

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ การนำเสนอผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง สามารถแบ่งได้เป็น 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะคิดและการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว
- ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว
- ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิดและการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวของบุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน
- ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานแฟ้มอนามัยครอบครัว
- ส่วนที่ 6 การดำเนินงานแฟ้มอนามัยครอบครัวในจังหวัดเชียงใหม่

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 220 คน)	ร้อยละ (100.0)
<b>เพศ</b>		
ชาย	101	45.9
หญิง	119	54.1
<b>อายุ</b>		
21 - 25 ปี	20	9.1
25 - 30 ปี	37	16.8
31 - 35 ปี	50	22.7
36 - 40 ปี	23	10.5
41 - 45 ปี	56	25.5
45 - 52 ปี	34	15.5
<b>ระดับการศึกษา</b>		
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	68	30.9
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	139	63.2
สูงกว่าปริญญาตรี	13	5.9
<b>ตำแหน่ง</b>		
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	50	22.7
นักวิชาการ	46	20.9
พยาบาลวิชาชีพ	31	14.1
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน	87	39.5
เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข	3	1.4
พนักงานสุขภาพชุมชน	3	1.4

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 220 คน)	ร้อยละ (100.0)
<b>อายุราชการ</b>		
ต่ำกว่า 10 ปี	77	35.0
10 - 15 ปี	47	21.4
16 - 20 ปี	25	11.4
21 - 25 ปี	49	22.3
> 25 ปีขึ้นไป	22	10.0
<b>ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ</b>		
ต่ำกว่า 5 ปี	101	45.9
5 - 10 ปี	48	21.8
11- 15 ปี	31	14.1
> 15 ปีขึ้นไป	40	18.2
<b>ระยะเวลาการรับผิดชอบ/ดำเนินงานเพิ่มอนามัยครอบครัว (n = 217)</b>		
ต่ำกว่า 1 ปี	27	12.3
1-2 ปี	42	19.1
2-3 ปี	49	22.3
3-4 ปี	47	21.4
> 4 ปีขึ้นไป	52	23.6
<b>การได้รับค่าตอบแทนในการดำเนินงานเพิ่มอนามัยครอบครัว</b>		
เคยได้รับ	47	21.4
ไม่เคยได้รับ	173	78.6
<b>ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ปฏิบัติงาน</b>		
ศูนย์สุขภาพชุมชน	85	38.6
สถานีอนามัย	135	61.4

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด จำนวน 220 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 45.9 เพศหญิง ร้อยละ 54.1 มีช่วงอายุระหว่าง 21 - 52 ปี อายุเฉลี่ย 36.9 ปี ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มอายุ 41 - 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.5 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 31 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.7 และเมื่อพิจารณาระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 63.2 รองลงมา คือ ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 30.9 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 5.9 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 39.5 รองลงมา คือ ตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 22.7 20.9 และ 14.1 ตามลำดับ โดยมีอายุราชการเฉลี่ย 15 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เฉลี่ย 9.3 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 45.9 ในขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการรับผิดชอบหรือดำเนินงานแฟมอนามัยครอบครัว พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ย 4.8 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.6 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับเงินค่าตอบแทนในการดำเนินงานแฟมอนามัยครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 78.6 ระดับของหน่วยบริการปฐมภูมิที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ ได้แก่ สถานีอนามัย ร้อยละ 61.4 และศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 38.6

และจากผลการศึกษา ดังแสดงในตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับแฟมอนามัยครอบครัว ถึงร้อยละ 65.5 โดย ได้รับความรู้ในปี พ.ศ. 2547 จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.9 รองลงมา ได้รับในปี พ.ศ. 2548 จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.1 ในขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาถึงการผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เพียงร้อยละ 37.7 โดยปีที่มีการผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 49.4 รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2549 คิดเป็นร้อยละ 19.3

ในส่วนของการยอมรับการมีและการใช้แฟมอนามัยครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังแสดงในตาราง 4 พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ มีความครอบคลุมการมีแฟมอนามัยครอบครัว เฉลี่ย ร้อยละ 77.4 และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มมากกว่าร้อยละ 90 คิดเป็นร้อยละ 54.1 รองลงมา คือกลุ่มน้อยกว่าร้อยละ 50 คิดเป็นร้อยละ 22.7 ในขณะที่ความครอบคลุมการใช้แฟมอนามัยครอบครัว เฉลี่ยเท่ากับ 66.1 และ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มต่ำกว่าร้อยละ 50 คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมาคือกลุ่มมากกว่าร้อยละ 90 คิดเป็น ร้อยละ 35.0

ตาราง 3 การได้รับความรู้เกี่ยวกับเพิ่มอนามัยครอบครัวและการผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 220 คน)	ร้อยละ (100.0)
<b>การได้รับความรู้เรื่องเพิ่มอนามัยครอบครัว</b>		
เคยได้รับ	144	65.5
ไม่เคยได้รับ	76	34.5
<b>ปีที่ได้รับความรู้เรื่องเพิ่มอนามัยครอบครัว (n = 144 คน)</b>		
พ.ศ. 2544	3	2.1
พ.ศ. 2545	24	16.7
พ.ศ. 2546	24	16.7
พ.ศ. 2547	43	29.9
พ.ศ. 2548	39	27.1
พ.ศ. 2549	11	7.6
<b>การผ่านเกณฑ์ศูนย์สุขภาพชุมชน</b>		
ผ่านเกณฑ์	83	37.7
ไม่ผ่านเกณฑ์	137	62.3
<b>ปีที่ผ่านมาผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 83 คน)</b>		
พ.ศ. 2545	3	3.6
พ.ศ. 2546	8	9.6
พ.ศ. 2547	15	18.1
พ.ศ. 2548	41	49.4
พ.ศ. 2549	16	19.3

ตาราง 4 ความครอบคลุมการมี และการใช้ แพ้มอนามัยครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 220คน)	ร้อยละ (100.0)
<b>ความครอบคลุมการมีแพ้มอนามัยครอบครัว</b>		
ต่ำกว่า ร้อยละ 50	50	22.7
ร้อยละ 50 - 69	7	3.2
ร้อยละ 70 - 79	16	7.3
ร้อยละ 80 - 90	28	12.7
มากกว่าร้อยละ 90	119	54.1
<b>ความครอบคลุมการใช้ แพ้มอนามัยครอบครัว</b>		
ต่ำกว่า ร้อยละ 50	81	36.8
ร้อยละ 50 - 69	15	6.8
ร้อยละ 70 - 79	23	10.5
ร้อยละ 80 - 90	24	10.9
มากกว่าร้อยละ 90	77	35.0

## ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะและการใช้ประโยชน์จากแพ้มอนามัยครอบครัว

ผลการศึกษาดังแสดงในตาราง 5 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับแพ้มอนามัยครอบครัว ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ประโยชน์ของข้อมูลในแพ้มอนามัยครอบครัวสามารถใช้ในการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรค (ข้อ 15) โดยตอบถูกร้อยละ 98.2 รองลงมา คือ ข้อมูลจากแพ้มอนามัยครอบครัวสามารถใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนได้ (ข้อ 10) ร้อยละ 97.7 และ ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ แพ้มอนามัยครอบครัว เป็นแฟ้มที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของผู้มารับบริการในสถานบริการ (ข้อ 5) และแพ้มอนามัยครอบครัวเป็นแฟ้มที่แสดงข้อมูลพื้นฐานของชุมชน (ข้อ 2) พบว่ามีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 17.3 และ 17.7 ตามลำดับ

ตาราง 5 ความรู้เกี่ยวกับแฟมือนามัยครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ

ความรู้เกี่ยวกับแฟมือนามัยครอบครัว	ตอบถูก	
	จำนวน (n = 220 คน)	ร้อยละ (100.0)
<b>แนวคิดเกี่ยวกับการจัดทำแฟมือนามัยครอบครัว</b>		
1. แฟมือนามัยครอบครัวมีแนวคิดเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว	186	84.5
2. แฟมือนามัยครอบครัวเป็นแฟ้มที่แสดงข้อมูลพื้นฐานของชุมชน	39	17.7
3. วัตถุประสงค์หลัก ในการมีแฟมือนามัยครอบครัว คือ เพื่อให้การจัดเก็บข้อมูลในสถานบริการเป็นหมวดหมู่กันง่าย	83	37.7
4. วัตถุประสงค์รอง ในการจัดทำแฟมือนามัยครอบครัว คือ เพื่อเป็นระบบป้องกันการสูญหายของข้อมูลกรณีใช้คอมพิวเตอร์ในการเก็บข้อมูล	182	82.7
<b>การจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล</b>		
5. แฟมือนามัยครอบครัว เป็นแฟ้มที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของผู้มารับบริการในสถานบริการ	38	17.3
6. ผู้ที่จะเก็บข้อมูลในแฟมือนามัยครอบครัวต้องเป็นคนที่รู้จักพื้นที่เป็นอย่างดี	105	47.7
7. การจัดเก็บข้อมูลแฟมือนามัยครอบครัวสามารถทำได้ในหมู่บ้านเท่านั้น	171	77.7
8. คุณภาพของข้อมูลที่มีอยู่ในแฟมือนามัยครอบครัวขึ้นอยู่กับบุคคลผู้ลงไปเก็บข้อมูล	188	85.5
9. คุณภาพของข้อมูลที่มีอยู่ในแฟมือนามัยครอบครัวขึ้นอยู่กับงบประมาณในการดำเนินงาน	130	59.1
<b>การใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว</b>		
10. ข้อมูลจากแฟมือนามัยครอบครัวสามารถใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาคู่ภาพของคนในชุมชนได้	215	97.7
11. ผังเครือญาติในแฟมือนามัยครอบครัวเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์สามารถทำนายสถานสุขภาพของคนในครอบครัวได้	214	97.3
12. ข้อมูลจากแฟมือนามัยครอบครัวสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เฉพาะการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น	183	83.2
13. ประโยชน์ของข้อมูลครอบครัวในแฟมือนามัยครอบครัวใช้ในการทำนายแนวโน้มสถานการณ์ด้านสุขภาพได้	210	95.5



ตาราง 5 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับ फैมอนามัยครอบครัว	ตอบถูก	
	จำนวน (n = 220 คน)	ร้อยละ (100.0)
14. การค้นหากลุ่มเสี่ยงของโรคต่าง ๆ สามารถทำได้โดยใช้ประโยชน์จากข้อมูล फैมอนามัยครอบครัว	212	96.4
15. ประโยชน์ของข้อมูลใน फैมอนามัยครอบครัวสามารถใช้ในการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรค	216	98.2

ตาราง 6 ระดับความรู้เกี่ยวกับ फैมอนามัยครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน

ความรู้เกี่ยวกับ फैมอนามัยครอบครัว	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ด้านแนวคิดการจัดทำ फैมอนามัยครอบครัว	55.7	20.2
ด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล फैมอนามัยครอบครัว	57.5	21.4
ด้านการใช้ประโยชน์จาก फैมอนามัยครอบครัว	94.7	11.4
ความรู้โดยรวม	71.9	10.9

หมายเหตุ \* ปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0 - 100 คะแนน

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ เกี่ยวกับ फैมอนามัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 71.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.9 และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ความรู้ในด้านการใช้ประโยชน์จาก फैมอนามัยครอบครัวอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 94.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.35 ในขณะที่ความรู้ในด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลและด้านแนวคิดการจัดทำ फैมอนามัยครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเพียง 57.5 และ 55.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.4 และ 20.2 ตามลำดับ



ตาราง 7 ทิศนคติต่อเพิ่มอนามัยครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ

ทิศนคติต่อเพิ่มอนามัยครอบครัว	ระดับทัศนคติ/ จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
<b>แนวคิดเกี่ยวกับการจัดทำเพิ่มอนามัยครอบครัว</b>					
1. เพิ่มอนามัยครอบครัวเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	66 (30.0)	136 (61.8)	15 (6.8)	3 (1.4)	0
2. การจัดทำเพิ่มอนามัยครอบครัวเป็นประโยชน์ต่อ หน่วยบริการปฐมภูมิ	77 (35.0)	122 (55.5)	18 (8.2)	1 (0.5)	2 (0.9)
3. การจัดทำเพิ่มอนามัยครอบครัวเป็นการกระตุ้น ให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคลากรและ ประชาชน	61 (27.7)	123 (55.9)	33 (15.0)	3 (1.4)	0
*4. การจัดทำเพิ่มอนามัยครอบครัวเป็นการเพิ่ม ภาระงานของเจ้าหน้าที่	38 (17.3)	87 (39.5)	38 (17.3)	48 (21.8)	9 (4.1)
5. การจัดทำเพิ่มอนามัยครอบครัวทำให้เจ้าหน้าที่ สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็วยิ่งขึ้น	46 (20.9)	148 (67.3)	19 (8.6)	7 (3.2)	0
*6. การจัดทำเพิ่มอนามัยครอบครัวเป็นการเพิ่ม ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในหน่วยบริการปฐมภูมิ	10 (4.5)	56 (25.5)	60 (27.3)	85 (38.6)	9 (4.1)
<b>การจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล</b>					
*7. การรวบรวมข้อมูลในเพิ่มอนามัยครอบครัวไม่ จำเป็นต้องสำรวจโดยเจ้าหน้าที่	26 (11.8)	117 (53.2)	39 (17.7)	36 (16.4)	2 (0.9)
8. การรวบรวมข้อมูลในเพิ่มอนามัยครอบครัว สามารถทำได้ทั้งในและนอกหน่วยบริการปฐม ภูมิ	42 (19.1)	162 (73.6)	11 (5.0)	5 (2.3)	0
9. การสำรวจข้อมูลโดยใช้เพิ่มอนามัยครอบครัวทำ ให้ทราบปัญหาและความต้องการของประชาชน มากขึ้น	53 (24.1)	142 (64.5)	19 (8.6)	6 (2.7)	0
*10. การรวบรวมข้อมูลเพิ่มอนามัยครอบครัวทำได้ โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากสมาชิกใน ครอบครัวเท่านั้น	11 (5.0)	80 (36.4)	25 (11.4)	100 (45.5)	4 (1.8)

ตาราง 7 (ต่อ)

ทัศนคติต่อแฟมอนามัยครอบครัว	ระดับทัศนคติ/ จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
*11. การเก็บข้อมูลแฟมอนามัยครอบครัวเป็นการ ทำงานซ้ำซ้อน	20 (9.1)	50 (22.7)	58 (26.4)	90 (40.9)	2 (0.9)
*12. หากมีข้อมูลในฐานคอมพิวเตอร์ไม่จำเป็นต้องมี แฟมอนามัยครอบครัว	16 (7.3)	21 (9.5)	47 (21.4)	122 (55.5)	14 (6.4)
<b>การใช้ประโยชน์จากแฟมอนามัยครอบครัว</b>					
*13. ประโยชน์ในการจัดทำแฟมอนามัยครอบครัว เพื่อเป็นฐานข้อมูลรายบุคคลของสถานบริการ เท่านั้น	4 (1.8)	43 (19.5)	41 (18.6)	122 (55.5)	10 (4.5)
14. ประโยชน์ของแฟมอนามัยครอบครัวเพื่อการ เชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ ไปสู่การป้องกันปัญหาสุขภาพได้	57 (25.9)	149 (67.7)	11 (5.0)	3 (1.4)	0
15. แฟมอนามัยครอบครัวมีประโยชน์คือแสดงให้เห็น การให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม	48 (21.8)	152 (69.1)	19 (8.6)	1 (0.5)	0
16. ข้อมูลจากแฟมอนามัยครอบครัวมีประโยชน์คือ ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถติดตามและค้นหาผู้ป่วย ได้สะดวกยิ่งขึ้น	53 (24.1)	156 (70.9)	8 (3.6)	3 (1.4)	0
17. ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพสามารถใช้ ประโยชน์จากข้อมูลแฟมอนามัยครอบครัวได้	48 (21.8)	161 (73.2)	11 (5.0)	0	0

หมายเหตุ \* ข้อความด้านลบ

จากตาราง 7 พบว่า ทัศนคติต่อแฟมอนามัยครอบครัวในด้านแนวคิดการจัดทำแฟมอนามัยครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เห็นด้วย กับข้อความที่กล่าวว่า การจัดทำแฟมอนามัยครอบครัวทำให้บุคลากรสามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็วยิ่งขึ้น(ข้อ 5) ร้อยละ 67.3 และแฟมอนามัยครอบครัวเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ (ข้อ 1) ร้อยละ 61.8 แต่อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 39.5 เห็นด้วย กับข้อความที่กล่าวว่า การจัดทำแฟมอนามัยครอบครัวเป็นการเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่ (ข้อ 4) ด้วยเช่นกัน

ในส่วนของทัศนคติ ด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 73.6 เห็นด้วย ว่าการรวบรวมข้อมูลในแฟมือนามัยครอบครัวสามารถทำได้ทั้งในและนอกหน่วยบริการปฐม (ข้อ 8) และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.5 เห็นด้วยกับว่า จำเป็นต้องมีแฟมือนามัยครอบครัว ถึงแม้ว่าจะมีข้อมูลในคอมพิวเตอร์ (ข้อ 12) และมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 40.9 ไม่เห็นด้วยว่า การเก็บข้อมูลแฟมือนามัยครอบครัวเป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อน (ข้อ 11)

ทัศนคติด้านการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 73.2 เห็นด้วย กับ ข้อความที่กล่าวว่า การวางแผนส่งเสริมสุขภาพสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลแฟมือนามัยครอบครัวได้ (ข้อ 17) ในขณะเดียวกัน มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.5 ไม่เห็นด้วย กับ ข้อความที่กล่าวว่า ประโยชน์ในการจัดทำแฟมือนามัยครอบครัวเพื่อเป็นฐานข้อมูลรายบุคคลของสถานบริการเท่านั้น (ข้อ 13)

**ตาราง 8** ระดับทัศนคติต่อแฟมือนามัยครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน

ทัศนคติต่อแฟมือนามัยครอบครัว	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านแนวคิดการจัดทำแฟมือนามัยครอบครัว	67.8	13.8
ด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลแฟมือนามัยครอบครัว	58.7	11.3
ด้านการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว	75.3	10.8
ทัศนคติโดยรวม	66.8	9.8

หมายเหตุ \* ปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 17 - 100 คะแนน

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อแฟมือนามัยโดยรวมในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 66.8 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.8 และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบทัศนคติในด้านการใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว มีคะแนนมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 75.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.8 ในขณะที่ทัศนคติในด้านแนวคิดการจัดทำแฟมือนามัยครอบครัว และด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล คะแนนเฉลี่ย 67.8 และ 58.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.8 และ 11.3 ตามลำดับ

ตาราง 9 การใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ

การใช้ประโยชน์จากแฟมือนามัยครอบครัว	ระดับการใช้ประโยชน์ / จำนวน (ร้อยละ)		
	ใช้สม่ำเสมอ	ใช้บางครั้ง	ไม่ได้ใช้
<b>ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล</b>			
1. ใช้แฟมือนามัยครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูลของประชาชนและชุมชน	105 (47.7)	106 (48.2)	9 (4.1)
2. ใช้แฟมือนามัยครอบครัวในการสำรวจครัวเรือน	119 (54.1)	88 (40.0)	13 (5.9)
3. ใช้แฟมือนามัยครอบครัวในการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพสมาชิกในครอบครัว	137 (62.3)	69 (31.4)	14 (6.4)
4. ใช้แฟมือนามัยครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	147 (66.8)	57 (25.9)	16 (7.3)
5. ใช้แฟมือนามัยครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูลการเยี่ยมบ้าน	120 (54.5)	86 (39.1)	14 (6.4)
6. ใช้แฟมือนามัยครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูลคนพิการ	105 (47.7)	93 (42.3)	22 (10.0)
7. ใช้แฟมือนามัยครอบครัวในการติดตามเด็ก 0-5 ปี	120 (54.5)	80 (36.4)	20 (9.1)
8. ใช้แฟมือนามัยครอบครัวในการเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาล	162 (73.6)	39 (17.7)	19 (8.6)
9. ใช้แฟมือนามัยครอบครัวในการเก็บข้อมูลการรับบริการตรวจสุขภาพ	146 (66.4)	50 (22.7)	24 (10.9)
10. ใช้แฟมือนามัยครอบครัวในการรวบรวมข้อมูลการให้สุขศึกษา	60 (27.3)	116 (52.7)	44 (20.0)
<b>ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนฯ</b>			
11. ใช้ข้อมูลแฟมือนามัยครอบครัวในการวิเคราะห์ ค้นหาสถานะสุขภาพของแต่ละครอบครัว	70 (31.8)	116 (52.7)	34 (15.5)
12. ใช้ข้อมูลแฟมือนามัยครอบครัวในการวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาสุขภาพในชุมชน	54 (24.5)	122 (55.5)	44 (20.0)

ตาราง 9 (ต่อ)

การใช้ประโยชน์จากเพื่อนามัยครอบครัว	ระดับการใช้ประโยชน์ / จำนวน (ร้อยละ)		
	ใช้สม่ำเสมอ	ใช้ บางครั้ง	ไม่ได้ใช้
13. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนกิจกรรมในชุมชน	51 (23.2)	124 (56.4)	45 (20.5)
14. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวิเคราะห์หาเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ	68 (30.9)	114 (51.8)	38 (17.3)
15. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการ	68 (30.9)	107 (49.1)	44 (20.0)
16. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพ	77 (35.0)	109 (49.5)	34 (15.5)
17. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวางแผนควบคุมและป้องกันโรค	67 (30.5)	115 (52.3)	38 (17.3)
18. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวางแผนการเยี่ยมบ้าน	97 (44.1)	99 (45.0)	24 (10.9)
19. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวางแผนติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	120 (54.5)	84 (38.2)	16 (7.3)
20. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวางแผนค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	105 (47.7)	92 (41.8)	23 (10.5)
21. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวางแผนช่วยเหลือผู้พิการ	84 (38.2)	105 (47.7)	31 (14.1)
22. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวางแผนติดตามหญิงตั้งครรภ์	94 (42.7)	104 (47.3)	22 (10.0)
23. ใช้ข้อมูลเพื่อนามัยครอบครัวในการวางแผนติดตามเด็ก 0-5 ปี	99 (45.0)	95 (43.2)	26 (11.8)

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการใช้ประโยชน์จากเพื่อนามัยครอบครัว อย่างสม่ำเสมอในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการใช้เพื่อนามัยครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาพยาบาล (ข้อ 8) ถึงร้อยละ 73.6 รองลงมา คือใช้เพื่อนามัยครอบครัวในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรัง (ข้อ 4) และเก็บข้อมูลการรับบริการตรวจสุขภาพ (ข้อ 9) คิดเป็นร้อยละ 66.8 และ 66.4 ตามลำดับ ในส่วนของการใช้ประโยชน์ในด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและ

การวางแผน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ประโยชน์อย่างสม่ำเสมอในเรื่องการวางแผนติดตามผู้ป่วยเรื้อรัง (ข้อ 19) คิดเป็นร้อยละ 54.7 และมีการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวเป็นบางครั้งในเรื่อง การใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนกิจกรรมในชุมชน (ข้อ 13) และการค้นหาปัญหาสุขภาพในชุมชน (ข้อ 12) คิดเป็นร้อยละ 56.4 และ 55.5 ตามลำดับ

ตาราง 10 ระดับการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน

การใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73.3	25.1
การวางแผนและการวิเคราะห์ข้อมูล	61.1	27.9
การใช้ประโยชน์โดยรวม	66.4	25.5

หมายเหตุ \* ปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0 - 100 คะแนน

จากตาราง 10 กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยโดยรวมในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 66.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.5 และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวในด้านการการเก็บรวบรวมข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ย 73.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.1 ในขณะที่การใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวในด้านการวางแผนและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีคะแนนเฉลี่ย 61.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 27.9 ตามลำดับ

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว

ผลการศึกษาดังแสดงในตาราง 11 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยรวม มีความสัมพันธ์กัน ในเชิงบวก ในระดับต่ำ กับทักษะคิดแฟ้มอนามัยครอบครัวทั้งโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .272 ในขณะที่เดียวกันเมื่อทำการเปรียบเทียบในรายด้านของทัศนคติต่อแฟ้มอนามัยครอบครัว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยรวม กับทัศนคติทั้งด้านแนวความคิดการจัดทำแฟ้มอนามัยครอบครัว ด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลและในด้านการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับ ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เช่นกัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .206 .213 และ.253 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้านของความรู้ กลับพบว่าความรู้ในด้านแนวความคิดการจัดทำแฟ้มอนามัยครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อแฟ้มอนามัย



ครอบครัวทั้งโดยรวมและรายด้าน ในขณะที่ความรู้ในด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลและด้านการใช้ประโยชน์จากแฟมออนามัยครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ กับทัศนคติต่อแฟมออนามัยครอบครัวโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .246 และ .301 ตามลำดับ

ตาราง 11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับทัศนคติ เกี่ยวกับแฟมออนามัยครอบครัว

ตัวแปร	ทัศนคติต่อแฟมออนามัยครอบครัว			
	โดยรวม	ด้านแนวความคิด การจัดทำ	ด้านการ จัดเก็บและ รวบรวม ข้อมูล	ด้านการใช้ ประโยชน์
ความรู้เกี่ยวกับแฟมออนามัยครอบครัวโดยรวม	.272**	.206**	.213**	.253**
ด้านแนวความคิดการจัดทำแฟมออนามัยครอบครัว	-.027	-.032	-.043	.020
ด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล	.246**	.186**	.203**	.217**
ด้านการใช้ประโยชน์จากแฟมออนามัยครอบครัว	.301**	.242**	.247**	.246**

หมายเหตุ \*\* P < .01

และผลการศึกษา ดังแสดงในตาราง 12 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับแฟมออนามัยครอบครัวโดยรวม มีความสัมพันธ์กัน ในเชิงบวก ในระดับต่ำ กับการใช้ประโยชน์จากแฟมออนามัยครอบครัวโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .176 ในขณะที่เดียวกันเมื่อทำการเปรียบเทียบในรายด้านของการใช้ประโยชน์จากแฟมออนามัยครอบครัว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับแฟมออนามัยครอบครัวโดยรวม กับการใช้ประโยชน์ในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลและในด้านการวางแผนและวิเคราะห์ข้อมูล มีความสัมพันธ์ เชิงบวกในระดับ ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .164 และ .172 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้านของความรู้ กลับพบว่าความรู้ในด้านแนวความคิดการจัดทำแฟมออนามัยครอบครัวและด้านการใช้ประโยชน์จากแฟมออนามัยครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์จากแฟมออนามัยครอบครัว ในขณะที่ความรู้ในด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล กลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ กับการใช้ประโยชน์จากแฟมออนามัยครอบครัวโดยรวมและการ



ใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผนและวิเคราะห์ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .173 และ .154 ตามลำดับ และยังพบว่า ความรู้ในด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .183

**ตาราง 12** แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดกับการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว

ตัวแปร	การใช้ประโยชน์แฟ้มอนามัยครอบครัว		
	โดยรวม	การเก็บรวบรวมข้อมูล	การวางแผนและวิเคราะห์ข้อมูล
ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยรวม	.176**	.164*	.172*
ด้านแนวคิดการจัดทำแฟ้มอนามัยครอบครัว	.020	-.014	.042
ด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล	.173*	.183**	.154*
ด้านการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว	.129	.124	.123
ทัศนคติต่อแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยรวม	.453**	.455**	.418**
ด้านแนวคิดการจัดทำแฟ้มอนามัยครอบครัว	.483**	.455**	.468**
ด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล	.272**	.307**	.228**
ด้านการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว	.312**	.317**	.285**

หมายเหตุ \* P < .05 \*\* P < .01

ในส่วนของทัศนคติ ต่อแฟ้มอนามัยครอบครัว พบว่า ทัศนคติต่อแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .453 และเมื่อเปรียบเทียบในรายด้านของการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว พบว่า ทัศนคติต่อแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวทั้งในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนและวิเคราะห์ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .455 และ .418 ตามลำดับ ในขณะที่ พิจารณาทัศนคติต่อแฟ้มอนามัยครอบครัวในแต่ละด้าน ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กันเช่นกัน โดย ทัศนคติใน

ด้านแนวคิดการจัดทำแฟ้มอนามัยครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยรวมและการใช้ประโยชน์ในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .483 .455 และ .468 ตามลำดับ ทศนคติในด้านการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยรวมและการใช้ประโยชน์ในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนและวิเคราะห์ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .272 .307 และ .228 ตามลำดับ และทศนคติในด้านการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยรวมและการใช้ประโยชน์ในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนและวิเคราะห์ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ด้วยเช่นกัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .312 .317 และ .285 ตามลำดับ

#### ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทศนคติและการใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

ตาราง 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มอนามัยครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

หน่วยบริการปฐมภูมิ	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	T	p-value
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 83)	74.0	10.9	2.234	.027
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 137)	70.6	10.8		

หมายเหตุ \* ปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน

จากตาราง 13 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับแฟ้มอนามัยครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เท่ากับ 74.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.9 คะแนน ซึ่งมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับแฟ้มอนามัย

ครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เท่ากับ 70.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.8 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อเพิ่มอนามัยครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

หน่วยบริการปฐมภูมิ	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	T	p-value
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 83)	66.7	9.5	-.109	.913
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 137)	66.9	10.0		

หมายเหตุ \* ปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน

จากตาราง 14 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อเพิ่มอนามัยครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เท่ากับ 66.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.5 โดยมีแนวโน้มต่ำกว่า คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อเพิ่มอนามัยครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.0 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การใช้ประโยชน์จากเพิ่มอนามัยครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

หน่วยบริการปฐมภูมิ	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	T	p-value
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 83)	68.7	23.3	1.037	.301
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 137)	65.0	26.7		

หมายเหตุ \* ปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน

จากตาราง 15 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการใช้ประโยชน์จากเพิ่มอนามัยครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เท่ากับ 68.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.3 โดยมีแนวโน้มมากกว่า คะแนนเฉลี่ยของการใช้ประโยชน์จากเพิ่มอนามัยครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เท่ากับ 65.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 26.7 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตาราง 16** เปรียบเทียบความครอบคลุมการมีเพิ่มอนามัยครอบครัว ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

หน่วยบริการปฐมภูมิ	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	T	p-value
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 83)	82.1	23.1	2.104	.037
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 137)	74.6	28.5		

หมายเหตุ \* ปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน

จากตาราง 16 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบ ความครอบคลุมการมีเพิ่มอนามัยครอบครัว ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนมีความครอบคลุม การมีเพิ่มอนามัยครอบครัว เฉลี่ยร้อยละ 82.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.1 โดยมีค่าเฉลี่ยมากกว่า ความครอบคลุมการมีเพิ่มอนามัยครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 74.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 28.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และเมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมการใช้เพิ่มอนามัยครอบครัว ดังแสดงในตาราง 4.16 พบว่า ความครอบคลุมการใช้เพิ่มอนามัยครอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน มีความครอบคลุมเฉลี่ยร้อยละ 70.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 27.1 ในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน มีความครอบคลุมเฉลี่ยร้อยละ 63.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 30.9 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีความครอบคลุมการใช้เพิ่มอนามัยครอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์

สุขภาพชุมชนมีแนวโน้มมากกว่า ความครอบคลุมการใช้ पैมอนามัยครอบครัว ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 17 เปรียบเทียบความครอบคลุมการใช้ पैมอนามัยครอบครัวระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

หน่วยบริการปฐมภูมิ	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	T	p-value
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 83)	70.0	27.1	1.592	.113
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 137)	63.7	30.9		

หมายเหตุ \* ปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน

ตาราง 18 เปรียบเทียบ การได้รับความรู้ ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

หน่วยบริการปฐมภูมิ	การได้รับความรู้ / จำนวน (ร้อยละ)			$\chi^2$	p-value
	เคยได้รับ	ไม่เคยได้รับ	รวม		
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 83)	63 (75.9)	20 (24.1)	83 (100)	6.436	.011
หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (n = 137)	81 (59.1)	56 (40.9)	137 (100)		

จากตาราง 18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับ पैมอนามัยครอบครัว จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 75.9 และไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับ पैมอนามัยครอบครัว จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 24.1 ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพ



ชุมชน เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับแฟมอนามัยครอบครัว จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 และไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับแฟมอนามัยครอบครัว จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 และเมื่อเปรียบเทียบการได้รับความรู้เกี่ยวกับแฟมอนามัยครอบครัว ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ฯ และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า มีการได้รับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

### ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานแฟมอนามัยครอบครัว

จากการสอบถามความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานแฟมอนามัยครอบครัว ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในประเด็นต่างๆ ดังนี้

#### 5.1 ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแฟมอนามัยครอบครัว

เมื่อพิจารณาปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานแฟมอนามัยครอบครัวในการจัดทำแฟมอนามัยครอบครัว ตามความเห็นของบุคลากรสาธารณสุข ได้สรุปและจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ ได้แก่ ปัญหางบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ในการจัดทำแฟมอนามัยครอบครัวและรูปแบบของแฟมอนามัยครอบครัวไม่เหมาะสมกับการใช้งาน และไม่เป็มาตรฐานเดียวกัน

“แผ่นเสริมหรือแผ่นต่อแผ่นบริการรักษาผู้ป่วยหมดบ่อยถ้ารอให้มีการจัดทำมาให้ทันเป็นเวลานานถ้าจะเอาไปถ่ายเอกสารเองก็หมดเงินสอ.หน้าละ 50 สตางค์ แผ่นละบาท ถ้าถ่ายเยอะก็หมดเยอะถ้าถ่ายน้อยก็ใช้ไม่นานก็หมดเร็วอีก”

“งบประมาณไม่เพียงพอเนื่องจากแฟมครอบครัวต้องมีการหยิบใช้งานบ่อยครั้ง ซึ่งต้องใช้แฟมที่คงทนถาวร เก็บข้อมูลได้มากไม่สูญหาย ปัจจุบันใช้แฟมกระดาษมีขนาดเล็กซึ่งแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคลเป็นแผ่นกระดาษ A4 ทำให้ไม่สะดวกต่อการเก็บควรใช้แฟมแข็ง หรือแฟมชนิดห่วงเพื่อสะดวกต่อการเก็บหรือการเพิ่มเอกสาร”

“รูปแบบข้อมูลพื้นฐานที่อยู่ในแฟมอนามัยครอบครัว แต่ละอำเภอ จังหวัดข้อมูลไม่เหมือนกัน รูปแบบแตกต่างกัน ควรจัดทำให้เหมือนกันทุกจังหวัด ทั่วประเทศ...”

“แฟมที่มีอยู่มีขนาดใหญ่และเป็นแฟมกระดาษ ทำให้จัดเก็บยากและชำรุดง่าย”

ปัญหาความไม่ชัดเจนของจำนวนครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่ เนื่องจากมีการโยกย้ายที่อยู่ การสร้างบ้านใหม่ และการรื้อถอนบ้าน รวมถึงการย้ายไปทำงานที่อื่นโดยไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้าน

และในพื้นที่สูงและขอบชายแดนไม่สามารถสำรวจได้ครบถ้วน เนื่องจากสภาพพื้นที่และการเคลื่อนย้ายบ่อยของคนต่างด้าว

“ไม่ครบตามจำนวน ปชก.เนื่องจากแยกตั้งบ้านใหม่ มีหลังคาเรือนเพิ่มสั่งทำใหม่ร้านไม่รับทำเพราะปริมาณน้อย”

“เป็นหมู่บ้านใหญ่ และเป็นบุคคลพื้นที่สูงและต่างด้าว อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง จำนวนยอดจริงไม่เท่ากับบุคคลที่อยู่จริงในพื้นที่”

## 5.2 ปัญหาอุปสรรคในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล

เมื่อพิจารณาปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานเพิ่มอนามัยครอบครัวในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล ตามความเห็นของบุคลากรสาธารณสุข ได้สรุปและจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ ได้แก่ ปัญหาบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีน้อย ภาระงานมาก และต้องใช้เวลาในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลเพิ่มอนามัยครอบครัว

“คนน้อยไม่สามารถทำได้ครอบคลุม อนามัยอยู่ 2 คน ทำไม่ได้ทั่วถึง”

“เจ้าหน้าที่เองมีงานอื่นๆ ต้องทำอีกมาก แลช่วงเวลาที่ดำเนินงานเพิ่มอนามัยต้องอาศัยช่วงเย็นหลังเลิกงาน จนท. ต้องเสียสละเวลาเป็นอย่างมากที่จะทำเพิ่มอนามัยครอบครัวครบ 100% ได้”

ปัญหาในเรื่องข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่สมบูรณ์ เนื่องจากไม่ได้เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่และไม่เจอเจ้าของบ้าน อีกทั้งข้อมูลเพิ่มอนามัยครอบครัวมีรายละเอียดมากเกินไป ยุ่งยากในการลงข้อมูล และการขาดอุปกรณ์ในการจัดเก็บเพิ่ม และพื้นที่คับแคบ

“การเก็บข้อมูลส่วนใหญ่จะได้จาก อสม. ในหมู่บ้านและประชาชนที่มารับบริการที่สถานีอนามัยและให้ข้อมูลอาจไม่ครบถ้วนและตรงกับสภาพความเป็นจริง”

“ถ้าให้ลูกจ้างหรือจ้างเด็กนักเรียนเก็บข้อมูล จะได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ไม่มีรายละเอียด Check ได้แค่มิหรือไม่มี ถ้าไม่มีก็ไม่ถามข้อมูลต่อเพราะๆ ไม่เข้าใจว่าต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลอะไรบ้าง ถ้าให้เจ้าหน้าที่สำรวจก็ไม่มีเวลาเพราะงานประจำมีมาก”



“การจัดเก็บบางที บางบ้าน เจ้าบ้าน ไม่อยู่ในพื้นที่ทำให้เพิ่มอนามัยครอบครัวไม่สมบูรณ์ทำให้น่าไปใช้ประโยชน์ไม่ได้”

“ประชากรในเขตรับผิดชอบมีจำนวนมาก ประมาณ 12,000 คน ทำให้ขาดแคลนอุปกรณ์ในการจัดเก็บ เช่นตู้เก็บเอกสาร สถานที่จัดเก็บคับแคบ ทำให้การจัดเก็บยังไม่ครบ 100%”

### 5.3 ปัญหาอุปสรรคในการใช้ประโยชน์จากแฟมอนามัยครอบครัว

เมื่อพิจารณาปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานแฟมอนามัยครอบครัวในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล พบว่า บุคลากรสาธารณสุข มีความเห็นว่า ข้อมูลในแฟมอนามัยครอบครัวไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลจากแฟมอนามัยครอบครัวได้ และบุคลากรสาธารณสุขมีภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการวิเคราะห์ข้อมูล และบุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้และทักษะในการใช้และไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้

“การใช้ประโยชน์จากข้อมูลแฟมอนามัยครอบครัวก็สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ บางส่วนหากมีการจัดทำข้อมูลอย่างจริงจังและสมบูรณ์จะนำประโยชน์ไปใช้ในการวิเคราะห์และวางแผนงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด”

“ยังไม่ได้นำมาใช้เลยเพราะสำรวจยังไม่เสร็จ”

“หากสามารถชักข้อมูลได้หมดและมีการสรุปเป็นหมู่บ้านได้โดยเร็วโดยไม่ต้อง Tolly mark ก็จะดีมากจะเกิดประโยชน์มาก แต่ปัจจุบันนับว่าเป็นการทำงานที่ทำแล้วทำอีก เอกสารก็ต้องมี Computer ก็ต้องลง มากเหลือเกินกับเจ้าหน้าที่ สุดท้ายก็กลับไปเหมือนเดิม”

“ในความเป็นจริงแฟมอนามัยครอบครัวนั้นมีประโยชน์มากแต่เหมาะสำหรับหน่วยงานที่มี จนท.ในการปฏิบัติงานจำนวนมากและยังกลับเป็นการสร้างภาระงานให้กับ จนท. ในสอ.เพิ่มมากขึ้นไปอีก ทั้งในปัจจุบันในงาน คอมพิวเตอร์ก็ยังมีระบบงานข้อมูลแฟมอนามัยครอบครัวอีก เหมือนกับว่าเราต้องทำงานซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ ยิ่งหากที่ไหนภายใน CUP มีการประสานงานกันน้อยภาระงานยิ่งตกหนักอยู่กับ จนท. สอ.เหมือนเดิม”

“ขาดความรู้ในการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูล”

“รูปแบบหรือฟอร์มแต่ละหน่วยงานต่างกัน มีการใช้งานต่าง ๆ กัน ใช้ประโยชน์ได้น้อย ยังขาดทักษะในการใช้”

## ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาการดำเนินงานแฟมอนามัยครอบครัวของจังหวัดเชียงใหม่

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 3 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 3 คน รวม 6 คน จำแนกเป็นเพศชาย 3 คน และเพศหญิง 3 คน มีอายุระหว่าง 31 – 48 ปี มีตำแหน่งเป็นเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ลักษณะการทำงานส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่ทำงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการสัมภาษณ์สามารถสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

### 6.1 แนวคิดการจัดทำแฟมอนามัยและรูปแบบของแฟมอนามัยครอบครัวที่ใช้

#### ดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เริ่มมีการดำเนินการจัดทำแฟมอนามัยครอบครัว เมื่อประมาณปี 2545 ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) และการกำหนดมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน โดยส่วนใหญ่ในแต่ละอำเภอจะมีแฟมอนามัยครอบครัวที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว แผนที่บ้าน และข้อมูลพื้นฐานทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลการรักษาพยาบาล การรับบริการวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์ การรับวัคซีนเด็ก 0-5 ปี เป็นต้น ซึ่งแนวคิดเริ่มต้นในการดำเนินงาน เริ่มจากการประชุมรับนโยบายในระดับจังหวัด และนำมาขยายผลต่อโดยมีการประชุมในระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อหารูปแบบในการดำเนินงานให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ และมีการปรับรูปแบบอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันเป็นรูปแบบที่ยอมรับและใช้ในทุกหน่วยบริการในแต่ละอำเภอ

“แฟมนี้ใช้มาหลายปีละ ตั้งแต่เป็นชื่อทำแฟมกันนี้มา ก่ประมาณตอน โครงงาน 30 บาทเข้ามา ...รูปแบบนี้จะเหมือนกันทั้งอำเภอ” (แฟมนี้ใช้มาหลายปีแล้ว ตั้งแต่มีการสั่งให้จัดทำ ประมาณเริ่มต้น โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค .... รูปแบบก็จะเหมือนกันทั้งอำเภอ)

“เริ่มต้นจากที่นี่เป็นครั้งแรกที่ได้เป็น PCU ตามมาตรฐานก็ต้องมี Family Folder ก่อได้ มีกำหนดประชุมในอำเภอ เพื่อหารูปแบบ โดยท่านผู้ช่วย..ก่อเอามาเสนอ กับหมอบเป็นไป ประชุมที่กรุงเทพ เป็นก่อเอามาเพิ่มในส่วนที่ขาดคือข้อมูลมันหนักขึ้น..” (เริ่มต้นจากที่นี่ เป็นที่แรกที่ที่ได้เป็น PCU ตามมาตรฐานก็ต้องมี Family Folder จึงได้มีการประชุมในระดับอำเภอ เพื่อหารูปแบบ โดยท่านผู้ช่วย.... เป็นผู้เสนอรูปแบบ ร่วมกับแพทย์ที่ไป ประชุมที่กรุงเทพ แล้วเอารูปแบบมาเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น..)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

## 6.2 การเก็บและรวบรวมข้อมูลแฟ้มอนามัยครอบครัว

ในการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลในแฟ้มอนามัยครอบครัว ในระยะแรกของการดำเนินงานแฟ้มอนามัยครอบครัว จะเน้นที่ความครอบคลุมการมีแฟ้มอนามัยครอบครัวในพื้นที่ให้มากที่สุด โดยในแต่ละอำเภอมีกิจกรรมในการดำเนินงานแตกต่างกันออกไป ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการจ้างอาสาสมัครสาธารณสุข นักเรียนนักศึกษา ในการสำรวจข้อมูล โดยเฉพาะในส่วนของข้อมูลพื้นฐาน เช่น การตรวจสอบสมาชิกในครอบครัว และข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสำรวจนี้ ส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจสอบคุณภาพ ส่งผลให้บุคลากรไม่สามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรค พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการที่บุคลากรมีภาระงานมาก จำนวนของบุคลากรที่มีอย่างจำกัด และความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโดยบุคคลอื่นตลอดจนข้อมูลส่วนใหญ่ที่มีอยู่ไม่ทันสมัย ขาดการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าว บุคลากรจะทำการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม เมื่อมีผู้มารับบริการในสถานอนามัย แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังทำได้น้อยมาก

“เจ้าหน้าที่เขาไม่ค่อยมีเวลา จึงจ้างเอาละอ่อนที่มีความรู้หน่อย เป็นคนสำรวจข้อมูลชื่อเขา ส่วนใหญ่เป็นในเรื่องข้อมูลพื้นฐาน .....ทางเจ้าหน้าที่ก็ได้ลงไปพ้อง แต่บ่นักเค้าใดใช้วิธีถามเมื่อเป็นมา เช่นละอ่อนมาฉีควักซิงกา แม่มานมากา ....กำหนดตรวจสอบก็ได้คูพ้อง แต่กับได้คู 100% เพราะบมีเวลา งานสาสุขเขานักอยู่แล้วอย่างดีบออก” (เจ้าหน้าที่เราไม่ค่อยมีเวลา จึงจ้างเด็กที่พอมีความรู้ เป็นผู้สำรวจข้อมูลให้ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องข้อมูลพื้นฐาน.... ทางเจ้าหน้าที่ได้ลงไปพ้องพื้นที่บ้าง แต่ก็ไม่ได้คู 100 % เพราะไม่มีเวลา งานสาธารณสุขของเราเยอะมาก อย่างที่เคยบอก)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ได้มา ตอนแรกนี่ก็แจ้งยอดดีฝ่ายบริหาร ว่าต้องก้านเต้าไค เป็นกัจัดซื้อจัดจ้าง สนับสนุนมาซื้อ หลังจากนั้นส่งซื้อพื้นที่ทำกานสำรวจ บางพื้นที่ใช้ อสม. บางดี เจ้าหน้าที่นักกไปคนเดียว แต่ดีนี้ใช้ อสม. กับ พสอ. ....ยอมฮับว่าบได้ตรวจสอบ เพราะมันเยอะ ปันกว่าหลังคาเรือน หลังจากได้มากก็เก็บเข้าตู้ แต่กัแก้ไขข้อมูลไปเรื่อยๆ เมื่อคนไข้มา ทำไปแก้ไปปรับไปเรื่อยๆ” (ได้มา ตอนแรกมีการแจ้งทางฝ่ายบริหาร ว่า ต้องการจำนวนเท่าไค ฝ่ายบริหารก็ทำการจัดซื้อจัดจ้างสนับสนุนมาให้ หลังจากนั้นกัส่ง ให้พื้นที่ทำการสำรวจ บางพื้นที่ใช้ อสม. บางที่เจ้าหน้าที่มีจำนวนมากก็ลงไปเก็บเอง แต่ดีนี้ใช้ อสม. กับ พสอ....ยอมรับว่าไม่ได้ตรวจสอบเพราะแฟ้มมีจำนวนมาก ประมาณ หนึ่งพันหลังคาเรือน หลังจากได้มากก็ทำการเก็บเข้าตู้ แต่กัมีการแก้ไขข้อมูลเมื่อ คน ไข้ มาหา และทำการแก้ไขไปเรื่อยๆ)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

### 6.3 การใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว

การใช้ประโยชน์จากแฟ้มอนามัยครอบครัว ส่วนใหญ่ใช้ในการให้บริการตรวจรักษาพยาบาลโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวาน และการลงบันทึกการรับวัคซีน การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์ เนื่องจากแฟ้มอนามัยครอบครัว สามารถหยิบใช้ได้สะดวก และสามารถดูข้อมูลประวัติเดิมของผู้รับบริการได้ ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจาก พื้นที่จังหวัดเชียงใหม่มีโปรแกรมสำหรับประมวลผลข้อมูลรายบุคคลด้วย จึงไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากแฟ้มอนามัยครอบครัวโดยตรง แต่จะทำการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์อีกครั้งแล้วทำการประมวลผลในภาพรวม แต่หากต้องการดูข้อมูลในรายบุคคลหรือประวัติครอบครัวก็ยังสามารถดูได้จากแฟ้มอนามัยครอบครัว และเมื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน พบว่า ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการใช้เมื่อมีผู้มารับบริการจำนวนมาก เนื่องจาก ต้องใช้เวลาค้นหาแฟ้มฯ พอสมควร ส่งผลให้ ผู้มารับบริการต้องใช้เวลารอนาน การแก้ไขปัญหาดังกล่าว บุคลากรจะใช้วิธีเขียนลงใน สมุด รบ 1 ก 01 ก่อนแล้วนำมาลงข้อมูลในแฟ้มอนามัยครอบครัวอีกครั้ง

“ใช้ได้นักเลย ในด้านการรักษา อย่างต่ก่อนคนไข้มาหา เขาจะลงแค่ทะเบียน รบ 1 ก แล้วก้อจ่ายยา เสร็จแล้วเป็นมาแหมมเตื่อ ถ้าจำวันที่ที่มาบได้ เขากัดูประวัติเดิมบได้ แต่ว่า ตอนนี เขาจะคู้ฮันเก่าได้ว่าเป็นแพ้ยายังพ่อง ได้ฮับยาฮยังพ่องการรักษามันกัต่อเนื่อง ขึ้น อย่างวางแผนครอบครัวถ้าเป็นจำวันบได้ ทำใบนัดหายกัมาถาม ได้เขาก็สามารถดู



ข้อมูลสื่อได้” (ใช้ได้มากเลย ในด้านการรักษา อย่างเมื่อก่อน เวลาคนไข้มาหา เราจะลงแค่ทะเบียน รบ 1 ก และทำการจ่ายยา พอคนไข้กลับมาอีกครั้ง ถ้าจำนวนที่มาครั้งก่อนไม่ได้ เราก็ไม่สามารถดูประวัติเดิมไม่ได้ แต่ว่าตอนนี้เราสามารถดูข้อมูลเก่าได้ว่าคนไข้แพ้ยาอะไร หรือได้รับยาอะไร ไปบ้างการรักษาก็ต่อเนื่องขึ้น เช่นงานวางแผนครอบครัว ถ้าคนไข้จำนวนไม่ได้ ทำใบนัดหาย ก็สามารถถามข้อมูลได้)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“ใช้สะดวกขึ้นคืออย่างคนไข้มา เขาได้รู้ประวัติของคนไข้ ถ้าอย่างคนไข้ลืม และอย่างงานความดัน เบาหวาน ก่เซาะทางง่ายขึ้น” (ใช้สะดวกขึ้น คือ เวลาคนไข้มา เราได้รู้ประวัติของคนไข้ ในกรณีที่คนไข้ลืม และอย่างเช่นงานความดัน โลหิตสูง เบาหวาน ก็หาได้ง่ายขึ้น)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

#### 6.4 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานแฟมอนามัยครอบครัว

ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการจัดทำแฟมอนามัยครอบครัว มีประโยชน์ต่อการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยทำให้บุคลากรสามารถให้บริการที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในงานรักษาพยาบาล และการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน บุคลากรสามารถค้นหาและทราบประวัติการรักษาของผู้ป่วย และความก้าวหน้าของการรักษาได้ และในการดำเนินงานแฟมอนามัยครอบครัว หากมีการสำรวจและจัดทำข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน จะสามารถใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

“ตอนทำใหม่ ๆ นี้ รู้สึกว่าเป็นภาระพอสมควร พอทำไป ๆ แล้วดี ดีกว่าแต่ก่อนดียังมีอย่างน้อยก็เขียนชื่อประวัติต่อเนื่อง แม้กระทั่งชื่อต่าง ๆ ก็ค้นได้ดีกว่าง่ายกว่า แม้แต่คนที่เขาบ่รู้จักก็สามารถค้นและรู้ประวัติของเป็นได้” (ตอนทำใหม่ ๆ รู้สึกว่าเป็นภาระพอสมควร แต่พอทำไป ๆ แล้วดี ดีกว่าตอนที่ยังไม่มี อย่างน้อยก็ทำให้ได้รู้ประวัติที่ต่อเนื่อง แม้กระทั่งชื่อต่าง ๆ ก็ค้นได้ดีกว่า ง่ายกว่า แม้แต่คนที่เราไม่เคยรู้จักก็สามารถค้นและรู้ประวัติของเขาได้)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“บ่ก็คิดเลิกใช้ .....อย่างหยิบขึ้นมาแฟมหนึ่งเขาก็จะรู้ข้อมูลคนทั้งบ้านเลย ใฝ่มีโรคประจำตัวหยั่ง ใฝ่พิการ มันจะมีหมดตั้งแต่ละอ่อนจนถึงคนแก่ .....ในความคิดของปี ปี

ว่าดี มันเห็นเป็นรูปธรรม คนนี้บ้านนี้ มันเห็นข้อมูลหมด” (ไม่คิดจะเลิกใช้..เช่นถ้าหยิบ  
แฟ้มหนึ่งขึ้นมา เราจะทราบข้อมูลคนทั้งบ้านเลย ว่าใครมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง ใคร  
พิการ แฟ้มจะมีข้อมูลตั้งแต่เด็กจนถึงคนชรา...ในความคิดของพี่ พี่คิดว่า ดี มองเห็น  
เป็นรูปธรรม คนนี้บ้านนี้ เห็นข้อมูลทั้งหมด)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“ก็คิดว่าดีนา ถ้าสามารถทำได้ครบ แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้มีการ Up เท่าใด แต่ถ้าทำได้  
จริง ๆ ก็เป็นผลดีต่ออนามัย อย่างน้อยก็ช่วยงานศึกษาเขาก็ดูประวัติเก่าได้” (ก็คิดว่าดี  
ถ้าสามารถทำได้ครบ แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการ UP เท่าไร แต่ถ้าทำได้จริงๆ ก็เป็นผลดี  
ต่อสถานอนามัย เช่นงานรักษาก็สามารถดูประวัติเก่าได้)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved