
- M. Carminative	000	000					
30 cc. @tid.pc.							
- Cimedine (400 mg.)		000	000				
1 tab @bid.pc.							

หากผู้มารับบริการกรณีดังกล่าวข้างต้นมาติดตามผลในวันทีนัด(25 เมษายน 2541)แต่อาการยังคงมีอยู่ และพิจารณาว่ายังไม่ดีขึ้น มีการตัดสินใจให้ยาCimetidine(400 mg) รับประทาน 1 เม็ด เวลาเช้า-เย็นเป็น เวลา 14 วันและนัดเพื่อติดตามผล 2 อาทิตย์ต่อไป (วันที่ 9 พฤษภาคม 2541) การบันทึกแสดงได้ดังภาพ

ปี 2541 เดือน.....เมษายนวันที่	18	25					
		วันนัด					
การรักษา							
ยาลดกรด							
-Alum mill	000	000					
30 cc@ tid.pc							
ยาขับลม							
- M. Carminative	000	000					
30 cc. @tid.pc.							

- การรักษา การบันทึกในส่วนนี้คือการบันทึกสิ่งที่ตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับคนไข้ซึ่งถือได้ว่าเป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือวิธีการบริการ การบันทึกควรบันทึกให้คนไข้สามารถอ่าน เข้าใจ และมีส่วนร่วมใช้ได้ด้วย

- อาการ / สิ่งที่ตรวจพบ การบันทึกในส่วนนี้คือ บันทึกอาการหรือสิ่งที่ตรวจพบที่สามารถนำไปใช้ควบคุมกำกับและประเมินผลปัญหาสุขภาพที่จะบ่งชี้ได้ว่า ปัญหาสุขภาพนั้นดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างไร โดยทั่วไปการบันทึกในส่วนนี้จำเป็นต้องบันทึกข้อมูลที่สำคัญเท่านั้นและข้อมูลดังกล่าวสามารถชี้วัดและทำให้เห็นถึงภาวะปัจจุบันและภาวะที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนของข้อมูลที่มีการบันทึกทั่วไปตามปกติและค่อนข้างคงที่หรือเปลี่ยนแปลงน้อยอาจไม่ต้องบันทึกเช่น ในเด็กเล็กที่มาใช้บริการด้วยอาการไข้สูง หอบและมีอาการชักร่วมด้วย สิ่งสำคัญที่ต้องมีการบันทึกแน่นอน คือ น้ำหนัก อุณหภูมิ จำนวนครั้งที่ชัก จำนวนครั้งของการหายใจ เป็นต้น

☞ ตัวอย่างของการบันทึกการรักษา และ อาการ/สิ่งที่ตรวจพบ ☞

(i) การบันทึกในบัตรนี้ครั้งแรกเป็นการบันทึกอาการ/สิ่งที่ตรวจพบ (ในช่องอาการ/สิ่งที่ตรวจพบ) รวมทั้งบันทึกการตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพ (ในช่องการรักษา) ซึ่งจะบันทึกโดยผู้ให้บริการร่วมตัดสินใจกับผู้รับบริการ

การบันทึกความรุนแรงของอาการหรือสิ่งที่ตรวจพบสามารถระบุระดับของความรุนแรง ออกมาในลักษณะ [- ปกติ] [+ น้อย] [++ ปานกลาง] [+++ มาก] [++++ มากที่สุด] ถ้าเป็นสิ่งที่ตรวจพบ (เช่น อาการคอตแดง ต่อมทอลซิลมีขนาดโตขึ้น เป็นต้น) ให้น้ำหนักและระบุความรุนแรงโดยผู้ตรวจ (ผู้ให้บริการ) แต่ถ้าเป็นอาการ (เช่น อาการไอ เจ็บคอ รู้สึกว่ากลืนน้ำหรืออาหารแล้วเจ็บคอ เป็นต้น) การให้น้ำหนักของความรุนแรงเกิดจากความเห็นร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการซึ่งต้องอาศัยการเคารพและยอมรับซึ่งกันและกันรวมถึงการสื่อสารที่ดีด้วย

การบันทึกรายละเอียดของการตัดสินใจ เช่น รับประทานยาวันละกี่ครั้ง ฉีดยาวันละกี่ครั้ง สูดไอน้ำวันละกี่ครั้ง ให้น้ำหนักเป็นวงกลม [o] แทนจำนวนครั้งในแต่ละวัน ถ้าไม่ระบุจำนวนครั้งให้ใช้คำอธิบายแทน เช่น รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ดทุก 4-6 ชั่วโมง โดยบันทึกในช่องของการรักษาของแต่ละวันที่มีการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติ

กรณีตัวอย่างที่ผู้รับบริการที่มีอาการไอมีเสมหะสีเขียว เจ็บคอ เป็นไข้ 3 วันก่อนมา โดยได้รับการตรวจในวันที่ 28 พฤษภาคม 2541 มีการวินิจฉัยว่ามีการอักเสบของต่อมทอลซิลและมีการรักษาคือ ได้รับยาแก้อักเสบ (Amoxycillin 250 mg.) ยาลดไข้ (Paracetamol 500mg.) และยาน้ำจิบแก้ไอ (M.Tussis) และได้รับคำแนะนำให้สูดไอน้ำตอนเช้า มีการนัดเพื่อติดตามผลการรักษาในอีก 1 อาทิตย์ถัดไปคือวันที่ 4 พฤษภาคม 2541

ตัวอย่างการบันทึกโดยผู้ให้บริการในผู้รับบริการกรณีดังกล่าวเป็นดังภาพ

วันที่ 28 เมษายน 2541 OC: DM 2 TB 3 HT 4 ANC
 5 WBC 6 FP อื่นๆ

ชื่อ - สกุล นายสมใจ สมบูรณ์ อายุ 34 อาชีพ รับราชการ
 ที่อยู่ นอกเขต ในเขต 95 ต.หัวรอ อ.เมือง จ.อยุธยา
 อาการนำ ไอ เจ็บคอ มีเสมหะสีเขียว เป็นไข้ 3 วันก่อนมา

ปัญหา (Dx) Tonsillitis (ทอลซิลอักเสบ) กลุ่มโรค

ซักประวัติลง รง. 506

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

ปี 2541 เดือน.....เมษายน.....วันที่	28	29	30	1/5	2	3	๙๕ วันนัด
การรักษา							
ยาแก้อักเสบ Amoxycillin(250mg.)	000	000	000	000	000	000	000
1 cap@tid.pc.							
ยาลดไข้ Paracetamol (500mg.)							
1 tab@prn for fever c Temp.		ทุก 4-6 ชั่วโมง					
M.Tussis จิบเวลาไอ		3					
จิบเวลาไอ		3					
ครั้งละ 5-10 cc.							
สูดไอน้ำที่บ้านตอนเช้า	0	0	0	0	0	0	0
อาการ/สิ่งที่ตรวจพบ							
Temp.	40c						
ไอ	+++						
เจ็บคอ	++++						
มีเสมหะเขียว	+++						
คอแดง	+++						

(ii) การบันทึกการนำการตัดสินใจไปสู่การประยุกต์ใช้และการปฏิบัติ มีทั้งที่บันทึกโดยผู้ให้บริการ และบันทึกโดยผู้รับบริการ (คนไข้) หรือญาติคนไข้

การบันทึกการนำการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัตินั้น ให้บันทึกด้วยเครื่องหมายกากบาท [x] ทับบนเครื่องหมายวงกลม [o] ซึ่งผู้ให้บริการบันทึกไว้เดิม ในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิบัติตามสิ่งที่ตัดสินใจเพื่อปฏิบัติของผู้ให้บริการนั้นแล้ว

กรณีที่มีการตัดสินใจให้มีการปฏิบัติโดยผู้ให้บริการ เช่น ทำแผล ฉีดยา Excision หรือหัตถการอื่น ๆ ผู้ให้บริการที่ทำหน้าที่นั้นๆจะบันทึกด้วยเครื่องหมายกากบาท[x] และลงลายมือชื่อหลังการปฏิบัติดังกล่าว

ตัวอย่างการบันทึกโดยผู้รับบริการหรือญาติผู้รับบริการ(โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้รับบริการหรือญาติมีความพร้อมในการให้ความร่วมมือ และกรณีที่ปัญหาสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งถ้าทราบรายละเอียดของการปฏิบัติจริงจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนและการตัดสินใจต่อไป)

ปี 2541 เดือน.....เมษายน.....วันที่	28	29	30	1/5	2	3	④
การรักษา							บันทึก
ยาแก้อักเสบ Amoxycillin(250mg.) 1 cap@tid.pc.	o	o	o	o	o	o	o
ยาลดไข้ Paracetamol (500mg.) 1 tab@prn for fever q 4-6 hrs.	o	o	o	o			
M.Tussis จิบเวลาไอ	o	o	o	o	o		
สูดไอน้ำที่บ้านตอนเช้า		o	o	o	o	o	o
อาการ/สิ่งที่ตรวจพบ							
Temp.	40c	40c	38c		37c		
ไอ	+++	+++	+++		++		
เจ็บคอ	++++	+++	++		+		
มีเสมหะเขียว	+++	+++	++		+		
คอแดง	+++						

(iii) การบันทึกเมื่อคนไข้ย้อนกลับมาเพื่อติดตามผล (เมื่อมีการมารับบริการครั้งต่อ ๆ มา)
กรณีที่ปัญหาสิ้นสุดแสดงการบันทึกได้ดังภาพ(ส่วนที่1)และกรณีที่ต้องบันทึกเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงที่
เกิดขึ้น(ส่วนที่2) จากกรณีผู้มารับบริการรายเดิม การบันทึกดังกล่าวแสดงได้ดังภาพ

ปี 2541 เดือน.....เมษายน.....วันที่	28	29	30	1/5	2	3	④
การรักษา							รับนัด
ยาแก้อักเสบ Amoxicillin(250mg.) 1 cap@tid.pc.	๓๓๓	๓๓๓	๓๓๓	๓๓๓	๓๓๓	๓๓๓	๕๐๐ //
ยาลดไข้ Paracetamol (500mg.) 1 tab@prn for fever q 4-6 hrs.	ทุก 4-6 ชั่วโมง						
M.Tussis จิบเวลาไอ	๓	๓ ๓	๓	๓			
สูดไอน้ำที่บ้านตอนเช้า	จิบเวลาไอ ครั้งละ 5-10 cc.						
	๓๓๓๓	๓๓๓	๓๓๓	๓	๓		๓ //
		๓	๓	๐	๐	๓	(ส่วนที่ 1)
อาการ/สิ่งที่ตรวจพบ							(ส่วนที่ 2)
Temp.	40c	40c	38c		37c		37c
ไอ	+++	+++	+++		++		+
เจ็บคอ	++++	+++	++		+		+
มีเสมหะเขียว	+++	+++	++		+		-
คอแดง	+++						-

✍ การบันทึกในส่วนหลังของบัตร เป็นการบันทึกต่อจากส่วนหน้าของบัตรในกรณีที่มีปัญหา
สุขภาพนั้น ๆ ยังไม่สิ้นสุดและยังคงต้องมีการให้บริการต่อ

หมายเหตุ ถ้าบัตรประจำตัวผู้รับบริการแผ่นแรกใช้ไม่พอ ให้ต่อแผ่นที่สอง สาม สี่ ...

② ใบสั่งยา (Prescription Form: PF)

วัตถุประสงค์

1. ใช้สำหรับเขียนชื่อยาเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการสั่งยาและการจ่ายยา
2. ใช้เป็นหลักฐาน ในกรณีที่ผู้รับบริการมีสิทธิพิเศษในการรับบริการ โดยที่ไม่ต้องจ่ายเงินตามราคาค่าบริการ (โดยการลงลายมือชื่อของผู้รับบริการเป็นหลักฐาน)
3. ใช้เป็นเอกสารที่มีการบันทึกข้อมูลที่เป็นกิจกรรมการให้บริการประจำวัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลที่สำคัญในการทำรายงานที่ส่งไปยังหน่วยงานที่สูงขึ้น
4. ใช้เป็นหลักฐานทางด้านการเบิกจ่ายเงินตามกิจกรรมการให้บริการ ในกรณีที่มีการเบิกจ่ายเงินตามกิจกรรมการให้บริการ รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานในการเบิกค่ายาของสถานบริการ ในกรณีที่สถานบริการที่จ่ายยานั้นอยู่ในระบบที่จ่ายยาตามใบสั่งยา แต่ไม่ได้เก็บค่ายาจากผู้รับบริการโดยตรง ซึ่งจะสามารถเบิกค่ายาได้จากหน่วยงานที่เป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน

ลักษณะบัตร

กระดาษปอนด์สีขาว ขนาดเท่ากับบัตรประจำตัวผู้รับบริการ (Personal Ticket) มีข้อมูลเฉพาะด้านหน้าด้านเดียว ลักษณะของข้อมูลมีลักษณะเช่นเดียวกันกับด้านหน้าของบัตรประจำตัวผู้รับบริการ ยกเว้นส่วนล่างด้านขวามือ ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการทำงาน และใช้เป็นหลักฐานด้วยการลงลายมือชื่อของผู้รับบริการในมุมขวาล่าง ตัวอย่างใบสั่งยาแสดงได้ดังภาพ

ใบสั่งยา เลขที่	
วันที่	OC : <input type="checkbox"/> 1 DM <input type="checkbox"/> 2 FB <input type="checkbox"/> 3 HT <input type="checkbox"/> 4 ANC
ชื่อ - สกุล	<input type="checkbox"/> 5 WBC <input type="checkbox"/> 6 FP <input type="checkbox"/> 7 อื่น ๆ
ที่อยู่ <input type="checkbox"/> นอกเขต <input type="checkbox"/> ในเขต	อาชีพ
อาการนำ	
ปีพ.ศ. (Dx)	กลุ่มโรค
<input type="checkbox"/> สักประวัติ รว. 506	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
รายการสั่งยา	ประเภทของยูนิต
การรักษานี้	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 CU - EU CU - EN CN - EU CN - EN
ค่ายา	บาท
ค่าใช้จ่ายอื่น	บาท
<input type="checkbox"/> เสียเงิน	บาท
เลขที่ใบเสร็จ	บาท
<input type="checkbox"/> เสียเงินบางส่วน	บาท
เลขที่ใบเสร็จ	บาท
<input type="checkbox"/> ไม่เสียเงิน	บาท
เลขที่บัตร สปบ.	
เลขที่บัตรสุขภาพ	
เลขที่บัตรประกันสังคม	
บริษัท	
อาการ/สิ่งที่ตรวจพบ	ลงนามผู้รับยา

การใช้/การบันทึก

เมื่อผู้รับบริการมารับบริการทุกครั้ง จะต้องมีการบันทึกข้อมูลลงใบสั่งยา รายละเอียดของวิธีการบันทึกมีดังนี้

1. การบันทึกในสวบนบนของใบสั่งยา ✍

1.1 กรณีที่การมารับบริการในครั้งนั้นเป็นการรับบริการที่เป็นปัญหาสุขภาพใหม่ (New episode) ใบสั่งยาจะวางอยู่ด้านหลังของบัตรประจำตัวผู้รับบริการ โดยที่มีกระดาษอัดสำเนาคั่นกลาง ดังนั้นข้อมูลที่บันทึกลงในสวบนบนของใบสั่งยาจะบันทึกพร้อมกับบัตรประจำตัวผู้รับบริการ (ดูรายละเอียดในการใช้/ การบันทึกในสวบนบนของบัตรประจำตัวผู้รับบริการ)

1.2 กรณีที่การมารับบริการครั้งนั้นเป็นการรับบริการที่เป็นปัญหาสุขภาพเก่า (Old episode) ซึ่งผู้รับบริการจะมีบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการอยู่แล้ว ดังนั้นการบันทึกข้อมูลลงในสวบนบนของใบสั่งยาในครั้งนั้น ไม่ต้องมีการแนบกระดาษอัดสำเนา เนื่องจากข้อมูลในสวบนบนของใบสั่งยามีอยู่แล้วในบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการ ดังนั้นข้อมูลที่นำมาบันทึกจึงได้จากบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการเป็นหลัก การซักถามผู้รับบริการมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่มีอยู่นั้นถูกต้องหรือไม่

ส่วนกรณีที่เป็นปัญหาสุขภาพเก่า (Old episode) แต่ผู้รับบริการไม่ได้นำบัตรหรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการมาด้วยให้บันทึกในลักษณะเดียวกับข้อ 1.1

2. การบันทึกในส่วนล่างด้านซ้ายของใบสั่งยา ✍

2.1 กรณีที่การมารับบริการครั้งนั้นเป็นปัญหาสุขภาพใหม่ (New episode) การบันทึกข้อมูลลงในใบสั่งยาเกิดจากการบันทึกลงบนบัตรประจำตัวผู้รับบริการผ่านกระดาษอัดสำเนาลงมาสู่ ใบสั่งยา ดังนั้นข้อมูลในส่วนล่างด้านซ้าย(เฉพาะส่วนการรักษา) ของใบสั่งยานี้จึงเป็นข้อมูลเดียวกับข้อมูลที่อยู่ในส่วนล่างด้านซ้ายของบัตรประจำตัวผู้รับบริการในส่วนที่เป็น อาการ/สิ่งตรวจพบที่บันทึกอยู่ในบัตรประจำตัวผู้รับบริการจะไม่ถูกอัดสำเนาลงไปใบสั่งยา

2.2 กรณีที่การมารับบริการครั้งนั้นเป็น ปัญหาสุขภาพเก่า (Old episode) การบันทึกข้อมูลลงในใบสั่งยา เกิดจากการบันทึกข้อมูลโดยตรงลงในใบสั่งยา

ถ้าเป็นคลินิกพิเศษข้อมูลนี้จะถูกบันทึก 3 ครั้ง คือ ใบสั่งยา สมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการ และบัตรปฏิบัติการ (การบันทึกลงในสมุดหรือบัตรประจำตัวผู้รับบริการ เนื่องจากเป็นการติดตามผลปัญหาสุขภาพเก่า การบันทึกจึงไม่ยุ่งยาก : ดูรายละเอียดในการใช้/การบันทึกของบัตรหรือสมุดแต่ละชนิด)

ถ้าเป็นคลินิกทั่วไป ข้อมูลนี้จะถูกบันทึก 2 ครั้ง คือ ใบสั่งยา กับบัตรประจำตัวผู้รับบริการ (การบันทึกลงในบัตรประจำตัวผู้รับบริการนี้จะไม่ยุ่งยากสำหรับกรณีที่เป็น Old episode : ดูรายละเอียดการบันทึกในบัตรประจำตัวผู้รับบริการ)

3. การบันทึกในส่วนล่างด้านขวาของใบสั่งยา ✍

ความหมายของแต่ละช่องและวิธีการบันทึกมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง นครศรีอยุธยา)

3.1 ช่องประเภทของผู้ป่วย (ผู้รับบริการ) มีช่องสี่เหลี่ยมให้เลือก 4 ช่อง การมารับบริการของผู้รับบริการแต่ละครั้ง จะบันทึกโดยขีดเส้นแฉก (/) ลงในช่องใดช่องใดช่องหนึ่ง โดยที่ช่องนั้นมีความหมายตรงกับลักษณะการมารับบริการในครั้งนั้น ความหมายของแต่ละช่องมีดังนี้

Cm - Em = Case ใหม่ - Episode ใหม่ หมายถึง การมารับบริการครั้งนี้ ผู้รับบริการเป็นผู้รับบริการรายใหม่ (New case) ของปีนั้น และเป็นการมารับบริการที่เป็นปัญหาสุขภาพใหม่ (New episode)

Cm - En = Case ใหม่ - Episode เก่า หมายถึง การมารับบริการครั้งนี้ ผู้รับบริการเป็นผู้รับบริการรายใหม่ (New case) ของปีนั้น และเป็นการมารับบริการที่เป็นปัญหาสุขภาพเก่า (Old episode)

Cn - Em = Case เก่า - Episode ใหม่ หมายถึง การมารับบริการครั้งนี้ ผู้รับบริการเป็นผู้รับบริการรายเก่า (Old case) ของปีนั้น และเป็นการมารับบริการที่เป็นปัญหาสุขภาพใหม่ (New episode)

Cn - En = Case เก่า - Episode เก่า หมายถึง การมารับบริการครั้งนี้ ผู้รับบริการเป็นผู้รับบริการรายเก่า (Old case) ของปีนั้น และเป็นการมารับบริการที่เป็นปัญหาสุขภาพเก่า (Old episode)

ผู้ที่บันทึกในส่วนนี้คือบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการที่ห้องบัตร ส่วนบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการที่ห้องตรวจ (แพทย์หรือพยาบาล) สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในกรณีไม่เห็นด้วย แต่ต้องมีการบอกให้บุคลากรที่ห้องบัตรรับทราบ เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน โดยเฉพาะในกรณีที่เปลี่ยนจาก Old episode เป็น New episode อาจจะต้องค้นเพิ่มนามัยครอบครัวมาให้ผู้ให้บริการในห้องตรวจได้ทราบข้อมูลเพิ่มเติมด้วย

3.2 ในส่วน ค่ายา.....บาท หมายถึง ราคาขายของยาที่มีการสั่งและมีการจ่ายยานี้ให้กับผู้รับบริการ

ในส่วน ค่าใช้จ่ายอื่น.....บาท หมายถึง ค่าตรวจ ค่าทำแผล ค่าฉีดยา หรือค่าบริการให้คำปรึกษา (ถ้ามีการคิดค่าการให้คำปรึกษา) คิดรวมกัน ซึ่งในที่นี้เรียกว่าค่าใช้จ่ายอื่น

บุคลากรที่ทำงานที่ห้องยาจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลในส่วนนี้

3.3 ช่อง เสียเงิน.....บาท หมายถึง ช่องนี้จะกรอกจำนวนเงินจริงที่ผู้รับบริการจ่ายเงินให้แก่ศูนย์แพทย์ชุมชนหรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ในกรณีที่ผู้รับบริการคนนั้นจะต้องจ่ายเท่ากับ ค่ายารวมกับค่าใช้จ่ายอื่น ช่องนี้จะถูกบันทึกโดยบุคลากรที่ทำงานในห้องยา และออกใบเสร็จ พร้อมทั้งกรอกเลขที่ใบเสร็จลงในช่อง เลขที่ใบเสร็จ.....

3.4 ช่อง เสียเงินบางส่วน.....บาท หมายถึง ช่องนี้จะกรอกจำนวนเงินในกรณีที่ผู้รับบริการจ่ายเงินให้แก่ศูนย์แพทย์ชุมชนหรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว แต่น้อยกว่า ค่ายารวมกับค่าใช้จ่ายอื่น (จ่ายตามสิทธิพิเศษในลักษณะมีส่วนร่วมจ่าย) ช่องจะถูกบันทึกโดยบุคลากรที่ทำงานที่ห้องยา โดยระบุจำนวนเงินที่ได้รับและออกใบเสร็จ พร้อมทั้งกรอกเลขที่ใบเสร็จลงในช่อง เลขที่ใบเสร็จ.....

3.5 ช่อง ไม่เสียเงิน ช่องนี้จะกรอกในกรณี ที่ผู้รับบริการมีสิทธิพิเศษที่สามารถรับบริการโดยที่ไม่ต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงิน ในกรณีที่มิบัตรให้ทำเครื่องหมาย (/) ด้านหน้าชนิดสิทธิและระบุนเลขที่ของบัตรนั้น ๆ ด้วย

.....เลขที่บัตร สปน.กรณีมีบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย

.....ผู้สูงอายุ..... กรณีมีบัตรผู้สูงอายุ

.....อื่นๆ กรณีมีสิทธิพิเศษอื่น ๆ

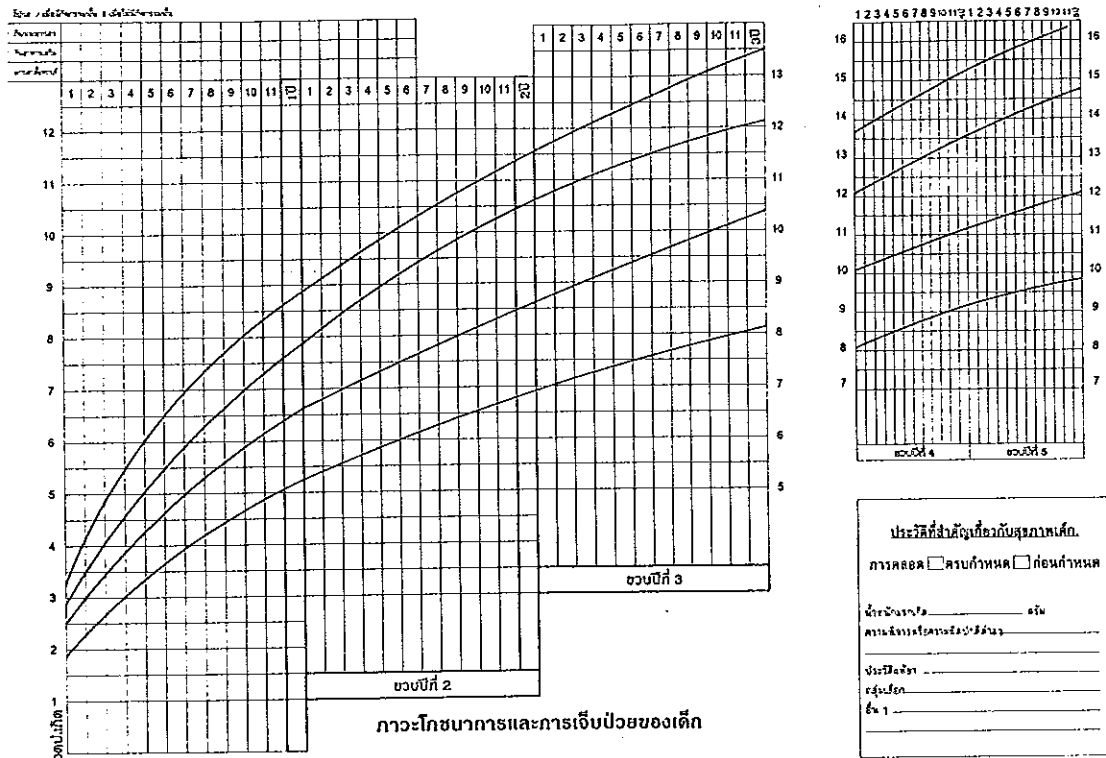
3.6 ช่องเลขที่บัตรประกันสังคม..... ช่องนี้จะบันทึกในกรณีที่ผู้รับบริการอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม ซึ่งจะมีบัตรประกันสังคมและศูนย์แพทย์ชุมชนหรือสถานบริการ เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นเครือข่าย (Sub contractor) กรณีเช่นปัจจุบันนี้ โรงพยาบาลเป็นสถานบริการหลัก (Main contractor) ระบบในปัจจุบัน (พ.ศ. 2541) ศูนย์แพทย์ชุมชนหรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว จะไม่เก็บเงินโดยตรงจากผู้รับบริการ แต่ต้องระบุเลขที่บัตรลงในช่องเลขที่บัตรประกันสังคม..... และชื่อโรงงานหรือบริษัทลงในช่อง บริษัท.....เนื่องจากจำเป็นต้องนำข้อมูลนี้ไปบันทึกในแบบเรียกเก็บเงินจากสถานบริการหลัก (Main contractor) ต่อไป

3.7 ช่องอาการป่วยเก่าเหมาจ่ายไปแล้ว ครั้งแรก กรณีนี้เป็นกรณีพิเศษ โดยเฉพาะที่ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมื่องนครศรีอยุธยา สำหรับผู้รับบริการที่เป็นสมาชิกของศูนย์แพทย์ชุมชนที่ไม่มีสิทธิพิเศษใด ๆ จะใช้วิธีจ่ายแบบ เหมาจ่ายด้วยราคาเดียว ต่อ 1 ปัญหาสุขภาพ (ราคาเท่ากันในทุกปัญหาสุขภาพ: Flat rate for one episode) โดยจ่ายในลักษณะของการมีส่วนร่วมจ่ายเฉพาะครั้งแรกของการมารับบริการในปัญหาสุขภาพนั้น (จ่ายเฉพาะในกรณีที่การมารับบริการครั้งนั้นเป็น New episode) ถ้าเป็นการมาติดตามผล (Follow-up) หรือการรับบริการครั้งนั้นเป็น Old episode ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าบริการเพิ่ม ถือเป็น การเหมาจ่ายไปแล้วของการมารับบริการครั้งแรกของปัญหาสุขภาพนั้น

3.8 ลงนามผู้รับยา หมายถึง การลงนามผู้รับบริการที่มีสิทธิพิเศษ ที่ไม่ต้องเสียเงินเต็ม จำนวนให้กับสถานบริการ เพื่อเป็นหลักฐานว่าได้รับบริการและไม่ต้องจ่ายเงินตามจำนวนเต็มของค่ายารวมกับค่าบริการอย่างอื่น

4. ใบสั่งยาที่ใช้แล้ว ✍

ต้องเก็บรวบรวมเย็บไว้เรียงตามลำดับวันที่ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานการเงินและการทำรายงานหรือการศึกษาวิจัยต่อไป



ด้านหลัง

การบันทึก

๕ การบันทึก (ด้านหน้า)

- ที่ครอบบนสุดด้านขวา รายละเอียดของการกรอกในช่องนี้ประกอบด้วย
 - ชนิด / เลขที่ OC..... ชนิดหมายถึง Child-Health ให้ใช้คำย่อว่า CH เลขที่ OC ให้ใส่เลขที่ตามลำดับที่ของการขึ้นทะเบียนในปีนั้น เช่น ขึ้นทะเบียนเป็นคนที่ 2 ของปี 2541 ให้ใส่นามานี้ว่า 2/2541 ซึ่งจะเขียนรวมกันได้ว่า CH 2/2541
 - บ้านเลขที่..... หมายถึงบ้านเลขที่ที่บันทึกอยู่ในแฟ้มอนามัยครอบครัว เช่น บ้านเลขที่ ๑๔/๑
 - หัวหน้าครอบครัว..... ให้บันทึกชื่อหัวหน้าครอบครัวตามแฟ้มอนามัยครอบครัว เพื่อป้องกันการผิดพลาดในการเชื่อมบัตรนี้กับแฟ้มอนามัยครอบครัว (คือมีทั้งบ้านเลขที่และชื่อหัวหน้าครอบครัวอยู่ในบัตรปฏิบัติการ)
- ชื่อ - สกุล..... บันทึก ชื่อ - สกุล จริงของเด็ก เพศ.....บันทึก หญิง หรือ ชาย
 ว.ด.ป. เกิด..... บันทึก วัน เดือน ปี เกิด ซึ่งตรงกับ วัน เดือน ปี เกิด ในแฟ้มอนามัยครอบครัว

3. ตารางการนัดและการได้รับวัคซีนของเด็ก

- ครั้งที่ หมายถึง ครั้งที่ของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดประกอบด้วยครั้งที่ 1, 2, 3, B1 (Booster ครั้งที่ 1), B2 (Booster ครั้งที่ 2) จำนวนครั้งที่จะบันทึกเพื่อการได้รับวัคซีนครบขึ้นกับชนิดของวัคซีนแต่ละชนิด เช่น DPT, OPV ควรได้รับครบ 1, 2, 3, B1 และ B2
- วัคซีน หมายถึง ชนิดของวัคซีนที่เด็กได้รับ
- นัด หมายถึง วันที่นัดเพื่อการมารับวัคซีนของเด็กในครั้งต่อไป ให้บันทึกลงช่องนี้ด้วยปากกาน้ำึกแดง
- ฉีด หมายถึงวันที่เด็กได้รับวัคซีนแต่ละชนิด ให้ลงวันที่ในช่องฉีดตามประเภทและครั้งที่ของการฉีดวัคซีนนั้น

หมายเหตุ ใช้สำหรับบันทึกในกรณีต่อไปนี้

- (i) กรณีได้รับวัคซีนอย่างอื่นที่นอกเหนือไปจาก BCG, HBV, DPT, OPV, Measles, JEV ให้บันทึกวัคซีนที่ได้รับนั้นพร้อมทั้งวันที่ที่ได้รับและวันที่ที่ได้รับในครั้งต่อไปในช่องนี้
- (ii) กรณีที่เด็กได้รับวัคซีนจากสถานบริการอื่น (สถานบริการที่ไม่ใช่สถานบริการที่ใช้บัตรปฏิบัติกรในปัจจุบัน)
- (iii) กรณีที่เด็กไม่สามารถมารับวัคซีนตามนัด ให้บันทึกเหตุผลของการไม่มาตามนัด (รวมถึงการบันทึกเหตุผลที่ทราบจากการเยี่ยมบ้าน)

ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา
บัตรบันทึกสุขภาพเด็ก

ชนิด / เลขที่ O.C.CH 2/2541.....
บ้านเลขที่ถ 14/1.....
หัวหน้าครอบครัวนาย สมมติ ใจดี.....

ชื่อ - สกุล....ด.ช.อนันต์ ใจดี.....

เพศ ...ชาย....

ว.ล.ป. เกิด20 พฤศจิกายน 2540.....

ครั้งที่ วัคซีน	1		2		3		B1		B2	
	นัด	ฉีด	นัด	ฉีด	นัด	ฉีด	นัด	ฉีด	นัด	ฉีด
BCG		20/11/40								
HBV		20/11/40	20/1/41	20/1/41	20/5/41					
DPT	20/1/41	20/1/41	20/3/41	20/3/41	20/5/41					
OPV	20/1/41	20/1/41	20/3/41	20/3/41	20/5/41					
Measles										
JEV										
หมายเหตุ										

4. ตารางบันทึกการตรวจ - การรักษา - การนัดกรณีเด็กควรรับการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว (ที่ไม่ใช่ ข้อมูลที่เป็น Acute health problems และไม่ใช่อะไรข้อมูลที่เป็นการรับวัคซีน) การบันทึกในตารางนี้เป็นกรบันทึกในลักษณะเดียวกับบัตรปฏิบัติการ รายละเอียดของการบันทึกมีดังต่อไปนี้

- วันนัด หมายถึง วันนัดที่นัดมาให้บริการครั้งต่อไป ให้บันทึกถัดจากวันตรวจเพื่อจะได้เห็นวันนัดที่ชัดเจน

- วันตรวจ หมายถึง วันที่กำลังให้บริการ

- สาเหตุที่มาเข้าและปฏิบัติการ หมายถึง เมื่อผู้รับบริการผิคนัดและทราบสาเหตุของการผิคนัดให้บันทึกในช่องนี้ (สาเหตุของการผิคนัดอาจทราบโดยการเยี่ยมบ้านและหากมีการเยี่ยมบ้านให้บันทึกด้วยปากกาสีแดง) หลังจากทราบสาเหตุของการผิคนัด และมีการนัดใหม่อีกครั้งให้บันทึกในบรรทัดมาของช่องวันนัด

- ปัญหา - สิ่งตรวจพบ ให้บันทึกปัญหาสุขภาพหรือการวินิจฉัยโรคที่ต้องให้บริการต่อเนื่องในกรอบสี่เหลี่ยมเดียวกับ ปัญหา-สิ่งตรวจพบ เช่น Febrile convulsion (ชักจากไข้สูงเกินกว่า 2 ครั้ง และตัดสินใจให้กินยาทันทีต่อเนื่อง) ดังภาพ ช่องเดิมในบรรทัดถัดมาให้บันทึก อาการหรือสิ่งตรวจพบ ที่จะใช้สำหรับควบคุมกำกับและประเมินผลปัญหาสุขภาพ เช่น จำนวนครั้งที่ชัก

- แผนการรักษา หมายถึง การบันทึกแผนการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ๆ เช่น ให้อา Phenobarbital 1 ชช. x 3 pc.

วันนัด	วันตรวจ	สาเหตุที่มาเข้า และปฏิบัติการ	ปัญหา - สิ่งตรวจพบ	แผนการรักษา
	28/4		ชัก 3 ครั้ง	
28/5	25/6		ไม่ชัก	Phenobarb 1 ชช x 2
25/9	30/9		ไม่ชัก	Phenobarb 1 ชช x 2
4/1/42	25/1/42	อาชัมมือผู้	ไม่ชัก	Phenobarb 1 ชช x 2

5. สรุปการเจ็บป่วยหรือภาวะเสี่ยงที่สำคัญ (Systemthesis card) ตารางนี้ จะให้บันทึกเมื่อผู้รับบริการได้รับการ admit ที่โรงพยาบาล และในกรณีที่มีการบันทึกการให้บริการอย่างต่อเนื่อง (เมื่อมีการบันทึกในข้อ 4) ซึ่งมีรายละเอียดของการบันทึก ในลักษณะเดียวกับบัตรสรุปภาวะสุขภาพที่สำคัญดังนี้

- วันที่พบปัญหา ให้บันทึกในลักษณะดังต่อไปนี้

(i) กรณีที่พบปัญหาเรื้อรัง (ซึ่งมีการบันทึกดังรายละเอียดในข้อ 4) การบันทึกในช่องนี้คือ ให้บันทึกวันที่ที่เริ่มใช้ตารางในข้อ 4 เป็นครั้งแรก

(ii) กรณีที่ต้องรับบริการด้วยการที่จะต้องนอนโรงพยาบาล การบันทึกในช่องนี้คือให้บันทึกวันที่ที่ได้รับการ Admit

- วันที่ปัญหาสิ้นสุด ให้บันทึกในลักษณะดังต่อไปนี้

(i) กรณีปัญหาโรคเรื้อรัง ให้บันทึกวันที่สิ้นสุดการใช้ตารางในข้อ 4

(ii) กรณีที่มีการ admit ให้บันทึกวันที่ discharge (วันที่คนไข้กลับจากโรงพยาบาล)

- Hosp. No. หมายถึง Hospital number ให้บันทึกในกรณีที่มีการ Admit ที่โรงพยาบาล

- ปัญหา/การวินิจฉัย/การรักษาที่ให้ วิธีการบันทึกในแต่ละส่วนมีดังนี้

(i) ปัญหา ให้บันทึกปัญหาจากมุมมองของผู้รับบริการ ในที่นี้ให้บันทึกอาการนำ (Chief complain) ของผู้รับบริการ

(ii) การวินิจฉัยโรค ให้บันทึกการวินิจฉัยจากมุมมองของผู้ให้บริการ ในที่นี้ให้บันทึกการวินิจฉัยโรคจากกรณีที่มีปัญหาเรื้อรัง หรือจากการวินิจฉัยโรคกรณีที่มีการ admit ที่โรงพยาบาล

(iii) การรักษาที่ให้ หมายถึงวิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหา เช่น

- ผ่าตัด (Operation) การบันทึกขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดไส้ติ่งบันทึกว่า Appendectomy, ผ่าตัดไส้เลื่อนบันทึกว่า Herniorrhaphy

- ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) อาจระบุด้วยว่าเป็นยากิน (Oral) หรือ ยาฉีด (Injection) เช่น บันทึกว่า PGS Inj. + Gentamycin Inj.

- รักษาตามอาการ (Symptomatic or Supportive treatment) เช่น กรณี Febrile Convulsion คนไข้ได้รับ Anti-Convulsive drug ให้บันทึกชื่อยาที่ได้รับ (กรณีนี้ให้บันทึก Phenobarbital-Oral)

- ผลการรักษา หมายถึง การบันทึกผลของการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ๆ เช่น เสียชีวิต (Death), หายจากปัญหาสุขภาพนั้น (Cure), ให้การดูแลต่อ (Continue treatment) โดยเฉพาะกรณีที่ discharge มาจากโรงพยาบาล

สรุปการเจ็บป่วยหรือภาวะเสี่ยงที่สำคัญ (Synthesis Card)

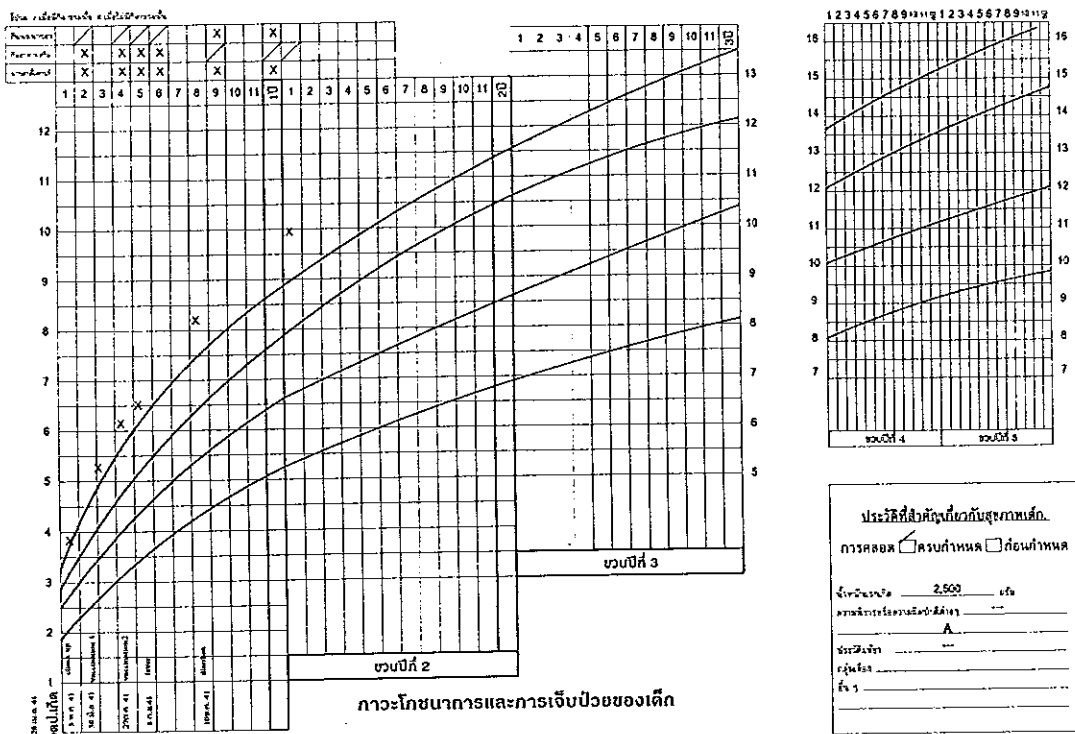
วันที่พบปัญหา	วันที่ปัญหาสิ้นสุด	Hosp. No.	ปัญหาการวินิจฉัยโรค/การรักษาที่ให้	ผลการรักษา
18/4/41	18/4/41	-	ชัก/febrile convulsion/Phenobarb	cure
10/5/41	15/5/41	HN.2541-41	ปวดท้อง/Appendicitis/ Appendectomy	cure
			ไอ ใช้/ Pharyngitis/ PGS. injection	continue treatment

๕ การบันทึก (ด้านหลัง)

1. ที่บริเวณกรอบสี่เหลี่ยมด้านบนซ้าย ให้บันทึกทุกครั้งที่เด็กมารับบริการและบันทึกทุกครั้งที่ไปเยี่ยมหรือให้บริการที่บ้าน รายละเอียดของการบันทึกมีดังต่อไปนี้

- การบันทึกวันที่ทำการบันทึก ให้บันทึกที่ด้านล่างของกราฟแสดงการเจริญเติบโตของเด็ก
- ช่องกินนมมารดา ให้บันทึกเครื่องหมาย / กรณีที่เด็กกินนมมารดา และให้บันทึกเครื่องหมาย X กรณีที่เด็กไม่ได้กินนมมารดาในช่องตรงกับช่องวันที่มารับบริการหรือเยี่ยมบ้าน (ก่อนบันทึกเป็นโอกาสที่สามารถแลกเปลี่ยนความเห็นรวมทั้งให้ความรู้)
- ช่องกินอาหารเสริม ให้บันทึกเครื่องหมาย / กรณีที่เด็กกินอาหารเสริม และให้บันทึกเครื่องหมาย X กรณีที่เด็กไม่ได้กินอาหารเสริมในช่องตรงกับช่องวันที่มารับบริการหรือเยี่ยมบ้าน (ก่อนบันทึกเป็นโอกาสที่สามารถแลกเปลี่ยนความเห็นรวมทั้งให้ความรู้)
- ช่องมารดาตั้งครรภ์ ให้บันทึกเครื่องหมาย / กรณีที่มารดาตั้งครรภ์ และให้บันทึก เครื่องหมาย X กรณีที่มารดาไม่ได้ตั้งครรภ์ (ก่อนบันทึกเป็นโอกาสที่สามารถแลกเปลี่ยนความเห็นรวมทั้งให้ความรู้)

หมายเหตุ ตารางนี้จะมีจนกระทั่งเด็กอายุ 1 ปีครึ่ง ยกเว้นการกินอาหารเสริมจะบันทึกถึงอายุ 1 ปี เนื่องจากถ้าอายุมากกว่า 1 ปี อาหารที่ได้รับกล่าวได้ว่าเป็นอาหารหลักทั้ง 3 มื้อ จึงไม่เรียกอาหารที่เด็กได้รับว่าอาหารเสริม



2. กรอบใหญ่ซึ่งมีกราฟน้ำหนักและมีรายละเอียดแสดงการเจริญเติบโตของเด็ก มีรายละเอียดของการบันทึกดังนี้

- ว.ด.ป.เกิด ใส่วัน เดือน ปี เกิดในช่องคอลัมน์แรกด้านล่างของตาราง รวมทั้งบันทึกน้ำหนักแรกเกิดด้วยการกากบาทลงในตารางแสดงน้ำหนักนั้นด้วย

- ช่องด้านล่างถัดจาก วัน-เดือน-ปี เกิด มีตั้งแต่ขวบปีแรกจนกระทั่งขวบปีที่ 5 ให้บันทึก เดือน-ปี ที่ช่องด้านล่างนี้ ซึ่งจะตรงกับอายุของเด็กเป็นเดือนในช่องอายุด้านบน ส่วนวันที่ที่มาใช้บริการในครั้งนั้น ให้บันทึกที่ด้านหน้าของปัญหาสุขภาพ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากผู้ให้บริการในการได้รับบริการในครั้งนั้น ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการที่สถานบริการหรือที่บ้านก็ตาม

- การบันทึกน้ำหนักเด็กทุกครั้งที่ได้บริการ ให้บันทึกโดยการกากบาทในระดับเส้นที่เท่ากับน้ำหนักที่ชั่งได้ในวันนั้น ซึ่งกากบาทนี้จะบันทึกตรงกับ ช่อง เดือน-ปี และวันที่มาใช้บริการ

3. กรอบสี่เหลี่ยมด้านล่างขวา ซึ่งเป็นการบันทึกประวัติสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพเด็ก ซึ่งมีรายละเอียดของการบันทึกดังนี้

- การคลอด หมายถึง ประวัติการคลอดบันทึกเมื่อเปิดบัตรปฏิบัติการ โดยเลือกทำเครื่องหมายลงในช่อง ครอบกำหนด หรือก่อนกำหนด (ถ้าคลอดเกินกำหนด ให้บันทึกคลอดเกินกำหนดลงไป เพราะไม่มีช่องให้เลือก)

- น้ำหนักแรกเกิด..... บันทึกพร้อมกับทำเครื่องหมายกากบาทที่กราฟ

- ความพิการหรือความผิดปกติต่างๆ..... บันทึกถ้ามี

- ประวัติแพ้ยา..... บันทึกทันทีที่พบว่าแพ้ยา

- กลุ่มเลือด..... บันทึกเมื่อทราบ

- อื่นๆ..... บันทึกถ้ามี เช่น บันทึกว่า BFP (Body Fluid Precaution) ในกรณี

ที่ได้รับการยืนยันว่ามีการติดเชื้อ เอช ไอ วี (Anti-HIV +ve)

④ บัตรบันทึกสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ (Pregnant Women Operational Card: PW - OC)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้สำหรับหญิงมีครรภ์ที่เป็นสมาชิก และตัดสินใจว่าจะฝากครรภ์ที่ศูนย์แพทย์ ฯ หรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งหญิงมีครรภ์เป็นสมาชิกอยู่นั้น
2. เพื่อใช้ สำหรับบันทึกข้อมูล ขณะตั้งครรภ์ (ข้อมูล ANC) ข้อมูลขณะคลอด และข้อมูลหลังคลอด ซึ่งข้อมูลนี้จะได้จากการบันทึกในขณะที่สมาชิกได้รับบริการที่ ศูนย์แพทย์ ฯหรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ที่โรงพยาบาล (สถานที่ทำคลอด) และที่บ้าน
3. เพื่อให้สามารถทราบข้อมูลได้ง่าย ในกรณีที่หญิงมีครรภ์ขาดนัด ทำให้มีความสะดวกในการที่จะวางแผนเพื่อการติดตาม (active-follow-up) ต่อไป
4. เพื่อช่วยทำให้ผู้ให้บริการสามารถนำข้อมูลที่ถูกบันทึกอยู่ในบัตรนี้ ไปใช้ในการค้นหาตลอดจนทำให้ทราบภาวะเสี่ยงของหญิงมีครรภ์ ซึ่งมีส่วนช่วยทำให้เกิดการวางแผนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งเป็นข้อมูลที่จะนำไปเป็นองค์ประกอบของการตัดสินใจ ในการที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด

ลักษณะบัตร

กระดาษการ์ดสีฟ้าสองหน้า (ประมาณ 100 gms) กว้าง 21.5 cms. ยาว 33 cms. พิมพ์
รายละเอียดทั้ง 2 ด้าน ดังภาพ

- LMP..... ใส่วัน-เดือน-ปีที่เป็นวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย รวมทั้งใส่จำนวนวันของประจำเดือนครั้งสุดท้ายที่มาด้วย เช่น LMP = 2 ม.ค. 41 X 3 days

- EDC BY.....= _____ การบันทึกช่อง EDC (Expected Date Calculation) By ให้บันทึกวิธีการที่ใช้คำนวณวันกำหนดคลอดซึ่งสามารถบันทึกและคำนวณได้ด้วยวิธีต่อไปนี้

- (i) ถ้าทราบ LMP ชัดเจน ให้บันทึกในช่องนี้ว่า EDC BY LMP (หมายถึงคำนวณวันกำหนดคลอดจากประจำเดือนครั้งสุดท้าย)
- (ii) ถ้าไม่ทราบ LMP หรือไม่สามารถคำนวณวันกำหนดคลอดจาก LMP ได้ ชัดเจนให้คำนวณจากขนาดของมดลูก และบันทึกในช่องนี้ว่า EDC BY High Fundus

หลังจากนั้นจึงบันทึกในช่อง = _____ บันทึกวันกำหนดคลอดที่ได้จากคำนวณ

3. กรอบสี่เหลี่ยมบน ซึ่งเป็นประวัติการตั้งครรภ์และการเจ็บป่วยในอดีต (ข้อมูลนี้จะได้จากบัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญ: Synthesis card ถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นสมาชิกฝากครรภ์กับ ศูนย์แพทย์ฯ หรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวตั้งแต่ครรภ์แรกจนกระทั่งถึงครรภ์ปัจจุบัน)

- G.....P.....A..... Last Parity..... Last Abortion.....

- (i) ช่อง G (Gravida) ให้บันทึกว่า การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครรภ์ที่เท่าไร
- (ii) ช่อง P (Parity) ให้บันทึกว่า มีประสบการณ์การคลอดมาแล้วทั้งหมดกี่ครั้ง (ไม่รวมแท้ง)
- (iii) ช่อง A (Abortion) ให้บันทึกว่า มีประสบการณ์การแท้งมาแล้วทั้งหมดกี่ครั้ง
- (iv) ช่อง Last Parity ให้บันทึกจำนวนปีหลังจากที่มีการคลอดครั้งสุดท้าย โดยนับจากปีที่มีการคลอดครั้งสุดท้ายจนกระทั่งถึงปีที่มีการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน (ถ้าบุตรคนสุดท้ายยังมีชีวิตอยู่จำนวนปีจะเท่ากับอายุบุตรคนสุดท้าย)
- (v) ช่อง Last Abortion ให้บันทึกจำนวนปีหลังจากที่มีการแท้งครั้งสุดท้าย โดยนับจากปีที่มีการแท้งครั้งสุดท้ายจนกระทั่งถึงปีที่มีการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

ยกตัวอย่างเช่น หญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งนี้ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 เคยแท้ง 1 คน เมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา ลูกคนสุดท้ายอายุ 2 ปี จะบันทึกดังนี้ G3P1A1 Last Parity 2 ปี Last abortion 5 ปี

- ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย รายละเอียดของการบันทึกมี ดังนี้ (ถ้าครรภ์หลังสุดหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นสมาชิก ฝากครรภ์กับศูนย์แพทย์ฯ หรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ข้อมูลนี้จะได้จากบัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญ: Synthesis card)

- (i) ช่อง Normal ให้บันทึกในกรณีที่มีการคลอดครั้งสุดท้ายเป็นการคลอดปกติ (Normal Delivery) โดยการทำเครื่องหมาย \checkmark ในช่อง Normal
- (ii) ช่อง Abnormal ให้บันทึกในกรณีที่มีการคลอดครั้งสุดท้ายเป็นการคลอดที่ผิดปกติ โดยให้บันทึกในช่องนี้ว่าการคลอดที่ผิดปกตินั้นคืออะไร เช่น
 - เป็นการแท้ง เช่น แท้งตอนอายุครรภ์ 3 เดือน ให้บันทึกว่า Abortion ~ 3 months (mts)

- เป็นการคลอดที่ไม่ใช่การคลอดที่ปกติ ให้บันทึกตามวิธีการของการทำคลอด เช่น คลอดโดยการผ่าท้องคลอด (Cesarian Section) ให้บันทึกว่า C/S, คลอดโดยใช้คีม (Forceps Extraction) ให้บันทึกว่า F/E, คลอดโดยใช้การดูดสุญญากาศ (Vacuum Extraction) ให้บันทึกว่า V/E

- เป็นการคลอดลำบาก (Dystocia) ในกรณีที่พบว่ามีการคลอดลำบาก ให้บันทึกผลที่เกิดจากการคลอดลำบาก และบันทึกวิธีการคลอด เช่น บันทึกว่า APGAR Score 6 NL, Perinatal Death F/E, APH C/S, PPH NL (APH = Ante-Partum Haemorrhage, PPH = Post-Partum Haemorrhage)

(iii) ช่อง Stillbirth ให้บันทึกในกรณีที่การคลอดครั้งสุดท้ายพบว่าเด็กเสียชีวิตเมื่อทำคลอด ให้บันทึกวิธีการทำคลอดในช่องนี้ เช่น คลอดปกติ (Normal Delivery) ให้บันทึก NL คลอดโดยการผ่าท้องคลอด (Cesarian Section) ให้บันทึกว่า C/S, คลอดโดยใช้คีม (Forceps Extraction) ให้บันทึกว่า F/E, คลอดโดยใช้การดูดสุญญากาศ (Vacuum Extraction) ให้บันทึกว่า V/E

(iv) ช่อง Delivery Place ให้บันทึกสถานที่ที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดในครั้งสุดท้ายของการคลอด หรือสถานที่ที่ให้การดูแลในขณะแท้ง (ในกรณีที่ครรภ์สุดท้ายมีการแท้ง)

- ประวัติสำคัญ (การตั้งครรภ์ในอดีต) มีรายละเอียดของการบันทึก ดังนี้ (ถ้าการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ๆ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นสมาชิก ผูกครรภ์กับศูนย์แพทย์ฯ หรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ข้อมูลนี้จะได้จากบัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญ: Synthesis card)

(i) ช่อง Normal ให้บันทึกครรภ์ที่มีการคลอดปกติในครรภ์ก่อน ๆ (ก่อนครรภ์สุดท้าย) เช่น การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 4 แล้วมีประวัติว่า ครรภ์ที่ 1 (Gravida 1) และครรภ์ที่ 2 (Gravida 2) คลอดปกติ ให้บันทึกในช่องนี้ว่า G1, G2

(ii) ช่อง Abnormal ให้บันทึกในกรณีที่มีการคลอดที่ผิดปกติหรือมีการแท้งในอดีต (ก่อนครรภ์สุดท้าย) โดยให้บันทึกในช่องนี้ว่าการคลอดที่ผิดปกตินั้นคืออะไร เช่น

- มีการแท้งตอนอายุครรภ์ 3 เดือนในครรภ์ที่ 1 ให้บันทึกว่า G1-Abortion ~ 3 months (mts)

- เป็นการคลอดที่ไม่ใช่การคลอดที่ปกติ ให้บันทึกตามวิธีการของการทำคลอด เช่น คลอดโดยการผ่าท้องคลอด (Cesarian Section) ในครรภ์ที่ 1 ให้บันทึกว่า G1-C/S, คลอดโดยใช้คีม (Forceps Extraction) ในครรภ์ที่ 1 ให้บันทึกว่า G1-F/E, คลอดโดยใช้การดูดสุญญากาศ (Vacuum Extraction) ในครรภ์ที่ 2 ให้บันทึกว่า G2-V/E

- เป็นการคลอดลำบาก (Dystocia) ในกรณีที่พบว่ามีการคลอดลำบาก ให้บันทึกครรภ์ที่มีการคลอดลำบาก ผลที่เกิดจากการคลอดลำบาก และบันทึกวิธีการคลอด เช่น บันทึกว่า G1 APGAR Score 6 NL, G1 Perinatal Death F/E, G2 APH C/S, G2 PPH NL (APH = Ante-Partum Haemorrhage, PPH = Post-Partum Haemorrhage)

(iii) ช่อง Stillbirth ให้บันทึกในกรณีที่การคลอดครั้งก่อน ๆ (ก่อนครรภ์สุดท้าย) พบว่าเด็กเสียชีวิตแล้วเมื่อทำคลอด ให้บันทึกวิธีการทำคลอดในช่องนี้ เช่น การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดปกติ

(Normal Delivery) ในครรภ์ที่ 1 ให้บันทึกว่า G1-NL, การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดโดยการผ่าท้องคลอด (Cesarian Section) ในครรภ์ที่ 1 ให้บันทึกว่า G1-C/S, การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดโดยใช้คีม (Forceps Extraction) ในครรภ์ที่ 2 ให้บันทึกว่า G2-F/E, การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum Extraction) ในครรภ์ที่ 2 ให้บันทึกว่า G2-V/E

(iv) ช่อง Delivery Place ให้บันทึกสถานที่ที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดในครรภ์ก่อนๆ หรือสถานที่ที่ให้การดูแลในขณะแท้ง โดยเฉพาะสถานที่ที่ทำให้มีข้อมูลบันทึกในช่อง Abnormal

- ประวัติเจ็บป่วยอื่นๆ / โรคประจำตัว ให้ระบุประวัติหรือโรคประจำตัวของหญิงมีครรภ์ เช่น Asthma, Hyperthyroidism, Heart Disease เป็นต้น (ประวัติเหล่านี้ สามารถนำมาจากบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ: Synthesis Card)

- วางแผนสำหรับครรภ์นี้..... บันทึกการวางแผนการคลอดสำหรับครรภ์นี้ของหญิงมีครรภ์ จากการสังเคราะห์ข้อมูล ที่มีอยู่ในกรอบสี่เหลี่ยมนี้ข้างต้น เช่น มีประวัติว่าเคยมีประวัติต้องผ่าท้องคลอด (Cesarian Section) เนื่องจาก CPD (Cephalo-pelvic disproportion) ช่องนี้ให้บันทึกว่า plan C/S

4. กรอบสี่เหลี่ยมกลาง การตรวจชันสูตร / การฉีดวัคซีน และสิ่งตรวจพบสำคัญในครรภ์นี้

- Height.....cm. ให้บันทึกส่วนสูงของหญิงมีครรภ์ : ถ้าส่วนสูงน้อยกว่า 150 cms เช่น ส่วนสูง 147 cm. ให้บันทึกในช่อง Decision จากผล Lab ว่า Ht. 147 ; risk for CPD

- Bl. gr..... ให้บันทึกกลุ่มเลือดของหญิงมีครรภ์

- Lab (ให้บันทึกในตาราง)

- Date ให้บันทึกวันที่ส่งตรวจ Lab

- VDRL, HIV, HBsAg, Hct ให้บันทึกผลที่ได้จากการตรวจ Lab ต่างๆ ลงในช่อง Lab นั้นๆ

- Date of Vaccination TT1 ให้บันทึกวันที่ฉีด Tetanus Toxoid ครั้งแรก

- Date of Vaccination TT2 ให้บันทึกวันที่ฉีด Tetanus Toxoid ครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากการ

ฉีด

TT1 อย่างน้อย 1 เดือน และควรห่างจากวันครบกำหนดคลอด 1 เดือน

- Decision (จากผล Lab) ตัวอย่างของการบันทึกในช่องนี้เป็นดังนี้

(i) กรณี HIV +ve ให้ป้อนตาราง "BFP" ในช่องนี้ (รวมทั้งในสมุดประจำตัวผู้รับบริการ) รวมทั้งบันทึกแผนการให้ยา(ถ้ามี เช่น AZT)

(ii) กรณี VDRL +ve จะต้องส่ง FTA-ABS หรือ TPHA เพื่อยืนยัน ถ้า FTA-ABS หรือ TPHA + ve ให้บันทึกในช่องนี้ในลักษณะของการวางแผนดังต่อไปนี้

- วางแผนให้ Benzathine Penicillin 2.4 mu. ทุก 1 wk x 3 doses ถ้าแพ้ Penicillin ให้ Erythromycin (500) 1x4 รวม 30 วัน หลังจากนั้นให้ส่ง VDRL ทุก 1 เดือนจนตลอด ถ้า Titer ไม่ลดลง > 4 เท่า ใน 3 เดือน รักษาใหม่
 - วางแผนให้สามีมาตรวจในลักษณะเดียวกัน โดยส่ง VDRL ถ้า +ve ให้ส่ง FTA-ABS หรือ TPFA ถ้า +ve จึงเริ่มรักษาและติดตามในลักษณะเดียวกับหญิงมีครรภ์
 - (iii) กรณี HBsAg +ve ให้บันทึกในช่องนี้ในลักษณะของการวางแผนดังต่อไปนี้
 - วางแผนให้สามีมาตรวจเลือด
 - วางแผนให้ HBIG 0.5 ml ในเด็กภายใน 24 ชั่วโมง หลังคลอด รวมทั้งวางแผนให้วัคซีน (HBVAC) ในเดือนที่ 0, 1 และ 6
 - (iv) กรณี Hct < 30% ให้บันทึกในช่องนี้ในลักษณะของการวางแผนดังต่อไปนี้ ให้ FBC หรือ FeSO₄ 1 x 3 และติดตามผล Hct ประมาณทุก 3 เดือน (ในช่วง 3 เดือนแรก ของการตั้งครรภ์ ต้องให้อย่างระวังเพราะอาจจะเพิ่มอาการคลื่นไส้ และอาเจียน)
 - (v) จากทั้ง 4 กรณี ดังกล่าวข้างต้น หรือกรณีอื่น ๆ ที่ทำให้ทราบว่าหญิงมีครรภ์อยู่ในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และวางแผนที่จะปรึกษาแพทย์เฉพาะทางให้บันทึกอยู่ในช่องนี้
5. กรอบสี่เหลี่ยมล่าง ตารางบันทึกการตรวจครรภ์
- หมายเลข 1-16 ด้านหน้าสุดหมายถึง ครั้งที่มาฝากครรภ์ ซึ่งจะบ่งบอกถึงว่าการมาฝากครรภ์ครั้งนั้นเป็นครั้งที่เท่าไร
 - Date หมายถึง วันที่มารับบริการของการฝากครรภ์ครั้งนั้น ให้บันทึกวันที่ลงในช่องนี้ เช่น 21/8
 - BW หมายถึง น้ำหนัก ให้บันทึกน้ำหนักหญิงมีครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในครั้งนั้น
 - Urine Alb หมายถึง albumin ในปัสสาวะ ให้บันทึกผลการตรวจ albumin ในปัสสาวะ
 - BP ให้บันทึกผลการวัดความดันโลหิตของหญิงมีครรภ์
 - Edema หมายถึง อาการบวมของหญิงมีครรภ์ ให้บันทึกผลการตรวจ จากการกดหน้าแข้งของหญิงมีครรภ์ ให้คะแนนว่าบวมมากหรือน้อย ให้ระบุออกมาในลักษณะ normal, +1, +2, +3, +4
 - UF หมายถึง Uterine Fundus ให้บันทึกส่วนสูงของมดลูกที่คลำได้จากหน้าท้อง ให้ระบุออกมาในลักษณะ 1/4 > Sp (Supra-pubic), 3/4 > Umbilicus
 - Ges. Age หมายถึง Gestational age ให้ระบุอายุครรภ์ด้วยการคำนวณจาก LMP ถ้าไม่ทราบ LMP ให้คาดคะเนด้วยการคำนวณจากการคำนวณส่วนสูงของมดลูก จากครั้งแรกของการฝากครรภ์ซึ่งเทียบมาเป็นอายุครรภ์เรียบร้อยแล้ว จากนั้นจึงนับจากอายุครรภ์ในขณะนั้นจนกระทั่งการฝากครรภ์ครั้งนี้เป็นอายุครรภ์ที่จะบันทึกลงในช่องนี้
 - Other Sign / Complain หมายถึง อาการหรือสิ่งตรวจพบอื่น ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์หรือมีผลต่อการตั้งครรภ์หรือการคลอด รวมถึงท่าของทารกที่อยู่ในครรภ์ (ซึ่งจะมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะ

ตั้งแต่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ เป็นต้นไป) เช่น บันทึกว่า ซา เป็นตะคริว และหลังอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ เป็นต้นไป ให้บันทึกท่าของเด็กที่อยู่ในครรภ์ทุกครั้ง (เช่น Breech, LOA, ROP เป็นต้น)

- Decision หมายถึง การตัดสินใจที่จะให้บริการ หรือคำแนะนำ จากการมารับบริการในครั้งนั้น

เช่น บันทึกว่า FBC 1x3 ลดอาหารเค็ม เป็นต้น

- FU หมายถึง Follow-up ให้บันทึกวันนัดที่จะให้ผู้รับบริการมารับบริการในครั้งต่อไป

✍ การบันทึก (ด้านหลัง)

1. กรอบบน ประวัติการคลอด

- Date..... หมายถึง วันที่คลอด ให้บันทึกวันที่เด็กคลอด

- Place..... หมายถึง สถานที่คลอด ให้บันทึกสถานที่ที่เด็กคลอด

- Type of Delivery..... หมายถึง ชนิดหรือลักษณะของการทำคลอด ให้บันทึกดังนี้

(i) ถ้าคลอดปกติ ให้บันทึก Normal Labour หรือ NL

(ii) ถ้าผ่าท้องคลอด ให้บันทึก Caesarian Section หรือ C/S

(iii) ถ้าคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วย ให้บันทึก Vacuum Extraction หรือ V/E

(iv) ถ้าคลอดโดยใช้คีมช่วย ให้บันทึก Forceps Extraction หรือ F/E

- Complication..... ให้บันทึกในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับแม่ในขณะคลอด

เช่น มีเลือดออกมาก ~ 500 cc เนื่องจากรกค้างและต้องล้างรก ให้บันทึก bleeding ~ 500 cc due to retain and remove placenta

- Child weight..... หมายถึง น้ำหนักเด็กที่คลอดให้บันทึกเป็นกรัม เช่น 3,200 gms.

- Sex..... หมายถึง เพศของเด็กที่คลอด

- มีช่องวงกลมให้เลือกระหว่าง Life Birth กับ Still Birth ให้บันทึกดังนี้

(i) เลือก Life Birth โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในวงกลม ในกรณีเด็กคลอดมีชีวิตรอด

(ii) เลือก Still Birth โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในวงกลม ในกรณีเด็กคลอดไม่มีชีวิตรอด

- Complication..... ให้บันทึกในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับเด็กที่คลอด ให้บันทึกใน

ลักษณะต่อไปนี้

(i) ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเนื่องจากการคลอด เช่น APGAR Score ต่ำ (เช่น 6,7,9 ให้บันทึก

APGAR 6,7,9) น้ำตาลในเลือดต่ำ ให้บันทึก Hypoglycemia เป็นต้น

(ii) เป็นความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital deformity) ให้บันทึกความผิดปกติที่พบในเด็กที่

คลอด เช่น Congenital Heart Disease, Clef-lip Clef-palate เป็นต้น

โดยอาจแสดงตัวอย่างได้ดังภาพ

(i) กรณีทำหมัน ให้บันทึกว่า ทำหมัน หรือ Sterilisation กรณีที่สามีทำหมันให้ระบุ โดยบันทึกว่า ทำหมัน (สามี) หรือ Sterilisation (สามี)

(ii) กรณีวางแผนว่าจะใช้วิธีกินยาคุม ให้บันทึกว่า กินยาคุม หรือ Pills

(iii) กรณีวางแผนว่าจะฉีดยาคุม ให้บันทึกว่า ฉีด ยาคุม หรือ Injection

(iv) กรณีวางแผนว่าจะใช้ถุงยางอนามัยให้บันทึกว่า ถุงยางอนามัย หรือ condom

(v) กรณีวางแผนว่าจะใส่ห่วงอนามัยให้บันทึกว่า ใส่ห่วงอนามัย หรือ IUD

(vi) กรณีวางแผนว่าจะไม่มีการวางแผนว่าจะคุมกำเนิด ให้บันทึกเหตุผล เช่น แยกกันกับสามี

- Opening Date of OC ให้บันทึก วัน-เดือน-ปี ที่เปิดบัตรปฏิบัติการวางแผนครอบครัว (OC-FP)

โดยปกติจะเปิดหลังจากคลอดแล้วประมาณ 6 สัปดาห์ (วันที่เปิดบัตรปฏิบัติการวางแผนครอบครัว ควรจะตรงกับวันที่ปิดบัตรปฏิบัติการสำหรับบันทึกสุขภาพมารดา)

ภาพแสดงตัวอย่างการบันทึกหลังคลอดส่วนนี้ แสดงดังภาพ

Date	BT	BP	lochia	Abdomen Perineal wound	Breast Feeding	Other Signs, complaints	Decision	Follow up
15/8/41	37.5 c	110/80 mmHg	normal	แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่บวมแดง	yes	- ไม่มีใครช่วยเหลือ - ปวดแผลบ้าง	- Paracetamol 1-2 tabs@prn for pain - สังเกตแผลผ่าตัด	เยี่ยมบ้าน 20/8/41

Plan For Method of Contraception Sterilisation Opening Date of O.C. 23/8/41

2.2 ทารก

- Date ให้บันทึกวันที่เยี่ยมทารกหลังคลอด (เป็นวันเดียวกับที่เยี่ยมมารดา) หรือวันที่ทารกถูกนำมา
รับบริการที่สถานบริการ

- BW ให้บันทึกน้ำหนักของทารกที่ชั่งได้ในขณะเยี่ยมบ้านหลังคลอด หรือในขณะที่ทารกถูกนำมา
รับบริการที่สถานบริการ

- Umbilicus ให้บันทึกสิ่งที่สังเกตได้จากการตรวจดูสะดือเด็ก เช่น และ มีหนอง แห้งดี

- Other Signs, Complaints บันทึกสิ่งที่เจ้าหน้าที่สังเกตเห็นหรือตรวจพบว่าผิดปกติ รวมทั้งอาการ
หรืออาการแสดงที่มารดาหรือผู้ดูแลเด็กสังเกตเห็นหรือพบว่าผิดปกติ และมีความเห็นร่วมกันว่าเป็น
ปัญหาสุขภาพของเด็ก เช่น ตัวเหลือง คุณนมได้น้อย ร้องกวนบ่อย ซึม เป็นต้น

- Decision หมายถึง การตัดสินใจแก้ปัญหา ในกรณีที่พบปัญหาจากการให้บริการในครั้งนั้น เช่น
บันทึกว่า แนะนำวิธีทำความสะอาดสะดือเด็ก (กรณีเด็กสะดือแฉะ) แนะนำวิธีการนำเด็กมาอยู่กลางแจ้ง

อ่อน ๆ ในช่วงเช้า (กรณีเด็กตัวเหลืองไม่มาก หรือกรณีที่เด็กตัวเหลืองซึ่งได้รับการส่องไฟจนกระทั่งอนุญาตให้กลับบ้านได้แล้วที่บ้านได้)

- Follow up หมายถึง การติดตามในครั้งต่อไป ให้บันทึกในกรณีที่มีการนัดครั้งต่อไป โดยบันทึกวันนัดที่จะให้มารับบริการที่สถานพยาบาล หรือวันนัดที่จะไปให้บริการหลังคลอดที่บ้านในครั้งต่อไป

- Opening Date of OC (WBC)..... หมายถึง วันที่เปิดบัตรปฏิบัติการของทารกซึ่งอย่างช้าควรจะตรงกับวันที่เด็กได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล

ภาพแสดงตัวอย่างการบันทึกส่วนทารกหลังคลอด แสดงดังภาพ

Date	BW.	Unbilicus	Other Signs, complains	Decision	Follow up
15/8/41	3,000 กรัม	แห้งดี	อุจจาระสีเหลือง, ไม่ค้อนมีปัสสาวะ	แนะนำไปกินนมผสม เห็นถ้ากินได้น้อย	20/8/41

Opening Date of O.C. (WBC) _____

15/8/41

๕ การบันทึก (ด้านหน้า)

1. ส่วนบนของบัตร

- ชนิด / ให้บันทึกชื่อโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัย เช่น เบาหวานบันทึกว่า DM, ความดันสูงบันทึกว่า HT, โรคหัวใจบันทึกว่า Heart เป็นต้น ถ้าเป็น 2 โรค ให้บันทึกทั้ง 2 โรค เช่น เป็นทั้ง DM และ HT ให้บันทึก DM + HT

- เลขที่ 1. วันที่.....

O.C. 2. วันที่.....

3. วันที่.....

เลขที่ หมายถึง ลำดับที่ของการวินิจฉัยโรคเรื้อรังโรคนั้น ในปีนั้น เช่น DM1/41, HT4/41,

Heart3/41 เป็นต้น

วันที่ หมายถึง วันที่เปิดบัตรปฏิบัติการ (OC) ของโรคเรื้อรังชนิดนั้น ๆ เช่น บันทึก 14/2/41

1....., 2....., 3..... หมายถึง จำนวนโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยสำหรับคนไข้คนนั้น

(ถึงแม้คนไข้คนเดียวจะได้รับการวินิจฉัยว่า มีโรคเรื้อรังหลายโรคแต่ให้ใช้บัตรปฏิบัติการใบเดียวกัน ยกเว้นคนไข้ TB ให้ใช้บัตรปฏิบัติการแยกต่างหาก) เช่น บันทึกว่า 1. DM 2/41 2. HT 7/41 เป็นต้น

- แผ่นที่..... หมายถึง จำนวนแผ่นของบัตรปฏิบัติการ ที่ใช้สำหรับคนไข้คนนั้น

(กรณีที่ แผ่นที่ 1 เต็ม ให้ต่อแผ่นที่ 2, 3, 4,...)

- เลขที่แฟ้มอนามัยครอบครัว หมายถึง บ้านเลขที่ ให้บันทึกบ้านเลขที่ ตามแฟ้มอนามัย

ครอบครัว

- ชื่อหัวหน้าครอบครัว ให้บันทึกชื่อหัวหน้าครอบครัว ตามแฟ้มอนามัยครอบครัว

- ชื่อ-สกุล..... เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....

สถานภาพสมรส..... อาชีพ..... ให้บันทึกให้ตรงกับข้อมูล ในแฟ้ม

อนามัยครอบครัว ถ้าข้อมูลในแฟ้มอนามัยครอบครัว ไม่เป็นปัจจุบัน ให้แก้ไขในแฟ้มอนามัยครอบครัวด้วย (ยกเว้น ข้อมูลเรื่องอาชีพที่ไม่มีอยู่ในแฟ้มอนามัยครอบครัว)

การบันทึกส่วนบนของบัตรปฏิบัติการโรคเรื้อรังแสดงได้ดังภาพ

ชนิด	DM+HT	เลขที่	1
เลขที่ 1	DM1/41	เลขที่แฟ้มอนามัยครอบครัว	๑๔๑/๑
O.C. 2	HT2/41	ชื่อหัวหน้าครอบครัว	นายสมบูรณ์ ทรัพย์
3			

บัตรบันทึกโรคเรื้อรัง

ชื่อ-สกุล

นางสาวไข รักเสมอ

เพศ

หญิง

วันเดือนปีเกิด

3 กรกฎาคม 2475

2. กรอบบน

- การวินิจฉัยโรค

โรคที่ 1.....

โรคที่ 2.....

โรคที่ 3.....

ให้บันทึกการวินิจฉัยว่า คนไข้ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคเรื้อรังอะไร

(i) ถ้าได้รับการวินิจฉัยเพียง 1 โรค ให้บันทึกเฉพาะในช่องโรคที่ 1 เท่านั้น

(ii) ถ้าได้รับการว่าเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ให้บันทึกตามจำนวนโรค ที่สามารถทำการวินิจฉัยได้ โดยเรียงลำดับของการวินิจฉัย เช่น บันทึกว่า โรคที่ 1 HT โรคที่ 2 DM โรคที่ 3 IHD (Ischemic Heart Disease)

- อาการนำ

โรคที่ 1..... เมื่อ.....

โรคที่ 2..... เมื่อ.....

โรคที่ 3 เมื่อ.....

อาการนำในที่นี่ หมายถึง อาการหรือสิ่งบอกเหตุที่สำคัญ ที่ทำให้คนไข้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ยกตัวอย่างเช่น

(i) กรณีคนไข้ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันสูงในช่องโรคที่ 1 ก่อนได้รับการวินิจฉัย ถ้าคนไข้มีปัญหาปวดศีรษะ ให้บันทึกในช่องโรคที่ 1 นี้ว่า ปวดศีรษะ รวมทั้งบันทึกเวลาที่เริ่มมีอาการ ในช่องเมื่อเช่นเริ่มมีอาการประมาณ เดือนกุมภาพันธ์ 2541 ให้บันทึกในช่องเมื่อว่ากุมภาพันธ์ 2541

(ii) กรณีคนไข้ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคเบาหวานในช่องโรคที่ 2 ก่อนได้รับการวินิจฉัย ถ้าคนไข้มีปัญหาปัสสาวะบ่อย ให้บันทึกในช่องโรคที่ 2 นี้ว่า ปัสสาวะบ่อย รวมทั้งบันทึกเวลาที่เริ่มมีอาการ ในช่องเมื่อ เช่น ผู้ป่วยจำเวลาแน่นอนไม่ได้ แต่บอกว่าเมื่อประมาณ 2 ปีก่อน (ปีที่ทำการบันทึกปี 2541) ให้บันทึกในช่องเมื่อว่า ปี 2539

- สถานที่ใดให้การวินิจฉัย และ รักษา โรคที่ 1.....

โรคที่ 2.....

โรคที่ 3.....

สถานที่ใดให้การวินิจฉัย และ รักษา ในที่นี่หมายถึง สถานที่ให้การวินิจฉัย หรือรักษาว่า คนไข้เป็นโรคเรื้อรังเป็นสถานที่แรก เช่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ให้การวินิจฉัยว่า เป็นโรคเบาหวานในช่องโรคที่ 1 ให้บันทึกในช่องโรคที่ 1 นี้ว่า รพ. พระนครศรีอยุธยา

UC (Urban Health Centre) รพท. รพศ. เอกชน สอ. รพช. เป็นเพียงตัวอย่างของสถานบริการที่อาจเป็นสถานที่ที่ให้การวินิจฉัยและรักษาเป็นสถานที่แรก

ตัวอย่างการบันทึกในกรณีดังกล่าวข้างต้น อาจแสดงได้ดังภาพ

การวินิจฉัยโรค	อาการนำ	โรคที่ 1	ปีสภาวะป่วย	เมื่อ	2539
โรคที่ 1 ----- DM		โรคที่ 2	ปวดศีรษะบ่อย	เมื่อ	กพ.2541
โรคที่ 2 ----- HT	สถานที่ใดให้การวินิจฉัย&การรักษา	โรคที่ 3		เมื่อ	
	* UC	* รพท.รพศ.	โรค 1		รพ.อยุธยา
	* เอกชน	* สอ. รพช.	โรค 2		รพ.อยุธยา
โรคที่ 3 -----			โรค 3		

3. กรอบล่าง บันทึกสิ่งตรวจพบที่สำคัญและการวางแผนรักษา (บันทึกเมื่อมีสิ่งตรวจพบที่สำคัญ หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาเท่านั้น)

- วันที่ ให้บันทึกวันที่ที่มีเหตุการณ์ต่อไปนี้

(i) วันที่ ที่เป็นวันแรกของเริ่มรักษา โรคเรื้อรังโรคนี้ ด้วยการบำบัดปฏิบัติกรบนี้

(ii) วันที่ ที่เป็นวันที่ทำการตรวจชั้นสูง หรือวันที่พบสิ่งตรวจพบที่สำคัญ

(iii) วันที่ ที่มีการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษา ซึ่งอาจจะเป็นวันเดียวกับ วันที่ทำการตรวจชั้นสูง หรือวันที่พบสิ่งตรวจพบที่สำคัญ

- ผลการตรวจชั้นสูง ให้บันทึกผลการตรวจชั้นสูง ที่มีผลต่อการตัดสินใจ ในการที่จะเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา สำหรับโรคนั้นโดยตรง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ช่องนี้จะบันทึก ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ซึ่งอาจจะสูงหรือต่ำเกินไป จนกระทั่งมีผลต่อ การเปลี่ยนแปลงการรักษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ช่องนี้จะบันทึกระดับความดันโลหิต (BP) ซึ่งอาจจะสูงหรือต่ำเกินไป จนกระทั่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษา

- สิ่งตรวจพบที่สำคัญอื่น ๆ ให้บันทึกสิ่งตรวจพบที่เกี่ยวข้อง เมื่อมีการตรวจ (ตามความจำเป็น) เช่น ผลการตรวจ EKG หรือ BUN, Creatinine ในคนไข้โรคความดันโลหิตสูงหรือคนไข้โรคเบาหวาน

- แผนการรักษา ให้บันทึก 3 อย่าง ในช่องนี้คือ

(i) สถานที่ที่ทำการรักษา เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา ให้บันทึกอย่างย่อว่า UC1 (หรือบางช่วงถูกส่งต่อไปรักษาที่ โรงพยาบาลอยุธยาให้บันทึกอย่างย่อว่า รพ.อย.)

(ii) ระยะเวลาที่จะใช้ในการติดตามต่อเนื่อง อย่างสม่ำเสมอ เช่น ติดตามทุกเดือน ให้บันทึกอย่างย่อว่า 1/1mo ติดตามทุก 2 สัปดาห์ ให้บันทึกว่า 1/2wks เป็นต้น

(iii) วิธีการที่จะให้การรักษา เช่น รักษาโดยการคุมอาหาร ให้บันทึกว่า diet control รักษาด้วยการให้บันทึกชื่อยา รวมทั้ง dose ของยา เช่น HCTZ 1x1 @ OD,

Chlorpropamide (250mg) 1x2 @ pc(อาจบันทึกอย่างย่อว่า CPP 250mg 1x2 @ pc)

การบันทึกส่วนที่บันทึกสิ่งตรวจพบที่สำคัญและการวางแผนการรักษาแสดงได้ดังภาพ

บันทึกสิ่งตรวจพบที่สำคัญและการวางแผนการรักษา (บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมีสิ่งตรวจพบที่สำคัญหรือเมื่อเปลี่ยนแปลงการรักษาเท่านั้น)

วันที่	ผลการตรวจขั้นสุด	สิ่งตรวจพบที่สำคัญอื่นๆ	แผนการรักษา
24/2/41	FBS 150mg%	EKG: supra ventricular tachycardia	รพ.อุบลฯ, FU 1/1 mo
			Diet control
24/3/41	BP150/100 mmHg		UCI, ยานพหาวน, FU 1/1 mo
2/5/41	BP180/110 mmHg	BUN, Creatinine ค่าผิดปกติ	HCTZ 1 X 1 @ OD.
			CPP 250 mg. 1x2 @ pc.
	FBS 130mg%		ยาเคมค้อ

- หมายเหตุ 1. สำหรับ HT.....

2. สำหรับ DM.....

3. โรคอื่น (ระบุ).....

ในช่องหมายเหตุนี้ ให้บันทึกใน 2 ลักษณะดังนี้

(i) เหตุผลอื่น (ถ้ามี) ที่จะสนับสนุนว่า ทำไมจึงให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังนั้น ๆ เช่น

- เดิมในช่อง HT ว่า BP 150/100 mmHg (14/3/41) และ 150/105 mmHg (21/3/41)

- เดิมในช่อง DM ว่า FBS 130 mg% (17/4/41) และ 150 mg% (1/5/41)

- เดิมในช่องโรคอื่น (ระบุ) ว่า IHD (กรณี ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic Heart Disease) บันทึกผล Lab, EKG หรืออาการ ที่เป็นการสนับสนุนว่าคนไข้เป็นโรคหัวใจขาดเลือด เช่น บันทึกว่า normal EKG (10/2/41) และ มี inverted T (15/6/41)

(ii) การวางแผน (Plan) สำหรับโรคนั้น (ถ้ามี) ยกตัวอย่างเช่น

- HT อาจวางแผนตรวจ BUN / Creatinine ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และ เป็น Moderate HT ส่วน EKG ,FBS,CHOL,TRIG,URIC ACID,CXR,EKG, และ

Fundoscopy อาจพิจารณาตามความเหมาะสม สำหรับรายที่ตัดสินใจตรวจสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ครั้งแรก อาจพิจารณาวางแผน ที่จะติดตามผลต่อทุก 6 หรือ 12 เดือน เป็นต้น

- DM อาจวางแผนตรวจ Bun/Crea วัดสายตา ตรวจเท้า ทุกราย เมื่อวินิจฉัยครั้งแรก ส่วน Fundoscopy, EKG, CHOL, TRIG, อาจพิจารณาตามความเหมาะสม สำหรับรายที่ตัดสินใจตรวจสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ครั้งแรก อาจพิจารณาวางแผน ที่จะติดตามผลต่อทุก 6 หรือ 12 เดือน เป็นต้น

การบันทึก (ด้านหลัง)

เป็นการบันทึกการนัดและการตรวจรักษา (บันทึกทุกครั้งที่พบผู้ป่วย)

1. วันที่นัด หมายถึง วันที่นัดหมายที่จะให้บริการครั้งต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการนัด ที่จะให้บริการที่บ้าน หรือที่สถานบริการก็ตาม ให้บันทึกบรรทัดถัดจากวันที่มาตรวจ

2. วันที่มาตรวจ หมายถึง วันที่ให้บริการในครั้งนั้น ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการที่บ้าน หรือที่สถานบริการก็ตาม

3. สาเหตุที่มาล่าช้าและปฏิบัติการ หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ช่องนี้จะใช้สำหรับบันทึก สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มาตามนัด รวมทั้งบันทึกกิจกรรมที่สืบเนื่องมาจากการไม่มาตามนัด ลักษณะการบันทึกเป็นดังนี้

(i) กรณีที่ผิวนัดแล้วมีการเยี่ยมบ้าน ให้บันทึกด้วยปากกาหรือดินสอสีแดง มีคำย่อ HV (Home Visit) นำหน้า เช่น HV ผป. ผิวนัดเนื่องจากไปธุระต่างจังหวัด (สำหรับ วัน-เดือน-ปี ที่มาเยี่ยมบ้านให้บันทึกด้วยปากกาหรือดินสอสีแดง ในช่องวันที่มาตรวจ รวมทั้งให้บันทึกวันนัดที่จะให้มารับบริการที่สถานบริการในครั้งต่อไป ในช่องวันนัด)

(ii) กรณีที่ผิวนัดแล้วไม่มีการเยี่ยมบ้าน แต่ทราบสาเหตุของการผิวนัด จากการมารับบริการของผู้รับบริการหรือญาติ ให้บันทึกด้วยปากกาหรือดินสอในลักษณะปกติ เช่น บันทึกว่า ผิวนัดเนื่องจากยายังมีกินอยู่

3. การตรวจร่างกาย & ชันสูตร ซึ่งประกอบไปด้วย

3.1 น้ำหนัก ให้บันทึกน้ำหนักผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในกรณีที่โรคเรื้อรังนั้น ๆ ต้องการทราบน้ำหนักของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมกำกับและประเมินผล สภาวะหรือสถานการณ์ของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต เป็นต้น

3.2 BP (ความดันโลหิต) ให้บันทึกความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในกรณีที่โรคเรื้อรังนั้น ๆ ต้องการทราบความดันโลหิตของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมกำกับและประเมินผล สภาวะหรือสถานการณ์ของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต (โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตของผู้ป่วยถือว่าเป็นตัวแปรที่สำคัญในการควบคุมกำกับและประเมินผลด้วย)

๔ การบันทึก (ด้านหน้า)

1. ข้อมูลด้านบนสุดของบัตร

- FF.NO..... ให้บันทึกบ้านเลขที่ตามที่บ้านที่กอยู่ในแฟ้มอนามัยครอบครัว
- หัวหน้าครอบครัว..... ให้บันทึกชื่อหัวหน้าครอบครัวตามที่บ้านที่กอยู่ในแฟ้ม

อนามัยครอบครัว

- ชื่อ-สกุล..... เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... ที่อยู่.....

ให้บันทึกให้ตรงกับข้อมูลที่มีอยู่ในแฟ้มอนามัยครอบครัว

2. กรอบสี่เหลี่ยมสำหรับบันทึก ประวัติที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ

- กลุ่มเลือด..... ให้บันทึกกลุ่มเลือดเมื่อทราบกลุ่มเลือดของสมาชิก เช่น บันทึกว่า

gr.A, gr.B, gr.AB, gr.O

- ประวัติโรคมึแพ้หรือการแพ้ยา..... ให้บันทึกเมื่อพบว่ามีอาการแพ้ เช่น บันทึกด้วยสี

แดงว่า แพ้ Sulfa, แพ้ Penicillin เป็นต้น

- ความพิการ..... ให้บันทึกในกรณีที่มีความพิการเกิดขึ้น ไม่ว่าจะมีความพิการตั้ง

แต่กำเนิด หรือความพิการที่เกิดขึ้นในภายหลังก็ตาม เช่น บันทึกว่า Congenital Heart Diseases

(Patent Ductus Arteriosus: PDA), Amputation of Left Little Finger (Motorcycle Accident)

3. กรอบสี่เหลี่ยมสำหรับบันทึก ประวัติการรับวัคซีน ภายหลังเด็กอายุครบ 5 ปี (ก่อนอายุ 5 ปี

ข้อมูลนี้จะอยู่ในบัตรปฏิบัติการ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี) การได้มาซึ่งข้อมูลเพื่อที่จะนำมาใช้บันทึกในช่องนี้มีความเป็นไปได้ดังนี้

- (i) ในกรณีที่สมาชิกมีการบันทึกข้อมูลตั้งแต่ตอนที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ข้อมูลนี้จะถูกนำมาจากบัตรปฏิบัติการสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หรือสมุดประจำตัวผู้รับบริการสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยนำ วัน-เดือน-ปี ของการรับวัคซีน มาบันทึกในตารางนี้
- (ii) ในกรณีที่สมาชิกไม่มีการบันทึกข้อมูลตั้งแต่ตอนที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ข้อมูลนี้จะเกิดจากการซักถามจากสมาชิกหรือญาติ ถ้าไม่ทราบตารางนี้จะถูกเว้นว่างไว้

4. ประวัติสำคัญอื่น ๆ ในที่นี้หมายถึงทั้งประวัติอดีต และประวัติปัจจุบันที่สำคัญ ซึ่งพิจารณา

ประวัติทั้งที่เป็น Physical Psychological และ Social ลักษณะของการบันทึกเป็นดังนี้

- (i) กรณีที่จะบันทึกในส่วนนี้เป็นประวัติอดีต จะถูกบันทึกโดยเฉพาะในกรณีที่ ข้อมูลของสมาชิก คนนี้ขาดการบันทึกอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ดังนั้น ข้อมูลนี้จึงได้จากการซักถาม เช่น ซักประวัติได้ว่า เมื่อ 10 ปีที่แล้วได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง (ปีนี้ปี 2541) ให้บันทึกว่า 2541 ได้รับการทำผ่าตัด Appendectomy (ถ้ามีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลนี้จะถูกบันทึกอยู่แล้ว อยู่ที่ด้านหลังของบัตรสรุปภาวะสุขภาพที่สำคัญ หรืออยู่ในบัตรปฏิบัติการสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกรณีที่สมาชิกคนนั้นอายุต่ำกว่า 5 ปี)

(ii) กรณีที่จะบันทึกในส่วนนี้เป็นประวัติปัจจุบัน จะถูกบันทึกทันทีเมื่อพบประวัติที่สำคัญ ซึ่งประวัตินี้จะไม่ถูกบันทึกที่ด้านหลังของบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ (ดูรายละเอียดการบันทึกด้านหลังของบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ) โดยบันทึก เดือน-ปี ที่เกิดเหตุการณ์ที่เป็นประวัติสำคัญดังกล่าวด้วย เช่น

- พบประวัติ พ่อ-แม่ หย่าร้าง ให้บันทึกว่า พฤษภาคม 2541 พ่อ-แม่ หย่าร้าง อยู่กับแม่ (พ่อมีภรรยาใหม่)

- พบประวัติสูบบุหรี่จัด ให้บันทึกว่า เมษายน 2541 สูบบุหรี่มาประมาณ 5 ปี วันละประมาณ 10 มวน ช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาเครียดเนื่องจากตงงาน สูบวันละประมาณ 2 ซอง

- พบดื่มสุรามากปกติที่ผ่านมาไม่ดื่ม ให้บันทึกว่า พฤษภาคม 2541 หลังจากภรรยาเสียชีวิต ดื่มสุราทุกวันวันละประมาณ 1 กลม มาประมาณ 2 เดือน

- พบว่าหยุดสูบบุหรี่หรือหยุดดื่มสุรา ให้บันทึก เดือน-ปี ที่เริ่มหยุด และสาเหตุที่ทำให้หยุด

จากกรณีตัวอย่าง หญิงไทย อายุ 36 ปีสมรสแล้ว มีประวัติแพ้ยา Sulfa ปี 2527 เคยประสบอุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์ชน ต้องตัดนิ้วก้อยด้านซ้ายส่วนบนถึง ปี 2541 ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง มีปัญหาภายในครอบครัว สามีดื่มสุราและชอบเที่ยวนอกบ้าน ทะเลาะบ่อย ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวที่บันทึกไว้ด้วย และเนื่องจากอายุมากกว่า 5 ปีจึงไม่มีการบันทึกในส่วนของการได้รับวัคซีน ตัวอย่างแสดงการบันทึกในกรณีดังกล่าว

บัตรสรุปสภาวะสุขภาพ (Synthesis card)

ชื่อ-สกุล นาง สมจิต สุดใจ เพศ หญิง วันเดือนปีเกิด 20 มี.ค.2505
ที่อยู่ ภู41 ต.หัวรอ อ.เมือง อุตรดิตถ์

ประวัติที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ

กลุ่มเลือด	gr.B
ประวัติโรคภูมิแพ้หรือการแพ้ยา	แพ้ยา Sulfu
ความพิการ	Amputation of Left Little Finger (Motorcycle accident)

ประวัติการรับวัคซีน (ระบุวันที่ได้รับ)

วัคซีน	1	2	3	B1	B2
BCG					
HBV					
DPT					
OPV					
Measles					
JEV					
Tetanus					

ประวัติสำคัญอื่นๆ

1.PHYSICAL 2541 ได้รับการผ่าตัด Appendectomy

2.PSYCHOSOCIAL สามีชอบเที่ยวนอกบ้าน คืบสุราบ่อย ทะเลาะกับภรรยาบ่อย

การบันทึก (ด้านหลัง) ซึ่งเป็นการสรุปการเจ็บป่วยหรือภาวะเสี่ยงที่สำคัญ
ตารางนี้จะใช้ในการบันทึกในกรณีต่อไปนี้

- กรณีที่มีการใช้บัตรปฏิบัติการ เพื่อบันทึกการให้การบริการอย่างต่อเนื่อง สำหรับสมาชิก เช่น กรณีโรคเรื้อรัง การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์ เป็นต้น
- กรณีที่สมาชิกได้รับการ admit ที่โรงพยาบาล เช่น เพื่อผ่าตัด เพื่อการคลอด หรือเพื่อการใช้เทคโนโลยีที่ไม่มีที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นต้น

สำหรับรายละเอียดของการบันทึกมีดังนี้

- วันที่พบปัญหา ให้บันทึกในลักษณะดังต่อไปนี้

- (i) กรณีที่มีการใช้บัตรปฏิบัติการ เพื่อบันทึกการให้บริการอย่างต่อเนื่อง การบันทึกในช่องนี้คือ ให้บันทึกวันที่ ที่เปิดบัตรปฏิบัติการ
- (ii) กรณีที่ต้องรับบริการด้วยการที่จะต้อง admit ที่โรงพยาบาล การบันทึกในช่องนี้คือให้บันทึกวันที่ที่ได้รับการ Admit

- วันที่ปัญหาสิ้นสุด ให้บันทึกในลักษณะดังต่อไปนี้

- (i) กรณีที่มีการใช้บัตรปฏิบัติการ ให้บันทึกวันที่ปิดบัตรปฏิบัติการ
- (ii) กรณีที่มีการ admit ให้บันทึกวันที่ discharge (วันที่คนไข้กลับจากโรงพยาบาล)

- ชนิด/เลขที่ O.C. ให้บันทึกในลักษณะต่อไปนี้

- (i) กรณีที่มีการใช้บัตรปฏิบัติการ ให้บันทึก ชนิดและเลขที่ของบัตรปฏิบัติการ เช่น บันทึกว่า O.C. DM No. 1
- (ii) กรณีที่มีการ Admit ให้บันทึก Hospital number ของเวชระเบียนของโรงพยาบาลที่ทำการ Admit

- ปัญหา / การวินิจฉัย / บริการที่ให้ ให้บันทึกในแต่ละส่วนดังนี้

- (i) ปัญหา ให้บันทึกปัญหาสุขภาพจากมุมมองของผู้รับบริการ ในการที่ทำให้ผู้รับบริการมารับบริการ ในที่นี้ให้บันทึกอาการนำ (Chief complain) ของผู้รับบริการ เช่น ปวดท้อง 2 วัน, ปวดศีรษะ 3 วัน, ไข้และอาเจียน 1 วัน เป็นต้น
- (ii) การวินิจฉัยโรค ให้บันทึกการวินิจฉัยจากมุมมองของผู้ให้บริการ ในที่นี้ให้บันทึกการวินิจฉัยโรคจากกรณีที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง จากการวินิจฉัยโรคกรณีที่มีการ admit ที่ โรงพยาบาล หรือจากชนิดของบัตรปฏิบัติการ เช่น Family Planning ให้บันทึก FP, การฝากครรภ์ให้บันทึก ANC เป็นต้น
- (iii) บริการที่ให้ หมายถึงวิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ๆ บันทึกเมื่อมีการตัดสินใจแก้ปัญหาสุขภาพ หรือมีการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ๆ แล้ว เช่น

- ผ่าตัด (Operation) การบันทึกขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดไส้ติ่ง บันทึกในส่วนนี้ว่า Appendectomy, ผ่าตัดไส้เลื่อนบันทึกในส่วนนี้ว่า Herniorrhaphy

- ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) อาจระบุด้วยว่าเป็นยากิน (Oral) หรือ ยาฉีด (Injection) เช่น บันทึกในส่วนนี้ว่า PGS Inj. + Gentamycin Inj, 2SHRZ / 4HT (เป็นสูตรการรักษาหนึ่งของ TB)

- รักษาตามอาการ (Symptomatic or Supportive treatment) เช่น กรณี Febrile Convulsion คนไข้ได้รับ Anti-Convulsive drug ให้บันทึกชื่อยาที่ได้รับ (กรณีนี้ให้บันทึก Phenobarbital-Oral)

- การให้บริการวางแผนครอบครัว เช่น บันทึกรว่า Contraceptive Pills, Contraceptive Injection, IUD เป็นต้น

- การให้บริการสำหรับหญิงมีครรภ์ ถ้าให้บริการทั้งก่อนคลอด คลอด (ถึงแม้จะคลอดที่โรงพยาบาล) และหลังคลอด เช่น บันทึกรว่า Normal risk ANC - NL - Normal Post Partum

- การให้บริการอื่น ๆ เช่น Insulin injection หรือ Drug oral (อาจาอะบู่ซ็อยยา) สำหรับ DM, Anti hypertensive Oral Drugs

- ผลการให้บริการ / การรักษา หมายถึง การบันทึกผลของการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ให้บันทึกในลักษณะดังต่อไปนี้

(i) กรณีที่มีการใช้บัตรปฏิบัติการ ให้บันทึกเมื่อมีการปิดบัตรปฏิบัติการ

- โรคเรื้อรัง : ให้บันทึกว่า Death หรือ เสียชีวิต กรณีเสียชีวิต ; ให้บันทึกว่า ไม่สมัครใจรักษาต่อ กรณีไม่สมัครใจรักษาต่อ ; ให้บันทึกว่า Cure ในกรณีหายขาด (เช่น TB รักษาครบ course) ; กรณีย้ายสถานที่ที่ทำการรักษา ให้ระบุว่าย้าย (ถ้าผู้รับบริการเปลี่ยนสถานะไปเป็นสมาชิก ที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวแห่งอื่น ให้ส่งบัตรปฏิบัติการและบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ ไปยังสถานบริการแห่งนั้นด้วย)

- หญิงมีครรภ์ : ให้บันทึกน้ำหนักและเพศของทารก ในกรณีที่ไม่มีความผิดปกติ เช่น บันทึกว่า หญิง 3,100 gm ; ให้บันทึกน้ำหนักและเพศของทารก รวมทั้งความผิดปกติด้วย ในกรณีที่มีความผิดปกติ เช่น บันทึกว่า ชาย 3,200 gms + Club Foot

- การวางแผนครอบครัว : ให้บันทึกผลของการวางแผนครอบครัวหลังจากปิดบัตรปฏิบัติการแล้ว โดยบันทึกในลักษณะต่อไปนี้ กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่ตั้งครรภ์ ให้บันทึกว่า ไม่ตั้งครรภ์ ; กรณีที่มีปัญหาจนต้องหยุดการวางแผนครอบครัว ให้บันทึกปัญหานั้น ๆ เช่น แพ้ยา มีเลือดออกมากผิดปกติ (กรณีที่มีปัญหาแล้วผู้รับบริการต้องการคุมกำเนิดต่อ แต่เปลี่ยนวิธี ซึ่งรายละเอียดจะอยู่ในบัตรปฏิบัติการ ถ้ายังไม่ปิดบัตรปฏิบัติการ ไม่ต้องปัญหาที่ช่องนี้)

(ii) กรณีที่ Admit ให้บันทึกผลการให้บริการหลังจากที่มีการ Discharge แล้ว เช่น

- กรณีเสียชีวิต ให้บันทึกว่า เสียชีวิต หรือ Death


- กรณีหายขาดจากปัญหาสุขภาพนั้น โดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หลังจากทำ Appendectomy แล้วไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้บันทึกว่า Cure

- กรณีที่ต้องให้การดูแลต่อที่สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว เช่น โรคเรื้อรัง ให้ บันทึกว่า Continue treatment (จะมีชนิด และเลขที่ OC ซึ่งจะมีรายละเอียดของการ treatment)

๗ บัตรบันทึกการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB-OC)(บัตรนี้เป็นของกองวัณโรคกรมควบคุมโรคติดต่อ)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้สำหรับผู้รับบริการที่เป็นสมาชิก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควัณโรค (TB) และ มารับบริการที่ศูนย์แพทย์ฯ หรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคเป็นสมาชิกอยู่
2. เพื่อใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการได้รับบริการของผู้ป่วยวัณโรค ข้อมูลนี้จะถูกบันทึกทั้งในขณะที่ให้บริการที่ศูนย์แพทย์ฯ หรือสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ขณะให้บริการที่บ้าน และขณะให้บริการที่โรงพยาบาล
3. เพื่อที่สามารถทราบข้อมูลได้ง่าย ในกรณีผู้ป่วยวัณโรคขาดนัด ทำให้มีความสะดวกในการที่จะวางแผนเพื่อการติดตาม (active-follow-up) ต่อไป
4. เพื่อช่วยทำให้ผู้ให้บริการสามารถนำข้อมูลที่ถูกบันทึกอยู่ในบัตรนี้ ไปใช้ในการวางแผนหรือกำหนดยุทธวิธีที่จะให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรควัณโรค ข้อมูลที่เป็นการวางแผนรวมทั้งยุทธวิธีที่กำหนดจะถูกบันทึกอยู่ในบัตรนี้เช่นกัน

ลักษณะบัตร 

บัตรจะเป็นแบบฟอร์มของกองวัณโรค มีลักษณะความกว้าง 21.3 cms. ยาว 33.7 cms. พื้นบัตรมีสีขาว ตัวอักษรพิมพ์ ด้วยสีขาว มีรูปร่างของปอด ประกอบไว้ให้บันทึกด้วย มีรายละเอียดพิมพ์ไว้ 2 ด้าน

2. กรอบสี่เหลี่ยมบนด้านขวา ผลการทดสอบความไวต่อยา บันทึกลงในกรณีที่มีการทำการส่งเสมหะ เพื่อทำการเพาะเชื้อและทดสอบความไวของยา ตัวอย่างการบันทึกเป็นดังภาพ

กรณีที่ไม่มีปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยา หรือยาสามารถตอบสนองต่อเชื้อได้ดีให้บันทึก S (sensitive) กรณีที่เชื้อดื้อยาหรือไม่สามารถตอบสนองต่อเชื้อ ให้บันทึก R (resistant)

ผลการทดสอบความไวต่อยา

ครั้งที่	วันที่ส่งเสมหะ	S	H	R	E	K	C		
1	12/3/41		S	S	S				

S หมายถึง Streptomycin

H หมายถึง INH(Isoniasid)

R หมายถึง Rifampicin

E หมายถึง Ethambutol

K หมายถึง Kanamycin

C หมายถึง Cyclocerin

3. ตาราง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกในกรณีของการตรวจเสมหะเพื่อการวินิจฉัย TB ตัวอย่างการบันทึกเป็นดังภาพ

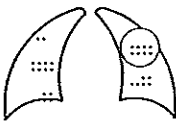
วันที่	การตรวจ / ผล
20/1/41	Sputum for AFB 3 ครั้ง ผล positive ทั้ง 3 ครั้ง

4. กรอบสี่เหลี่ยมล่าง

(i) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ใ้ตชื่อ ชื่อ สกุล อาชีพ ที่อยู่ สถานภาพสมรส ศาสนา (ใ้ตชื่อ ในที่นี้ให้บันทึก ชื่อหัวหน้าครอบครัวที่อยู่ในแ่หมอนามัยครอบครัว)

(ii) ข้อมูล X-Ray ในกรณีที่มีการทำ X-Ray จากการตรวจวินิจฉัยครั้งแรก

การบันทึกข้อมูลทั่วไปและกรณีที่มีการเอกซ์เรย์ ในส่วนต้นของแบบฟอร์ม แสดงได้ดังนี้

ชาย	โค้ดชื่อ	นาย สิงห์คำ คุณานูวัฒน์	ที่อยู่	306/98 ตำบลท่าวาสุกรี	เลขที่	อบ 452/41
หญิง	ชื่อ	นาย สิงห์คำ	อำเภอ	พระนครศรีอยุธยา	วันที่	20/1/41
อายุ	สกุล	คุณานูวัฒน์	จังหวัด	พระนครศรีอยุธยา		
56 ปี	อาชีพ	รับจ้าง	ศาสนา	พุทธ		
สถานภาพสมรส	สมรส					

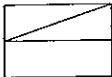
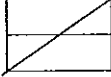
- (iii) อาการ ให้บันทึกอาการที่ทำให้คนไข้มารับการตรวจรักษา ในการที่ทำให้คนไข้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคในครั้งนี้
- (iv) ประวัติ BCG / BCG Scar ให้บันทึกประวัติการได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันวัณโรค (นอกจากทราบจากการซักประวัติแล้ว ในกรณีที่มีการบันทึกประวัติอย่างต่อเนื่อง ระยะยาว ประวัตินี้สามารถทราบได้จาก บัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ)
- (v) ประวัติการรักษาวัณโรค ให้บันทึกในกรณีที่มีผู้ป่วยมีประวัติของการรักษาวัณโรคมาก่อน (นอกจากการซักประวัติแล้ว ในกรณีที่มีการบันทึกประวัติอย่างต่อเนื่องระยะยาว ประวัตินี้สามารถทราบได้จาก บัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ)
- (vi) ประวัติแพ้ยา (นอกจากการซักประวัติแล้ว สามารถทราบได้จากบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ)
- (vii) ประวัติผู้สัมผัสโรค ให้บันทึกจำนวนผู้สัมผัสโรคทั้งหมด รวมทั้งบันทึกจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่สัมผัสโรคด้วย
- (viii) มีวัณโรคระบบ หมายถึงมีวัณโรคระบบร่วมด้วยหรือไม่
- การบันทึกข้อมูลส่วนที่เหลือ ในส่วนล่างของแบบฟอร์ม แสดงได้ดังนี้




อาการ	ประวัติการรักษาวัณโรค
(X) ไอ 5 วัน/เดือน	<input checked="" type="radio"/> ไม่เคยตรวจวัณโรคมาก่อน เคยดูแลบิดาที่เป็นวัณโรค ปีที่ผ่านมา ผ่านคัดไส้ตั้ง ปี 2525 ประวัติอื่นๆ
(X) เสมหะ สีขาวขุ่น เหนียว	
(X) ไอเป็นเลือด 7 วัน/เดือน	
(X) เจ็บหน้าอก บางครั้ง วัน/เดือน	
() หอบ-เหนื่อย วัน/เดือน	
(X) เป็นไข้ 3 วัน/เดือน	ประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติแพ้ยา
() อื่น ๆ	
ประวัติ BCG/BCG scar	
(X) 1. ดีล (X) แผลเป็น 1 แผล	ประวัติผู้สัมผัสโรค ³ ราย
() แผลเป็น 2 แผล	เด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ราย
() ไม่มีแผล	
2. ไม่เคยดีล	() มีวัณโรคในระบบ ร่วมด้วย

๕ การบันทึก (ด้านหลัง)

1. ระบบยา ให้บันทึกสูตรของยาที่ใช้ เช่น 2HRZE/4HR
2. การจ่ายยา
 - (i) วันรับยา หมายถึงวันที่มารับบริการและรับยา
 - (ii) ชนิด หมายถึงชนิดของยาที่ให้ เช่น INH บันทึก H, Rifampicin บันทึก R
 - (iii) จำนวนยา ให้บันทึกเป็นลักษณะของระยะเวลาที่ให้ยาไปในครั้งนั้น (ดังตัวอย่างในบัตร)
3. ติดตาม
 - (i) วันนัด หมายถึง วันนัดที่จะให้มารับบริการในครั้งต่อไป
 - (ii) วันติดตาม หมายถึง ในกรณีที่มีการผัดนัดแล้วมีการติดตาม เช่นติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน ให้บันทึกวันที่ทำการติดตาม
4. ผลเสมหะ
 - (i) M : Microscopic exam หมายถึง การตรวจเสมหะจากการใช้กล้องจุลทัศน์ การที่จะทำให้ได้มาซึ่งเสมหะ มีความเป็นไปได้ 2 วิธี คือ 1. Col: Collect sputum เช่น ได้เสมหะในขณะที่ตื่นเช้า 2. Sp : Spot sputum เช่น ได้เสมหะในขณะที่ผู้ป่วยมาตรวจ การบันทึกในช่องนี้ ให้บันทึกผลของการตรวจว่า +ve หรือ - ve โดยให้บันทึกลงในช่องของวิธีที่ทำให้ได้เสมหะมา
 - (ii) C : Culture ให้บันทึกว่า + ve หรือ - ve ในกรณีที่มีการส่ง Culture (ถ้า + ve และมี การทดสอบความไวของยา ให้บันทึกที่ด้านหน้า)
5. น้ำหนัก ให้บันทึกน้ำหนักที่ชั่งได้จากการให้บริการในครั้งนั้น
6. การดำเนินโรค : อาการ/อาการแสดง รายการจ่ายยาอื่น ๆ และผลเอกซเรย์
 - (i) อาการ/อาการแสดง หมายถึง ให้บันทึกอาการ หรืออาการแสดง ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโรคในขณะที่ให้การรักษา เช่น คั้นเนื่องจากแพ้ยา ไอมากขึ้น ไอน้อยลง เป็นต้น
 - (ii) รายการจ่ายยาอื่น ๆ หมายถึง ให้บันทึก ในกรณีที่มีการจ่ายยาอย่างอื่นที่นอกเหนือไปจาก ยารักษาวัณโรค
 - (iii) ผลเอกซเรย์ หมายถึง การตรวจเอกซเรย์หลังจากการเอกซเรย์ครั้งแรก ให้บันทึกผลของเอกซเรย์ รวมทั้งลักษณะของเอกซเรย์ลงในช่องที่มีรูปปอด
 - (iv) การบันทึกอื่น ๆ ให้บันทึกผลของการเยี่ยมบ้าน เช่น กรณีติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน ให้บันทึกสาเหตุของการไม่มาตามนัด (เช่น ยังมียากินอยู่)

การบันทึกด้านหลังของแบบบันทึก ทั้งเรื่องแนวทางการรักษา การตรวจเพื่อวินิจฉัย การตรวจรักษา การติดตามผลการรักษาและอื่นๆ แสดงได้ดังตัวอย่างนี้

การลงจำนวนยา ให้ขีดในช่อง  = 1/2 เดือน  = 1 เดือน ระบบยา 2HRZE/4HR

การจ่ายยา			ติดตาม		ผลเสมหะ			น้ำ หนัก	การดำเนินโรค อาการ / อาการแสดง รายการจ่ายยาอื่น ๆ และผลเอกซเรย์
วัน รับยา	ชนิด	จำนวน	วันนัด	วัน ติดตาม	M		C		
					sp.	col			
21/1/41	HRZE		22/2/41		+VE			48	ไอมากขึ้น เจ็บอกมากขึ้น
22/2/41	HRZE		22/3/41			+VE		46	ผลเอกซเรย์ดีขึ้น ให้อา MTV 1x2@ pc
22/3/41	HR		22/4/41	เยี่ยมบ้าน 30/3/41		- VE		47	ไปเยี่ยมที่บ้าน ยังมียากินอยู่

M : Microscopic exam Col : Collect sputum sp : Spot sputum C : Culture

⑧ บัตรนัดผู้รับบริการ (Appointment Card)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้บัตรนี้ในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพนั้นมีการใช้บัตรปฏิบัติการ แต่ไม่มีสมุดประจำตัว ผู้รับบริการ เช่น กรณีผู้ป่วยวัดโรค และกรณีผู้รับบริการวางแผนครอบครัว การบันทึกข้อมูลบัตรนี้ จะเป็นการบันทึกข้อมูลที่เป็นการนัด และข้อมูลที่เป็นบริการที่สำคัญที่ผู้รับบริการได้รับ

2. เพื่อช่วยทำให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วม และตระหนักในการดูแล สุขภาพของตนเอง โดยผู้รับบริการจะเป็นผู้เก็บบัตรนี้ไว้ ดังนั้น การบันทึกข้อมูลจึงต้องให้ความสำคัญกับการที่จะทำให้ผู้รับบริการหรือญาติสามารถอ่าน ทำความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการใช้ระบบข้อมูลนี้ได้ด้วย

3. เพื่อส่งเสริมการมารับบริการ และการมีข้อมูลอย่างต่อเนื่องในระหว่างการมีปัญหาปัญหาสุขภาพนั้นๆ ของผู้รับบริการ

ลักษณะบัตร

กระดาษแข็งสีเขียวพิมพ์รายละเอียดทั้ง 2 หน้าพับครึ่งได้ ขนาดบัตรยาว 21 ซม. กว้าง 14.8 ซม.

ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา

บัตรนัดผู้รับบริการ

ชื่อ - สกุล

วัน/เดือน/ปีเกิด

บ้านเลขที่

ชนิด/ เลขที่ O.C. / วันที่ออกบัตร

* สุขภาพของท่าน เราห่วงใย โปรดมาตามนัด *

ด้านหน้า

วันที่มา	รายการ	นัดครั้งต่อไป วันที่ - เวลา

ด้านหลัง

๕ การบันทึก (ด้านหน้า)

- ข้อมูลทั่วไป ชื่อ - สกุล วัน / เดือน / ปี และบ้านเลขที่ ของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยที่ต้องการนัด
- ชนิด / เลขที่ OC ให้บันทึกในกรณีที่มี OC เช่น OC Malnutrition 1/37 กรณีที่ไม่มี OC เช่น การนัดฉีด PCEC ให้บันทึกคำว่า PCEC
- วันที่ออกบัตร ให้บันทึกวันที่ออกบัตรใบนี้ให้ เช่น OC Malnutrition 1/37 1 ม.ค. 2537 หรือ PCEC 1 ม.ค. 2537

ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา บัตรนัดผู้รับบริการ

นางสมจิต หมายจงดี

ชื่อ - สกุล
 วัน เดือน ปีเกิด 22 สิงหาคม 2499
 บ้านเลขที่ จ115/5 ต. หอรัตนไชย อ.ยุรยา
 ชนิด/ เลขที่ O.C. / วันที่ออกบัตร นัดฉีด PCEC / PCEC 3 มี.ค. 2537

* สุขภาพของท่าน เราห่วงใย โปรดมาตามนัด *

๕ การบันทึก (ด้านหลัง)

- วันที่มา ให้บันทึกวันที่ที่มาตรวจหรือมารับบริการ
- รายการ ให้บันทึก สิ่งที่ต้องการ Monitor เช่น น้ำหนัก รวมทั้งลักษณะของการให้บริการ กรณีให้ยา ให้บันทึก ชื่อยา ขนาดยา และวิธีการให้ยา เช่น PCEC 1 vial IM ครั้งที่ 1
- นัดครั้งต่อไป ให้บันทึกวันที่ที่ต้องการนัดให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกลับมา ติดต่ออีกในครั้งต่อไป

วันที่มา	รายการ	นัดครั้งต่อไป วันที่ - เวลา
7 พ.ค. 2541	PCEC 1 vial IM ครั้งที่ 1	7 ส.ค. 2541
7 ส.ค. 2541	PCEC 1 vial IM ครั้งที่ 2	9 พ.ย. 2541


ช่องที่ 9 ประเภทบัตรของผู้ที่มีบัตรปฏิบัติการ(OC)และ/หรือบัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญ(SC)
ช่องที่ 10 รหัสประจำตัวของสมาชิก

๕ การใช้/การบันทึก

1. ที่ปกด้านหน้า

- บ้านเลขที่..... ให้บันทึกบ้านเลขที่ เช่น ข 67
- หมู่ที่..... ให้บันทึกหมู่ที่ เช่น หมู่ที่ เช่น ม. 3
- ตำบล..... ให้บันทึกตำบล เช่น ตำบลอุโมง
- หัวหน้าครอบครัว..... ให้บันทึกชื่อของหัวหน้าครอบครัว หรือบุคคลในครอบครัวที่เป็นที่รู้จักของทุกคนในครอบครัว
- ช่องว่าง ที่ตั้งของบ้าน/ลักษณะของบ้าน/เพื่อนบ้านใกล้เคียง/หรือคนที่มีชื่อเสียงในย่านนั้น ให้บันทึกดังนี้

	บ้านเลขที่ ข 67 หมู่ 3 ตำบล คูทอง หัวหน้าครอบครัว นายมีสุข กิ่งแก้ว
--	--



ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา
 โดยความร่วมมือของ เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา และกระทรวงสาธารณสุข

เพิ่มอนามัยครอบครัว

ที่ตั้งของบ้าน / ลักษณะของบ้าน / เพื่อนบ้าน
ใกล้เคียงหรือคนที่มีชื่อเสียงในย่านนั้น

โรงเรียน	ข61	ข63	ข65	ข67	ข 69/71	ข61	อ.ค.ท.พ. วัด	ถนน ป่าไทร	อาชิวะ
ถนน คูทอง ⇌ ทางไปสง.									
โรงเรียน	ประมาต	เรียนเดิม							
วัด บูรณศิริ		ข48							

2. ปกในด้านซ้าย มีลักษณะเป็นช่อง ให้ใช้เป็นที่เก็บบัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญและ
 บัตรปฏิบัติการสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปกในด้านซ้าย ให้บันทึกดังนี้
- เลขที่เพิ่ม..... ให้บันทึกบ้านเลขที่ เช่น ข 67 (บันทึกเพื่อความสะดวกในการค้นเพิ่ม)
 - หัวหน้าครอบครัว..... ให้บันทึกชื่อของหัวหน้าครอบครัว หรือบุคคลในครอบครัวที่
 เป็นที่รู้จักของทุกคนในครอบครัว (บันทึกเพื่อความสะดวกในการค้นเพิ่ม)

- บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... เขตเทศบาลเมือง นครศรีอยุธยา ให้บันทึกในลักษณะเดียวกันกับที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

บ้านเลขที่๙๕๗..... หมู่๓..... ตำบลทุ่งทอง..... เขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

ลำดับที่	วันที่ลง ทะเบียนใน FF	เพศ	ชื่อ - สกุล	วันเดือนปี เกิด	ความสัมพันธ์ ในครอบครัว	สิทธิในการ รักษาพยาบาล	การจำหน่ายชื่อออกจากแฟ้ม		ประเภทบัตร		รหัส
							วันที่	สาเหตุ	SC	OC	

- ข้อมูลในตารางให้บันทึกในลักษณะดังต่อไปนี้

- (i) ลำดับที่ ให้บันทึกตามลำดับที่ของสมาชิกในครอบครัว
- (ii) วันที่ลงทะเบียนใน FF ให้บันทึก วัน-เดือน-ปี ที่รับบุคคลนั้น ๆ เป็นสมาชิก (วันที่บันทึกชื่อลงในแฟ้มอนามัยครอบครัว)
- (iii) เพศ ให้บันทึกเพศ โดยใช้คำว่า ช สำหรับเพศชาย ญ สำหรับเพศหญิง
- (iv) ชื่อ - สกุล ให้บันทึกชื่อและนามสกุล โดยไม่ต้องระบุคำว่า นาย นาง ดญ. ดช. นำหน้า (เนื่องจากข้อมูลนี้จะมีการเปลี่ยนแปลง แต่แฟ้มอนามัยครอบครัวจะใช้ตลอดไป)
- (v) วันเดือนปีเกิด ให้บันทึก วัน-เดือน-ปี เกิดของสมาชิกแต่ละคน เช่น 10 ธันวาคม 2508
- (vi) ความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้บันทึกความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อหัวหน้าครอบครัว เช่น คนที่ 1 เป็นหัวหน้าครอบครัว คนต่อๆ มาอาจเป็น ภรรยา น้อง บุตร หรือเป็นบิดา มารดา ของหัวหน้าครอบครัว
- (vii) สิทธิในการรักษาพยาบาล ให้บันทึกตามสิทธิพิเศษของสมาชิก เช่น เบิกได้ มีบัตรสงเคราะห์ บัตรประกันสังคม ไม่มีสิทธิ ฟรีเพราะยากจน ฟรีเพราะอายุมากกว่า 60 ปี (> 60) ฟรีเพราะอายุน้อยกว่า 1 ปี (< 1) รวมทั้งบัตรลดหย่อนตามที่ราชการกำหนด
- (viii) การจำหน่ายชื่อออกจากแฟ้ม วันที่ ให้บันทึกวันที่ โดยบันทึก วัน-เดือน-ปี ที่จำหน่ายสมาชิกออกจากความ รับผิดชอบ เช่น 10/2/41

สาเหตุ ให้บันทึกสาเหตุที่จำหน่ายสมาชิกนั้นออกจากความรับผิดชอบ เช่น ตาย ย้ายที่อยู่

(ix) ประเภทบัตร

SC ให้บันทึกโดยการทำเครื่องหมาย / ในช่อง SC ในกรณีที่สมาชิกมี SC

OC ให้บันทึก ชนิด / เลขที่ OC ในกรณีที่ OC (ทุกคนที่มี OC จะต้อง SC)

(x) รหัส ให้บันทึก ตัวเลข 6 หลักตามลำดับที่รับไว้เป็นสมาชิก เช่น คนที่ 1 ให้ใส่รหัส

000001 คนที่ 4859 ให้ใส่รหัส 004859

กรณีตัวอย่างที่ใช้ในการบันทึกส่วนด้านในซ้ายมือ ของแฟ้มอเนกนามัยของผู้รับบริการ

บ้านเลขที่จ.๕๗..... หมู่๕..... ตำบลอำเภอ.....เขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

ลำดับที่	วันที่ลงทะเบียนใน FF	เพศ	ชื่อ - สกุล	วันเดือนปีเกิด	ความลับพันธ์ในครอบครัว	สิทธิในการรักษาพยาบาล	การจำหน่ายชื่อออกจากแฟ้ม		ประเภทบัตร		รหัส					
							วันที่	สาเหตุ	SC	OC						
1	3 มี.ค.2537	ช	ประพันธ์ เกิดทรัพย์	8 มี.ค. 2470	บิดาผู้มีครอบครัว	ข้าราชการบำนาญ	14.8.41	ตาย	/	CC-SC	0	0	0	0	0	8
2	9 มี.ค.2537	ช	วิจิตร เกิดทรัพย์	30 มี.ค. 2490	พี่น้องในครอบครัว	ไม่ได้			/	CC-HI	0	0	0	0	5	9
3	22 มี.ค.2537	ญ	กวางเกตุ สมใจ	25 มี.ค. 2483	น้อง	ไม่ได้			/	CC-ANC	0	0	1	9	4	0
4	14 มี.ค.2539	ญ	สุจิตรา เกิดทรัพย์	17 มี.ค. 2513	น้อง	ไม่ได้					0	0	1	6	0	1
5	14 มี.ค.2541	ช	สุจิต จิตต์หมาย	15 มี.ค. 2518	น้อง	ไม่มีสิทธิบัตร					0	0	4	0	5	7
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																

⑩ เพิ่ม/ กล่องปฏิทินวันนัด (Daily-File or Daily-Box)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ใส่บัตรปฏิบัติการชนิดต่างๆ โดยเฉพาะกรณีที่ต้องมีการใช้และเพื่อรับบริการที่ต่อเนื่อง เช่น กรณีผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องมารับยาตามนัด กรณีที่เด็กสุขภาพดีต้องมารับการฉีดวัคซีนตามกำหนด
2. เพื่อความสะดวกในการทราบวันที่ต้องติดตามการบริการที่ต่อเนื่อง(Active follow up)ของผู้รับบริการ เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อผู้รับบริการไม่มารับบริการตามกำหนด

ลักษณะแฟ้มปฏิทินวันนัด

เป็นแฟ้มกระดาษแข็งที่มีขนาดเดียวกับแฟ้มอนามัยครอบครัวคือ กว้าง 9.4 นิ้ว ยาว 14.1 นิ้ว โครงสร้างจัดเรียงไว้อย่างแข็งแรง เป็นระเบียบ และแยกเป็นแฟ้มตามจำนวนวันของแต่ละเดือน หรืออาจเป็นลักษณะกล่องที่ทำด้วยไม้ แบ่งเป็นช่องสำหรับใส่บัตรปฏิบัติการชนิดต่างๆ เฉพาะของผู้รับบริการที่มีนัดโดยแบ่งช่องตามจำนวนวันของแต่ละเดือน ทั้งสองแบบจะติดวันที่เฉพาะไว้ใน แต่ละแฟ้ม/ช่อง เพื่อความง่ายในการสังเกต

การใช้

1. กรณีที่ผู้รับบริการมาตามทีมนัด บัตรปฏิบัติการที่จำเป็นต้องใช้จะอยู่ในช่องของวันทีมนัดมารับบริการ โดยจะตั้งขึ้นให้เห็นชัดเจน เพื่อความสะดวกของผู้ใช้ซึ่งจะนำออกมาใช้ร่วมกับแฟ้มอนามัยครอบครัว กรณีที่ผู้รับบริการไม่มาตามนัด บัตรปฏิบัติการของผู้ที่ไม่มาจะอยู่ในแนวตั้ง
2. เมื่อมีการใช้บัตรปฏิบัติการและแฟ้มอนามัยครอบครัวในการบริการครั้งนั้นเสร็จสิ้นโดยที่ไม่มีการนัดเพื่อรับบริการต่อในครั้งถัดไป บัตรปฏิบัติการนั้นก็จะถูกเก็บในแฟ้มอนามัยครอบครัวและนำเก็บเข้าที่ในแฟ้ม /กล่องปฏิทินวันนัด ก็จะไม่มีการปฏิบัติการของผู้รับบริการนั้นเก็บอยู่
3. สำหรับผู้รับบริการที่มีนัดต่อเนื่อง เมื่อเสร็จสิ้นการรับบริการครั้งนั้น บัตรปฏิบัติการดังกล่าวจะถูกเก็บไว้ในช่องวันนัดครั้งต่อไป แฟ้มอนามัยครอบครัวก็จะถูกเก็บเข้าที่เพื่อความพร้อมในการรับบริการครั้งต่อไป

กรณีที่มีการนัดมากกว่า 4 สัปดาห์ บัตรปฏิบัติการนั้นจะเก็บตามช่องของเดือนที่นัดของแฟ้ม/กล่องปฏิทินวันนัด ที่จัดเป็นมิติ 12 เดือนใน 1 ปีโดยแยกเป็นอีกส่วนเพื่อความสะดวก

ผู้รับบริการที่มีนัดแต่ไม่ได้มารับบริการด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม ในช่องของวันทีมนัดในแฟ้ม/กล่องปฏิทินวันนัด จะมีบัตรปฏิบัติการของผู้รับบริการรายนั้นเก็บในแนวตั้งอยู่ ซึ่งจะมีแผนเพื่อติดตามการเยี่ยมบ้านต่อไป

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายปรีชา เจียมพิริยะ	
วัน/เดือน/ปี เกิด	17 พฤศจิกายน 2505	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพนักงานอนามัย	วิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขอนแก่น	2525
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช	2530
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช	2532
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วิทยาการคอมพิวเตอร์)	สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี	2540
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2542
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน		
ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	ปีที่ทำงาน
เจ้าหน้าที่สุขาภิบาล 1 - 3	สถานีอนามัยบ้านหนองไฮน้อย อ.ชานฆาน จ.อุบลราชธานี	2525-2531
นักวิชาการสาธารณสุข 3	สนง.สาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ	2531-2532
นักวิชาการสาธารณสุข 4 - 5 (ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่าย)	ฝ่ายแผนงานและประเมินผล สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	2532-2536
นักวิชาการสาธารณสุข 6	สนง.สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ	2536-2539
นักวิชาการสาธารณสุข 7	ช่วยราชการที่สำนักงาน โครงการปฏิรูประบบ- บริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	2539-2542
นักวิชาการสาธารณสุข 7 (หัวหน้างาน)	ศูนย์คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ	2542-ปัจจุบัน