

การพัฒนาสารสนเทศ เพื่อระบบการบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม

THE DEVELOPMENT OF MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM FOR THE HOLISTIC HEALTH CARE

- นายแพทย์วิวัฒน์ สิริกนกวิไล
โครงการวิจัยอยุธยา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอยุธยา
Dr. Ravinun Sirikanokvilai
Ayutthaya Research Project
Ayutthaya Provincial Health Office
- นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอยุธยา
Dr. Tawekiat Boonyapaisarncharoen
Ayutthaya Provincial Health Office

รายงานนี้เป็นการเสนองานวิจัย
ที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ทดลองใช้ในสถานอนามัยเขตเมือง
ตั้งแต่ปี 2535 ถึงปัจจุบัน โดยมีแนวคิด
และสมมุติฐานว่า หากมีการนำระบบสารสนเทศที่
ก่อให้เกิดปริมาณงานน้อย แต่มีประสิทธิภาพสูง
มาใช้ในสถานอนามัย ซึ่งเป็นสถานบริการ
ในด่านแรกแล้ว จะก่อให้เกิด
การเอื้ออำนวยให้เกิดความเข้าใจ
ชุมชนอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง

1. บทนำ

“สุขภาพ” ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกมีความเป็นองค์รวมและหมายถึงความสุขสบายดีในทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ มิติทางกาย มิติทางจิตใจ และมีมิติทางสังคมและชุมชนที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าจำเป็นต้องจัดระบบการบริการสาธารณสุขให้เกิดการบริการแบบองค์รวม (Holistic care) โดยมีสถานบริการในด่านแรก (Primary care) ที่สามารถดูแลสุขภาพของชุมชนได้ในทุกมิติ สถานบริการแบบนี้ในประเทศไทย ได้แก่ รูปธรรมของสถานีอนามัยที่กระจายอยู่ทั่วประเทศประมาณ 8,000 แห่ง แต่โดยธรรมชาติของ Primary care ที่มีขนาดเล็กและมีความกระจัดกระจายจึงจำเป็นต้องอาศัยระบบสารสนเทศที่ก่อให้เกิดปริมาณงานน้อย (Low workload) แต่มีประสิทธิภาพสูง กล่าวคือสามารถใช้ในการพัฒนาและการตัดสินใจของหน่วยงานจนถึงขั้นสามารถเข้าใจและติดตามความเป็นองค์รวมของสุขภาพของชุมชนได้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจึงได้ทดลองวิจัยแนวคิดและสมมุติฐานนี้ พัฒนาระบบสารสนเทศขึ้นในสถานอนามัยเขตเมือง (Urban health center) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 ถึงปัจจุบัน และได้ประสบความสำเร็จดังกล่าวตามรายละเอียดในเอกสารชิ้นนี้

2. ระบบบริการสาธารณสุขแบบองค์รวมในอุดมคติ (Ideal holistic health care system)

การบริการสาธารณสุขแบบองค์รวมเป็นการให้บริการสาธารณสุขที่พิจารณาถึงทุกมิติแห่งความเป็นมนุษย์ดังกล่าวแล้ว อันได้แก่ มิติทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุคและสังคมที่มนุษย์เชื่อมโยงอยู่ รูปแบบการบริการเช่นนี้เน้นที่ความสัมพันธ์และความรู้จักที่ตีเพียงพอระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งเกินเลยกว่าความสัมพันธ์ที่จำกัดเฉพาะเวลารับบริการ หมายถึง มีความสัมพันธ์ที่ดีตั้งแต่ผู้รับบริการมีความสบายดีและไม่ได้รับบริการแต่อยู่ในชุมชนหรือแม้กระทั่งหลังจากรับบริการแล้วกลับไปอยู่ในชุมชนแล้วก็ตาม การบริการเช่นนี้จึงมิได้คำนึงเฉพาะความเจ็บป่วย แต่คำนึงถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพในชุมชน รวมถึงการที่ชุมชนพยายามช่วยเหลือตนเอง ในการพัฒนาสุขภาพของตนเองตามความรู้ที่ได้รับจากระบบบริการสาธารณสุข จึงเห็นได้ชัดเจนว่าระบบบริการสาธารณสุขแบบองค์รวมดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีระบบสารสนเทศที่คล่องตัวและมีประสิทธิภาพพอเพียงที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดความเข้าใจชุมชนอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง

3. ระบบสารสนเทศตามอุดมคติ

3.1 ลักษณะข้อมูลข่าวสารที่ดีในอุดมคติ ควรจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) Simple : ไม่มีความยุ่งยากในการเก็บรวบรวมและมีความเข้าใจง่าย
- 2) Sensitive : ต้องมีความไวต่อการวัดความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 3) Reliability : มีความน่าเชื่อถือสามารถวัดและตรวจสอบได้

4) Relevancy : มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ซึ่งในการให้บริการองค์รวมนั้นเราเน้นเรื่องความต่อเนื่องของข้อมูล การนำข้อมูลมาปรับปรุงการบริการ และการรายงานหน่วยเหนือขึ้นไป

3.2 การใช้ประโยชน์ของข้อมูล ควรจะใช้เพื่อการตัดสินใจและพัฒนา ซึ่งการใช้ประโยชน์ในแต่ละระดับก็จะมีความแตกต่างกันไป กล่าวคือ :

- 1) ในระดับกระทรวง ➡ เน้นเรื่องการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบาย
- 2) ระดับจังหวัด ➡ เน้นเรื่องการตัดสินใจเพื่อกำหนดกลวิธีการทำงาน
- 3) ระดับปฏิบัติการ ➡ เน้นเรื่องการตัดสินใจเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

3.3 มีความต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้รับบริการและชุมชน (Continuity of Information)

ดังได้กล่าวแล้วว่าการดูแลแบบองค์รวมนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องข้อมูลที่เป็นสมบูรณ์ และมีความต่อเนื่องตลอดชีวิต ลักษณะการเก็บข้อมูลจึงต้องเก็บเฉพาะข้อมูลที่มีประโยชน์และต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตในชุมชน การใช้ OPD card บันทึกประวัติคนไข้ตลอดชีวิต คงจะเป็นไปไม่ได้ เพราะจะไม่มีที่เก็บ และจะไม่สามารถรองรับความต่อเนื่องได้ จำเป็นต้องหาวิธีใหม่

3.4 มีความเชื่อมโยงกับสถานบริการต่างระดับ

การให้บริการแบบองค์รวมจะกระทำได้ดีก็ต่อเมื่อมีสถานบริการเล็กๆ กระจายอยู่ในชุมชนทำหน้าที่บริการเป็นด่านแรก ที่เราเรียกว่า Primary care ซึ่งในระบบการบริการสาธารณสุขของไทยเทียบได้กับการบริการระดับสถานีอนามัยที่มีอยู่ 8,000 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งมีศักยภาพในการบริการในระดับที่จำกัด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วย

เจ็บป่วยขนาดที่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทาง หรือใช้เทคโนโลยีสูงขึ้น ก็จำเป็นต้องถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหรือระบบบริการที่สูงกว่า ซึ่งประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญในการรักษาที่โรงพยาบาลควรจะได้บันทึกอยู่ในแฟ้มผู้ป่วยที่ Primary care ด้วย ความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลกับสถานอนามัยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

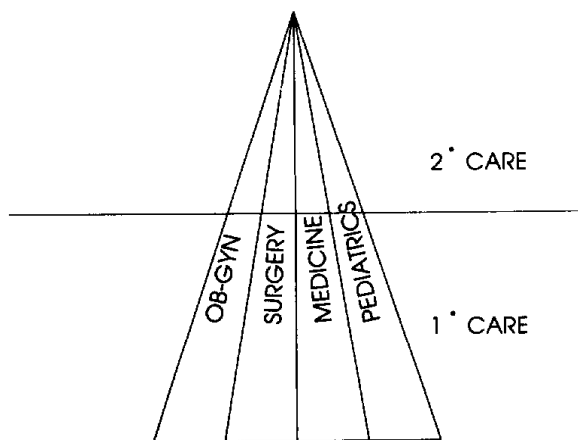
4. สถานการณ์ปัจจุบัน

4.1 เนื่องจากการบริการรวมศูนย์อยู่ในโรงพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 1

ลักษณะเช่นนี้ทำให้ฐานประชากรที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจะค่อนข้างกว้างขวางใหญ่โตมาก จึงไม่สามารถจัดระบบบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนได้ ตัวแพทย์เองก็มองไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องบันทึกละเอียดไปทำไม เพราะรู้จักกับผู้ป่วยแบบชั่วคราวไม่ต่อเนื่อง การบันทึกข้อมูลก็ใช้เพียง OPD card เท่านั้น ยกเว้นผู้ป่วยในจะมีแฟ้มประวัติว่าผู้ป่วยในไข้ด้วย จึงมีปัญหาการค้นหาบัตรจะเสียเวลา บัตรหายบ่อยเพราะมีมาก บันทึกไม่ละเอียดไม่สามารถนำมาใช้ในเชิงวิชาการได้ ฯลฯ

แนวคิดแบบบริการสาธารณสุขของค์รวม จึงเสนอ

ภาพที่ 1 ลักษณะการให้บริการสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นการรวมศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาล และแพทย์เฉพาะทางทั้งในระดับ Primary care และ Secondary care



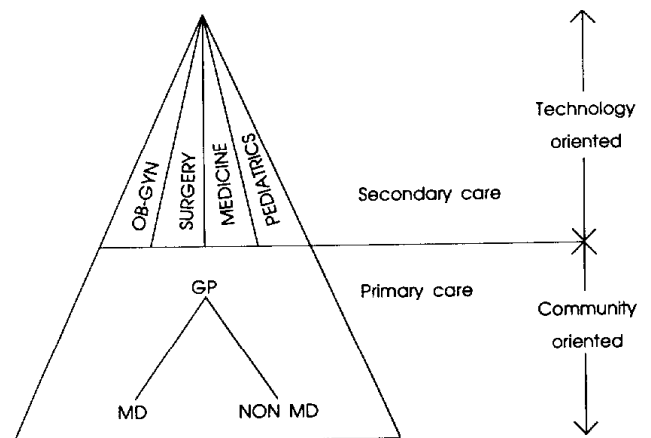
ให้มีการกระจายการให้บริการออกไปเป็นหน่วยบริการเล็กๆ รับผิดชอบจำนวนประชากรจำนวนจำกัดจำนวนหนึ่ง ซึ่งเรียกการให้บริการระดับนี้ว่า Primary care ดูแลโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioner) หรือหมออนามัย ซึ่งมีความสามารถในการให้บริการแบบรอบด้าน (Multipurpose) ดังแสดงในภาพที่ 2

เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว ฐานประชากรมีจำนวนจำกัดและพอเหมาะ ผู้ให้บริการต้องรับผิดชอบประชากรต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้รับบริการ ความรับผิดชอบในการบันทึกประวัติของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นและมีความเป็นไปได้ที่จะบันทึกให้สมบูรณ์ถ้ามีการออกแบบการบันทึกที่เหมาะสม ทางผู้วิจัยจึงได้พยายามหาแนวทางการสร้างแบบบันทึกข้อมูลมาใช้ใหม่

4.2 ความล่าช้าในการรบบัตร

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั่วไปจะต้องเสียเวลาในการรบบัตรผู้ป่วยมากน้อยตามแต่ความแน่นของสถานบริการ และมีปัญหาเรื่องบัตรหายอยู่ประจำ เจ้าหน้าที่

ภาพที่ 2 การให้บริการแบบกระจายการบริการโดยการแบ่งระดับการให้บริการเป็น 2 ระดับ ซึ่งความรับผิดชอบจะแตกต่างกันไปโดยใน Secondary care จะเป็นลักษณะเด่นทางวิชาการ (Technology oriented) และใน Primary care จะเน้นลักษณะเด่นทางความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน (Community oriented)



ต้องเสียเวลาในการทำงานทางด้านบัตรผู้ป่วยมาก และจำเป็นต้องใช้เจ้าหน้าที่มาก ทำให้สิ้นเปลืองคน ดังนั้นถ้ามีการจัดระบบสารสนเทศใหม่ ย่อมสามารถประหยัดส่วนนี้ไปได้และสามารถใช้ข้อมูลได้ประโยชน์เต็มที่

4.3 การเก็บข้อมูลของสถานบริการ ยังเน้นหนักไปในเรื่องข้อมูลเพื่อส่งต่อให้ผู้บริหารระดับสูงขึ้นไป เน้นเรื่องข้อมูลเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการของหน่วยบริการเอง

4.4 เจ้าหน้าที่เสียเวลาในการทำระบบสารสนเทศนานเกินไป ทำให้ขาดเวลาในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ

- 4.5 คุณภาพของข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ คือ
- ขาดความต่อเนื่องตลอดชีวิต (No continuity for long life)
 - ไม่ไวต่อการตัดสินใจแก้ปัญหา (Not sensitive)
 - ไม่น่าเชื่อถือ (Not reliable)

5. วิธีดำเนินการระบบสารสนเทศผู้รับบริการแบบใหม่ที่ใช้ในสถานบริการระดับ Primary care

5.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้ข้อมูล ลักษณะข้อมูลในอุดมคติข้อหนึ่งก็คือ จะต้องสอดคล้องกับการใช้งาน ดังนั้นก่อนจะกำหนดแบบบันทึกข้อมูลจะต้องระบุวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน ซึ่งในการใช้ข้อมูลของ Primary care นั้นกำหนดไว้ดังนี้

- 1) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- 2) เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาคุณภาพการให้บริการของ Primary care และการบริการระดับอื่นที่เชื่อมโยงกัน
- 3) เพื่อรายงานในส่วนที่จำเป็นต่อสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข

- 4) เพื่อลดภาระการทำงานด้านสารสนเทศของเจ้าหน้าที่

5.2 กำหนดแบบบันทึกระบบสารสนเทศของการให้บริการแบบองค์รวม

เนื่องจากการให้บริการแบบองค์รวมจำเป็นต้องมีข้อมูลต่อเนื่องทั้งตอนที่ป่วยและตอนที่ยังไม่ป่วย ดังนั้นจึงต้องแบ่งระยะเวลาของการบันทึกออกเป็น 2 ระยะ คือ

5.2.1 การบันทึกข้อมูลในระยะกำลังป่วยหรือในระยะรับบริการ (Intra-episode records) เพื่อความต่อเนื่องของข้อมูลและการดูแลรักษาระหว่างการบริการครั้งนั้นๆ ซึ่งมีบัตรต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) บัตรพบหมอ (Personal ticket) มีข้อมูลที่คล้ายใบสั่งยา(หมอเขียนครั้งเดียวโดยใช้กระดาษอัดสำเนา) บัตรนี้จะใช้แทน OPD card

วัตถุประสงค์ : เพื่อใช้สำหรับบันทึกโรคเฉียบพลันที่สามารถรักษาหายได้ในระยะเวลาอันสั้นและไม่มีผลกระทบบนระยะยาวต่อร่างกาย และจิตใจผู้รับบริการ จะใช้บัตรนี้ต่อหนึ่งโรค ซึ่งจะสอดคล้องกับระบบเก็บเงินของศูนย์แพทย์ สำหรับคนที่ไม่มียสิทธิในการเบิกคือ เก็บแบบอัตราราคาเดียวต่อโรค (Flat rate) ซึ่งขณะนี้เก็บ 80 บาทต่อโรค เพราะฉะนั้นใครได้บัตรใบนี้ใหม่นั้นหมายความว่าต้องเสียค่าบริการ 80 บาท

วิธีการใช้ : ออกบัตรโดยพยาบาลห้องยา และบันทึกการรักษาและการนัดโดยแพทย์

ข้อดี : ไม่ต้องเก็บประวัติที่ไม่จำเป็นไว้ ไม่ต้องเสียเวลาคืนบัตร ประหยัดเวลา และจำนวนเจ้าหน้าที่ของห้องบัตร ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการรับรู้

ข้อเสีย : ถ้าผู้รับบริการที่ระดับการศึกษาไม่ดีจะมีปัญหาไม่เข้าใจวิธีการ ใช้บัตร

2) สมุดประจำตัวผู้ป่วย (Personal book) เป็นสมุดบันทึกขนาดเล็กสำหรับพกติดตัวผู้ป่วย ใช้

สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค

วัตถุประสงค์: เพื่อบันทึกการให้บริการอย่างต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในกรณีเปลี่ยนที่รักษาพยาบาลในกรณีจำเป็น

วิธีการใช้ : ใช้บันทึกโดยแพทย์หรือผู้ให้บริการทุกครั้ง รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ แล้วให้ผู้ป่วยเก็บไว้

ข้อดี : สามารถบันทึกประวัติผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องครบถ้วน ตลอดระยะเวลาของการป่วยและ เมื่อเปลี่ยนสถานบริการในบางครั้งก็จำเป็น ผู้ให้บริการก็จะทราบประวัติได้อย่างถูกต้อง

3) ใบสั่งยา (Prescription form) ลักษณะแบบฟอร์มเป็นกระดาษบาง ซึ่งจะมากู้กับ Personal ticket

วัตถุประสงค์ : เพื่อบันทึกข้อมูลด้านการจ่ายยา สิทธิการรักษาพยาบาล การเงิน การจำแนกกลุ่มโรค อันจะเป็นประโยชน์ในการทำรายงานเพื่อการประเมินผลต่อไปเปรียบเสมือนกับเป็น input form ของระบบรายงานที่จะใช้สำหรับประเมินผล

วิธีการใช้ : เมื่อแพทย์สั่งจ่ายยาแล้ว พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่ห้องยา ก็บันทึกราคา ยา ประเภทผู้ป่วย โรคผู้ป่วย เพื่อจะป้อนข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ และใบสั่งยาก็ต้องเก็บร่วมกับใบเสร็จไว้ให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบได้

ข้อดี : ประหยัดเวลา เพราะสามารถนำข้อมูลในใบสั่งยาป้อนข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วสามารถทำรายงานออกมาได้ทุกเดือน

4) บัตรปฏิบัติการเฉพาะโรค (Operational card) ลักษณะแบบฟอร์มนี้จะเปรียบ เปรียบเหมือน OPD card เฉพาะโรค ที่จำเป็นต้องมีข้อมูลเฉพาะของแต่ละโรค

วัตถุประสงค์ : เพื่อบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนตามความจำเป็นของแต่ละโรค เช่น อาจจะเป็นข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting blood sugar

ความดันโลหิต หรือน้ำหนัก) ของผู้ป่วยที่สามารถเป็นข้อมูลต่อการตัดสินใจให้การรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ บัตรนี้ใช้แทน OPD card และ Personal ticket ซึ่งต้องการความต่อเนื่องของข้อมูลมากกว่าโรคเฉียบพลัน

วิธีการใช้ : แพทย์จะทำบัตรนี้ให้เมื่อสามารถยืนยันได้ว่า ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังชนิดใดชนิดหนึ่งจริง และเมื่อทำบัตรแล้วจะต้องเก็บใส่ในกล่องที่เรียกว่ากล่องนัดหมายเพื่อจะได้ทราบว่าเมื่อถึงกำหนดนัดแล้วใครไม่มาจะได้ติดตามมารับการรักษาต่อไป

5.2.2 Inter-episode record การบันทึกข้อมูลในช่วงที่ผู้รับบริการไม่ได้อยู่ระหว่างการเจ็บป่วยหรือรับบริการ

วัตถุประสงค์ : เพื่อบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเก็บไว้ในระยะยาว เช่น ประวัติสำคัญต่างๆ การแพ้ยา ประวัติโรคเรื้อรัง ประวัติการรับวัคซีน การผ่าตัด การรักษาเฉพาะโรคประจำตัว ซึ่งแฟ้มนี้ประกอบด้วย

- แฟ้มอนามัยครอบครัว (Family file) จะบันทึกข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกที่อยู่ใความรับผิดชอบของสถานีนามัย เช่น รายชื่อสมาชิกในครอบครัว วันเดือนปีเกิด สิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาล

- แบบสรุปสภาวะสุขภาพ (Synthetic card) เก็บข้อมูลที่สำคัญของสมาชิกแต่ละคน เช่น วันที่พบโรค และวันสิ้นสุดปัญหาโรคเรื้อรัง จะบันทึกเฉพาะโรคที่มีความสำคัญเท่านั้น ซึ่งจะต้องเก็บข้อมูลไว้ตลอดชีวิต

6. วิธีการเก็บข้อมูล (Data Collection)

6.1 การบันทึกปัญหาของผู้รับบริการในระยะรับบริการ (Intra-episode) จะสรุปได้ดังแสดงในตารางที่ 1

6.2 การบันทึกข้อมูลสำคัญหรือปัญหาขณะไม่ป่วย (Inter-episode) จะสรุปได้ดังแสดงในตารางที่ 2

6.3 การไหลเวียนของข้อมูล (Flow of Information) การไหลเวียนของข้อมูลนั้นสามารถสรุปเป็นภาพ

ดังแสดงในภาพที่ 3

7. ผลการดำเนินงาน

7.1 จุดมุ่งหมายรวมยอด ตั้งความหวังไว้ว่าระบบสารสนเทศที่ใช้อยู่ จะเป็นเครื่องมือในการสร้างรูปแบบการบริการ

ที่มีคุณภาพตามแนวคิดของการให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวม ดังแสดงในตารางที่ 3

หลังจากดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 2 ปี ผู้ดำเนินการก็สรุปได้ว่าความสำคัญของแบบบันทึกนั้นจะสนับสนุนคุณภาพการให้บริการตามความสำคัญมากน้อย โดยกำหนดให้

++++	=	มีส่วนสนับสนุนอย่างมาก
+++	=	มีส่วนสนับสนุนมาก
++	=	มีส่วนสนับสนุนพอสมควร
+	=	มีส่วนสนับสนุนเล็กน้อย
0	=	ไม่สนับสนุนการเกิดคุณภาพ

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการใช้แบบบันทึกปัญหาต่างๆ ของผู้รับบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม

ปัญหา	บัตรหรือแฟ้มต่างๆ ที่ใช้ในการเก็บ
1. ปัญหาโรคเฉียบพลัน (Acute Disease)	- บัตรพบหมอ (Personal ticket)
2. โรคเรื้อรัง (Chronic disease)	- บัตรปฏิบัติการ (Operational card) - สมุดประจำตัวผู้ป่วย (Personal book)
3. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	- บัตรปฏิบัติการ (ANC, under 5 years) - สมุดประจำตัว (สมุดแม่และเด็ก)
4. นอนโรงพยาบาล (Admission)	- In-patient file ของโรงพยาบาล

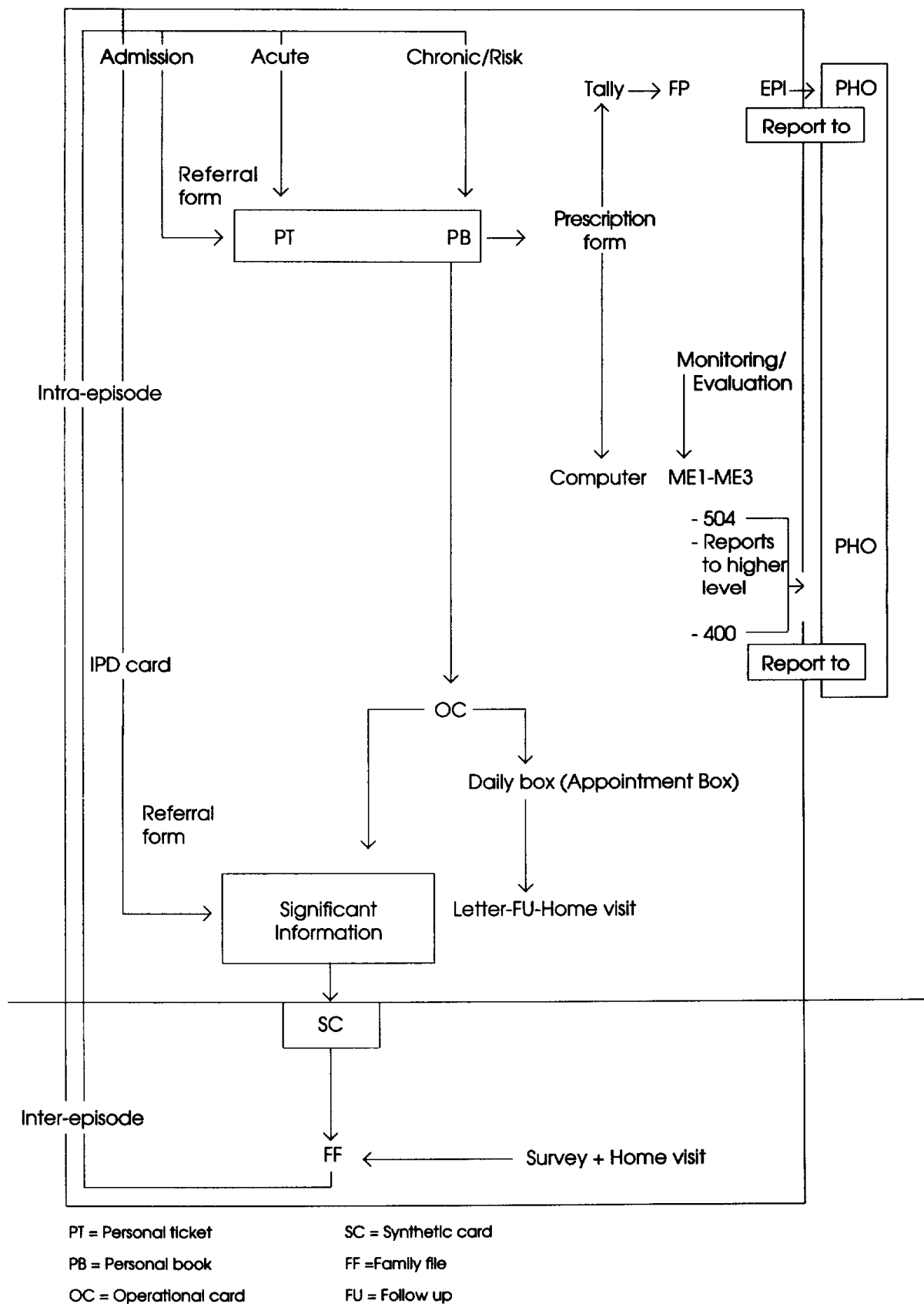
ตารางที่ 2 ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลสำคัญหรือปัญหาขณะไม่ป่วย (Inter-episode)

ปัญหา	บัตรหรือแฟ้มต่างๆ ที่ใช้ในการเก็บ
1. การสรุปปัญหาที่สำคัญ (Significant problem)	- Synthesis card
2. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว เช่น ฐานะเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม	- Family file

ตารางที่ 3 ระดับความสำคัญของแบบบันทึกต่างๆ ที่ใช้เพื่อส่งเสริมคุณภาพบริการ

คุณภาพแบบฟอร์ม	Continuity	Holistic	Integrated	Community Involvement
1. Personal ticket	++	0	0	++
2. Personal book	++++	++	++	++
3. Operational card	++++	+++	0	+
4. Synthetic card	++++	++++	0	0
5. Family file	++++	++++	++	++
6. Appointment box	++++	0	0	++

ภาพที่ 3 การไหลเวียนของระบบสารสนเทศเพื่อการให้บริการแบบองค์รวม



7.2 ความต่อเนื่องของการให้บริการ

ดังได้กล่าวแล้วว่าจุดมุ่งหมายหลักของการใช้ระบบข้อมูลข่าวสารแบบนี้ คือความต่อเนื่องของการให้บริการ ดังจะเห็นได้จากสรุปผลการให้บริการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 4

เนื่องจากยังไม่มีผู้นิยามไว้ว่าการขาดความต่อเนื่องนั้น หมายถึงระยะเวลาานเท่าไร จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับสถานบริการอื่นได้ ในที่นี้จึงแสดงระยะเวลาที่ขาดการรักษาเป็นช่วง ถ้าถือว่าการขาดความต่อเนื่อง หมายถึง ขาดการรักษามากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี จะพบว่าอัตราความต่อเนื่องของความดันโลหิตสูงจะประมาณร้อยละ 77.47 ในขณะที่ของโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 88.89

ที่สำคัญคงไม่ใช่เรื่องของอัตราความต่อเนื่อง แต่ในระบบแบบนี้จะสามารถรู้ความเป็นไปของผู้ป่วยได้ถูกต้อง และสามารถทราบเหตุผลได้ว่า เหตุผลของการขาดความต่อเนื่องเพราะอะไร โดยพยาบาลจะตามไปเยี่ยมบ้านและบันทึกลงในบัตรปฏิบัติการด้วยตัวหนังสือสีแดง การทำเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงปัญหาและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ส่วนสาเหตุที่ขาดการรักษา

แบบต่อเนื่องนั้น ได้แสดงไว้ในตารางที่ 5

ถ้าพิจารณาถึงความต่อเนื่องของผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันทั่วไป การใช้บัตรพบแพทย์ ซึ่งใช้ 1 บัตรต่อ 1 โรค ก็ทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง เพราะเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนสถานที่รับบริการโดยไม่กลับไปรักษาที่ศูนย์แพทย์อีก ถ้าผู้รับบริการนำบัตรดังกล่าวไปด้วย ก็จะทำให้แพทย์ที่ให้การรักษาทราบวิธีการรักษาผู้ป่วยรายนั้นได้ และสามารถให้การรักษาต่อเนื่องได้ และถ้าพิจารณาถึงอัตราการให้บริการต่อโรคนั้นของศูนย์แพทย์จะอยู่ที่ 2.29 ครั้งต่อโรค แสดงให้เห็นว่า โดยเฉลี่ยผู้ป่วย 1 โรค จะมาใช้บริการประมาณ 2.29 ครั้ง ซึ่งค่อนข้างมาก

7.3 การสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

ลักษณะแบบบันทึกที่ใช้อยู่นี้ยังมีข้อดีที่ใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร (Communication) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ อันเป็นการได้มาซึ่งความเข้าใจอันดีของการให้บริการ เช่น ทราบปัญหาครอบครัว สิ่งแวดล้อม และเป็นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เพราะทุกครั้งที่ผู้ป่วยให้บริการบันทึกข้อมูล จะต้องอธิบายให้ผู้รับบริการทราบบ้าง เพราะผู้รับบริการจะต้องเก็บข้อมูลไว้กับตัวเองด้วย ทั้งยังทำให้แพทย์สั่งยาน้อยลง

ตารางที่ 4 อัตราความต่อเนื่องของผู้รับบริการโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานประจำปี พ.ศ. 2535 ของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม

	ความดันโลหิตสูง (จำนวนผู้ป่วย = 71 คน) ร้อยละ	เบาหวาน (จำนวนผู้ป่วย = 18 คน) ร้อยละ
1. รักษาสม่ำเสมอไม่ขาดนัดเลย	9.86	27.78
2. การขาดความต่อเนื่อง		
1-28 วัน	27.73	51.41
2-3 เดือน	9.86	1.41
> 3 เดือน	22.53	11.11
รวม	100	100

ตารางที่ 5 สาเหตุการขาดความต่อเนื่องในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เกินกว่า 3 เดือนใน 1 ปี

สาเหตุ	จำนวน	
	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน
1. เข้าใจว่าหายแล้ว	1	-
2. ย้ายที่อยู่อาศัย	7	-
3. ไปเยี่ยมมาแล้วไม่พบ	2	-
4. รับประทานยาแผนโบราณและซื้อยากินเอง	2	-
5. เปลี่ยนสถานที่รับบริการ	4	2
รวม	16	2

ตามคำกล่าวที่ว่า “ถ้าแพทย์มีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อยเท่าไร ก็จะมีการสั่งยามากขึ้น”

ผลการจ่ายยาให้ผู้รับบริการในศูนย์แพทย์เมื่อปีงบประมาณ 2535 นั้น ประมาณ 34.20 บาทต่อครั้ง หรือ 81.66 บาทต่อโรค ซึ่งค่อนข้างต่ำ ความประหยัดเช่นนี้เป็นผลพลอยได้จากการใช้ระบบสารสนเทศแบบใหม่

7.4 ส่งเสริมการให้บริการแบบผสมผสาน (Integrated care)

ลักษณะเช่นนี้จะเห็นได้ชัดในการใช้บัตรปฏิบัติการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งภายในบัตรจะมีข้อมูล ทั้งด้านการชั่งน้ำหนัก การให้ภูมิคุ้มกัน การให้อาหารเสริม และการเจ็บป่วยอยู่ในบัตรเดียวกัน ซึ่งทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะได้รับบริการในลักษณะผสมผสานอย่างจริงจัง

7.5 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

จากการที่ได้ทดลองนำเอาระบบข้อมูลข่าวสารแบบนี้มาใช้ทำให้ผู้ให้บริการสามารถใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการพัฒนาคุณภาพบริการมากขึ้น และไม่เน้นเรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อไปหน่วยงานต้นสังกัด ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจจุดมุ่งหมายของการเก็บข้อมูล และเต็มใจที่จะใช้ระบบข้อมูลข่าวสารแบบนี้ โดยได้มีการประเมินผลโดยการอภิปรายพูดคุยกันหลายครั้งทุกคนก็เห็นว่าการใช้ระบบข้อมูลข่าวสารแบบนี้เหมาะสมดี

7.6 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการจะมีความรู้สึกมีการส่งเสริมในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ด้วยเหตุผลหลายอย่างเช่น ได้รับคำอธิบายจากแพทย์มากขึ้น มีการเก็บประวัติการรักษาของตนเองไว้ ทำให้รู้สถานะของตนเอง สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการว่าตนเองน่าจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

หากคราใดที่ผู้รับบริการมาใช้บริการแล้วพบว่าบัตรบันทึกหายนั้น ผู้ป่วยจะมีความกังวลใจอย่างมาก และหลายๆคนมีความภูมิใจว่าประวัติด้านสุขภาพของตนเองนั้นถูกเก็บไว้อย่างเป็นระบบเป็นรายครอบครัวที่สถานบริการ นี่เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความพอใจในการใช้ระบบข้อมูลแบบนี้

8. สรุป

ผู้เขียนได้นำเสนอวิธีการระบบสารสนเทศ เพื่อระบบบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม และเสนอประสบการณ์ที่ได้จากการใช้ระบบสารสนเทศแบบใหม่นี้ว่ามีความเหมาะสมกับสถานบริการขนาดเล็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสถานีอนามัย ซึ่งกระจายครอบคลุมทุกหมู่บ้านทุกครอบครัวในเมืองไทย หากว่าสามารถขยายรูปแบบนี้ให้อย่างกว้างขวางก็จะส่งผลให้การให้บริการสาธารณสุข

ในเมืองไทยเป็นลักษณะองค์รวมมากขึ้น อันเป็นผลให้การบริการสาธารณสุขของประเทศจะพบกับการมีคุณภาพเสมอภาค และประหยัด

เอกสารอ้างอิง

1. โครงการวิจัยอยุธยาและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. องค์รวมแห่งสาธารณสุข: ภูมิปัญญาจากการวิจัยระบบสาธารณสุข. เอกสารทางวิชาการ.
2. World Health Organization. Development of indicator for monitoring progress towards health for all by the year 2000.

3. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. Holistic approach in family medicine.
4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. Holistic care. เอกสารประกอบการประชุม Holistic care โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2532.
5. Thailand's Mid-decade Goals for Children Monitoring and Evaluation Programme.
6. Mercenier P. Institute of Tropical Medicine, Antwerp. The role of health center in the district health system.

