

การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม
ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพัทตรพืมาน
จังหวัดร้อยเอ็ด

รติยา วิภักดี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
ธันวาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



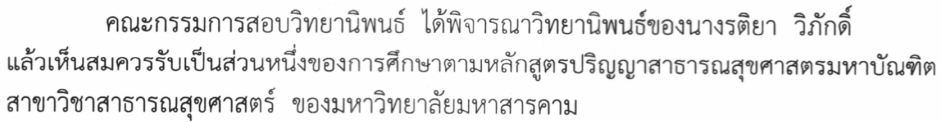
การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม
ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักรพิมาน
จังหวัดร้อยเอ็ด

รติยา วิภักดี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
ธันวาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





..... (อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์) (ผศ.ดร.นิรุธรรม เทรินโบล) (อาจารย์ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา) (อาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช) (อาจารย์ ดร.สุพัตรา วัฒนเสน)	ประธานกรรมการ (อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ) กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก) กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม) กรรมการ (อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ) กรรมการ (ผู้ทรงคุณวุฒิ)
--	---

มหาวิทยาลัยยอนัมตีให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 30 เดือน ๕.๑. พ.ศ. 2559



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิริวินา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.อดิศร วงศ์คงเดช กรรมการสอบ และ อาจารย์ ดร.สุพัตรา วัฒนเสน ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ ดร.ดวงเดือน ศรีมาตี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด นายสุจิต สีสานาม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด และนายยุทธนา ผือโย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภोजตุรพัตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ขอขอบคุณนายแพทย์สุพัชร์ศักย์ พันธุ์ศิลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพัตรพิมาน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก รวมถึงให้ความอนุเคราะห์ใช้พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजตุรพัตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย และให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นอย่างดี

ประโยชน์และคุณค่าจากงานวิจัยนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา-มารดา ครู-อาจารย์ ที่มีส่วนให้ชีวิตและปัญญาแก่ผู้วิจัยจนประสบผลสำเร็จ

รติยา วิภักดิ์



ชื่อเรื่อง	การพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
ผู้วิจัย	นางรติยา วิกักดี
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล อาจารย์ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2559

บทคัดย่อ

คุณภาพฐานข้อมูลทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมาย เพื่อพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม และเปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ขั้นศึกษาสภาพปัญหา การดำเนินงาน 2) ขั้นการปฏิบัติการตามรูปแบบที่กำหนด และ 3) ขั้นประเมินผลกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล จำนวน 46 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการตอบแบบสอบถาม การสังเกต และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบใช้ Chi-square test (χ^2), Fisher Exact test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาแบบจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 20 กิจกรรม คือ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นดำเนินการพัฒนาโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) ขั้นพัฒนาบุคลากร 4) ขั้นนิเทศติดตามการดำเนินงาน 5) ขั้นประเมินผลการดำเนินงาน และ 6) ขั้นการสะท้อนกลับและสรุปผล หลังการพัฒนาระบบการดังกล่าวทำให้ได้รูปแบบแนวคิด การพัฒนา คือ CHA_TU Model ซึ่งส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูลมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ดีขึ้น คุณภาพข้อมูลด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 84.61 เป็นร้อยละ 98.73 และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.66, S.D. = 0.35)

สรุป การพัฒนาแบบจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การทำงานเป็นทีมเครือข่ายโดยการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม การติดตามนิเทศงานในระหว่างการทำงาน มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในระดับเครือข่ายอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทำให้เกิดความตระหนัก ในการปฏิบัติและการมีช่องทางในการการสะท้อนกลับข้อมูลที่ง่ายและสะดวก จึงทำให้การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพข้อมูลสุขภาพ; ข้อมูล 43 แฟ้ม; หน่วยบริการปฐมภูมิ



TITLE The Quality Management Model for 43 Public Health Data Folders in Primary Care Unit Network at Chaturaphakphiman District, Roi-Et Province

AUTHOR Mrs. Ratiya Wipak

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Public Health

ADVISORS Asst. Prof. Niruwan Turnbull, Ph.D.
Satianpong Siwina, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2016

ABSTRACT

Quality of database in medical and public health was always vital to developing the country's health system. This action research was conducted with its objectives to develop the data quality management model for the 43 public health folders and to compare its quality before and after development. The study was divided into 3 phrases: 1) preliminary stage, 2) action stage, and 3) evaluation stage. The sample group consisted of 46 respondents who were involved in data quality management. Data collection was obtained through questionnaires, observations, and interviews before being analyzed by using descriptive statistics such as frequency, percentage, average, standard deviation, Chi-square test (χ^2), and Fisher Exact test. To obtain qualitative data, a content analysis was employed.

The results showed that the development process of data quality management model for the 43 public health folders included 6 stages and 20 activities as follows: 1) preparation stage, 2) action stage by stakeholders, 3) human development stage, 4) supervision and following-up stage, 5) evaluation stage, and 6) reflection and conclusion stage. The development of such process had formed a new development concept called the CHA_TU model which in turn resulted in an increasing of knowledge, a better practice and a better attitude of those who were involved in data quality management. Moreover, data quality (accuracy, completeness, and timeliness) had increased from 84.61 to 98.73 percent and its satisfaction was found to be at a high level (Mean = 4.66, S.D. = 0.35).

In summary, the development of data quality management model for the 43 public health folders comprised factors of success as follows: a participatory planning by stakeholders, working as a teamwork in a network (stakeholders taking part in all activities), a supervision to be made during an implementation stage, a workshop to be recurrently held in a network level for developing the potential of personnel, exchanging and sharing knowledge to raise awareness in practice, and channels for easy and convenient feedback (reflection). These factors contributed to a more effective operation.

Key words: quality health information; 43 public health data folders; Primary Care Unit



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 คำถามการวิจัย	5
1.4 ความสำคัญของการวิจัย	5
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	7
1.7 สัญลักษณ์และตัวย่อที่ใช้ในงานวิจัย	7
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล	10
2.1 แนวคิดการจัดการคุณภาพข้อมูล	10
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ	37
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ	51
2.4 การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC)	53
2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	55
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	60
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	65
3.1 รูปแบบการวิจัย	65
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	66
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	69
3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	71
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	72
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	73
3.8 จริยธรรมในการวิจัย	73
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	74
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	74
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75



	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	74
ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม	83
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม	97
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	118
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	118
5.2 สรุปผลการวิจัย	119
5.3 อภิปรายผล	122
5.4 ข้อเสนอแนะ	127
เอกสารอ้างอิง	128
ภาคผนวก	133
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	134
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	136
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	141
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	145
ภาคผนวก จ โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอดุสิต กรุงเทพมหานคร จังหวัดร้อยเอ็ด	159
ภาคผนวก ฉ ภาพประกอบการจัดกิจกรรม	165
ประวัติย่อผู้วิจัย	171



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 2.1 เกณฑ์วัดคุณลักษณะของคุณภาพข้อมูลและดัชนีชี้วัดคุณภาพ	12
ตาราง 2.2 การตรวจสอบข้อมูลตามผลงานการให้บริการ (Individual Data)	24
ตาราง 2.3 การตรวจสอบโครงสร้าง (Validate) และความถูกต้องของข้อมูล (Verify)	25
ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	77
ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้โดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजุดรพิตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	78
ตาราง 4.3 จำนวนและร้อยละความรู้จำแนกรายข้อต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजุดรพิตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	79
ตาราง 4.4 จำนวนและร้อยละระดับเจตคติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजุดรพิตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	80
ตาราง 4.5 จำนวนและร้อยละเจตคติจำแนกรายข้อต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजุดรพิตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	81
ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละระดับการปฏิบัติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजุดรพิตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	82
ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติจำแนกรายข้อต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजุดรพิตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	82
ตาราง 4.8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ กับการอบรม ชี้แจงการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม	84
ตาราง 4.9 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล กับการปฏิบัติตาม ต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม	81
ตาราง 4.10 ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม ด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลา ก่อนการดำเนินการ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2557- กันยายน 2558	86
ตาราง 4.11 ผลประเมินการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการ คุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม	98
ตาราง 4.12 วิเคราะห์ปัญหาจากการนิเทศติดตามการดำเนินงานการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม	99
ตาราง 4.13 ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา	100



	หน้า
ตาราง 4.14 ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม ด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลา หลังดำเนินการพัฒนา	101
ตาราง 4.15 เปรียบเทียบระดับความรู้จำแนกรายด้านต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา	105
ตาราง 4.16 เปรียบเทียบระดับความรู้โดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา	105
ตาราง 4.17 เปรียบเทียบระดับเจตคติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา	106
ตาราง 4.18 เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา	106
ตาราง 4.19 เปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม จำแนกรายหน่วย บริการในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลา ก่อนดำเนินการพัฒนา ระหว่างเดือน เมษายน – กรกฎาคม 2558 และหลังดำเนินการพัฒนา ระหว่างเดือน เมษายน – กรกฎาคม 2559	107
ตาราง 4.20 เปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลา จำแนกเป็นรายแฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการ พัฒนา ระหว่างเดือน เมษายน – กรกฎาคม 2558 และหลังดำเนินการพัฒนา ระหว่างเดือน เมษายน – กรกฎาคม 2559	108
ตาราง 4.21 ระดับความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย จำแนกรายข้อต่อกระบวนการดำเนินงาน จัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	112
ตาราง 4.22 ระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ร่วมวิจัย ต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการ คุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	113
ตาราง 4.23 เปรียบเทียบรูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	114



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 รูปแบบการรับส่งข้อมูลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	17
ภาพประกอบ 2.2 รูปแบบการรับส่งข้อมูลระดับ รพช. รพท. รพศ.	18
ภาพประกอบ 2.3 รูปแบบการส่งออกชุดข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม จากโปรแกรมต่างๆ	21
ภาพประกอบ 2.4 โครงสร้างของ 43 แฟ้ม แบ่งออกตามกลุ่มข้อมูล	21
ภาพประกอบ 2.5 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสาธารณสุข	34
ภาพประกอบ 2.6 ไตรศาสตร์คุณภาพของจรรยาบรรณ	40
ภาพประกอบ 2.7 วงจรการพัฒนาคุณภาพเดิม	42
ภาพประกอบ 2.8 การสร้างผังก้างปลา	64
ภาพประกอบ 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย	61
ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย	66
ภาพประกอบ 4.1 แผนที่อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	76
ภาพประกอบ 4.2 แผนผังแสดงสาเหตุและผล (ผังก้างปลา: Fish Bone Diagram)	92
ภาพประกอบ 4.3 สรุป ขั้นตอนการพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	115
ภาพประกอบ 4.4 รูปแบบแนวคิดการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	117





บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ข้อมูลข่าวสารเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบริหารงานในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการ จนถึงระดับบริหาร และในการกำหนดนโยบายต่าง ๆ ผู้บริหารยุคใหม่ต้องการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการประเมินสถานการณ์ ใช้ในการคาดการณ์เหตุการณ์ เพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำ และมีความผิดพลาดที่น้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ อันจะนำมาสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูง ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย และมีความถูกต้อง รวมถึงมีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้องค์กรสามารถกำหนดทิศทางและนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ การพัฒนาคุณภาพของข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ เทียบตรง รวมทั้งระบบการจัดเก็บที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ข้อมูลที่ทันเวลา (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศในช่วงที่ผ่านมา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วตามบริบทที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเทคโนโลยีในยุคโลกไร้พรมแดน (Globalization) ที่มีการเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั่วโลก เสมือนหนึ่งโลกถูกย่อให้มีขนาดเล็กลง ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่มีความหลากหลาย ยุ่งยากซับซ้อนขึ้น จากสภาพปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้การเปลี่ยนผ่านทางสังคม ประชากร และระบาดวิทยา ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ตั้งแต่ปัญหาที่ง่ายที่สามารถแก้ไขได้โดยบุคคลเพียงคนเดียว ไปจนถึงปัญหาที่ยากและสลับซับซ้อนต้องอาศัยความร่วมมือของหลายองค์กรในการแก้ปัญหา เช่น ปัญหาสาธารณสุขของประเทศจำเป็นต้องใช้ข้อมูลและระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งข้อมูลข่าวสารดังกล่าวต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน มีความน่าเชื่อถือ และทันต่อเหตุการณ์จึงจะเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้แก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ชินจิต หร่ายลอย, 2551)

คุณภาพของข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการควบคุมโรค รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และผู้เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลมาตรฐานทางการปฏิบัติงานของสหวิชาชีพ รวมไปถึงมาตรฐานการประกันคุณภาพโรงพยาบาลต่าง ๆ ก็ให้ความสนใจในการจัดเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์และทันเวลา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและสถิติของหน่วยงาน ซึ่งการจัดเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพจะเป็นประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันจะทำให้สามารถรวบรวมเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า และทำวิจัยทางการแพทย์ของบุคลากรทุกฝ่ายได้ รวมถึงใช้ในการกำหนดนโยบายและการจัดสรรงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย (ศศิธร ไชยสัง, 2554)

กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตระหนักถึงความสำคัญของระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health System) ของประเทศ จึงมีนโยบายที่ชัดเจนที่จะพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพและบูรณาการการระบบข้อมูลที่กระจัดกระจาย (Fragmented)



ให้สอดคล้องกับกระบวนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลมาตรฐาน (Standard Data Set) จากเริ่มแรก 18 แฟ้ม ในระดับสถานีนามัย และ 12 แฟ้ม ในระบบโรงพยาบาล ต่อมาพัฒนาเป็น 21 แฟ้ม และในปัจจุบันพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ซึ่งในการบันทึกข้อมูลมีโปรแกรมและรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลของสถานพยาบาลแต่ละแห่งแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลเหล่านั้นมาบริหารจัดการแลกเปลี่ยน หรือเปรียบเทียบประสิทธิภาพและคุณภาพของการบริการระหว่างกันได้ (ชื่นจิต หร่ายลอย, 2551)

โดยดำเนินการจัดเก็บและส่งออกข้อมูลเป็นฐานข้อมูลรายบุคคล (Individual Record) จากสถานบริการทุกระดับ มายังสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 18 แฟ้ม 21 แฟ้ม และในปี 2555 ได้ปรับเป็น 43 แฟ้ม เพื่อการส่งต่อข้อมูลการป่วย ซึ่งได้เพิ่มโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลของผู้ป่วยในและอื่น ๆ ที่จำเป็น โดยสถานบริการทุกแห่งส่งข้อมูลรายบุคคลไปรวมที่คลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด (Health Data Center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมส่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อเป็นข้อมูลสุขภาพระดับประเทศเพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพมาโดยตลอด แต่ยังพบปัญหาข้อมูลขาดคุณภาพและความน่าเชื่อถือ ขาดความถูกต้อง ขาดความครบถ้วน ขาดความครอบคลุมและไม่ทันเวลา สาเหตุสำคัญได้แก่ ปัญหาด้านระบบเทคโนโลยี เช่น คอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ อุปกรณ์เก่าและไม่ทันสมัย ขาดบุคลากรด้านคอมพิวเตอร์ที่มีความรู้ความเข้าใจในงานด้านสาธารณสุข มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการรับส่งข้อมูลผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน ตัวโปรแกรมไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้เท่าที่ควร สำหรับปัญหาด้านบุคลากรผู้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูล และขาดทักษะการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูล ขาดความตระหนักเนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง นโยบายผู้บริหารไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนผู้บริหารบ่อย ขาดการติดตามและตรวจสอบอย่างจริงจัง ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังมีโปรแกรมหลากหลายจากหน่วยงานต่างๆ ให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูล ส่งผลให้สถานบริการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ ของเวลาทำงาน ทำให้เวลาในการดูแลประชาชนในพื้นที่น้อยลงและภาระงานกิจกรรมมีมาก เพื่อตอบสนองหน่วยงานแต่ละระดับทั้งหน่วยงาน ภายในและภายนอกกระทรวง สถานบริการบางแห่งจัดเก็บข้อมูล มุ่งหวังให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกองทุน ข้อมูลถูกบิดเบือนจากความเป็นจริง มีการจ้างเจ้าหน้าที่เพื่อบันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมออนามัยได้สะท้อนปัญหาให้กระทรวงสาธารณสุขแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพจากหมออนามัย จนเกิดการเรียกร้องจากกระทรวงสาธารณสุขให้ “เอาหมอหน้าจอคืนไป เอาหมออนามัยคืนมา” (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557ข)

จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้มีการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมาย เพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูลและการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดยมุ่งหวังให้ “หมออนามัย” มีเวลาในการดูแลและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นรวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยไม่เพิ่มภาระกับเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ โดยการยกเลิกการบันทึกข้อมูลนอกโปรแกรมหลัก (JHCIS, HOSXP) เช่น การบันทึกผ่านเว็บไซต์ต่าง ๆ และบันทึกในโปรแกรมอื่น ๆ ดังนี้



งานควบคุมโรคใช้วัดใหญ่ใช้วัดนก, โปรแกรม R506, โปรแกรมลดการใช้พลังงาน, Web ยืมสไต, SSRT, เฝ้าระวังผู้ป่วยซึมเศร้า, ประเมินมาตรฐานสุขศึกษา, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายงาน อสม., ตำบลจัดการสุขภาพ, การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง, การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, คัดกรองต่อกระจก, คัดกรองอัมพฤกษ์, คัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้า, คัดกรองพัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย 55 โดยข้อมูลสุขภาพดังกล่าวสามารถดึงรายงานได้จากมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดตระหนักถึงความสำคัญของระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงได้นำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจัดการเก็บข้อมูลสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข และมีนโยบายในการนำโปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้ในการบันทึกและส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม คือ โปรแกรม HOSxP ซึ่งให้ใช้โปรแกรมเดียวกันทั้งจังหวัด และทำการเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพทุกแห่ง เพื่อที่จะได้ปฏิบัติเป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2557)

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน ได้ร่วมกันพัฒนาระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพให้มีคุณภาพ เพื่อให้หน่วยบริการมีข้อมูลสุขภาพสำหรับให้บริการประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบข้อมูลในรูปแบบของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Data Center) ระดับอำเภอ และเชื่อมต่อไปยังจังหวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง โดยข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องตามโครงสร้างข้อมูลมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และระบบสามารถจัดทำเป็นรายงานเพื่อประโยชน์ต่อผู้ใช้งานในระดับสถานบริการ คือ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ (โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน, 2557)

จากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ที่หน่วยบริการส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บางส่วนยังไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ซึ่งเป็นข้อมูลที่จะใช้เป็นเป้าหมายในการประเมินผลการดำเนินงาน เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากผลการจัดสรรเงินตามผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP Workload) และงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ (QOF) ปี 2558 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับการจัดสรรเงินลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดร้อยเอ็ด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ส่วนการเรียกข้อมูลเพื่อจัดทำรายงาน พบว่า ข้อมูลที่ได้ยังไม่ครบถ้วน บางหน่วยไม่มีข้อมูล ข้อมูลการให้บริการบางอย่างมีมากหรือน้อยเกินไป ซึ่งข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน เหล่านี้ หากจัดทำเป็นรายงานเสนอผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบาย อาจทำให้นโยบายมีความผิดพลาดคลาดเคลื่อนได้ จึงเป็นงานที่จะต้องทำอย่างรีบด่วนและจริงจัง

สำหรับในส่วน of โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ในการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ยังมีอุปสรรคและปัญหาในการดำเนินงานอย่างมาก ข้อมูลขาดคุณภาพและความน่าเชื่อถือ เนื่องจากขาดความถูกต้อง ขาดความครบถ้วน ขาดความครอบคลุมและไม่ทันเวลา ดังจะเห็นได้จากข้อมูล ปี 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ระงับการจ่ายเงินชดเชยตามผลงานการให้บริการชั่วคราว (Pending) เนื่องจากข้อมูลมีความผิดปกติในแฟ้มบุคคล (Person) พบว่า จำนวนคนที่อาศัยอยู่จริงในเขตรับผิดชอบมีจำนวนสูงกว่าความเป็นจริง



เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และไม่มีการจำหน่ายบุคคลที่เสียชีวิต แล้วออกจากฐานข้อมูลในแฟ้มโรคเรื้อรัง (Chronic) จึงทำให้ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) และผลการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ปี 2557 จัดส่งข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าคุณภาพด้านความถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 88.56 คุณภาพด้านความครบถ้วนของข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 75.81 และคุณภาพด้านความทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 89.62 (โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน, 2557) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าคุณภาพข้อมูลยังอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพข้อมูลอยู่ที่ร้อยละ 95.88 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2557) ซึ่งสาเหตุเกิดจากปัญหาในการบันทึกข้อมูลของผู้ปฏิบัติ ซึ่งบันทึกไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูล (HOSxP) ซึ่งเป็นโปรแกรมหลักในการส่งออก 43 แฟ้ม รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการจัดการข้อมูลสุขภาพยังขาดความตระหนักไม่ให้ความสำคัญในการจัดทำฐานข้อมูล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในระบบข้อมูลสุขภาพตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ขาดการมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการจัดการคุณภาพข้อมูลสุขภาพ (โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การใช้เทคนิคการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) ร่วมกับแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาและผลการลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความถูกต้องเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) (อรรถพงษ์ ดีเสมอ, 2554) และพบว่าการดำเนินการตามวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมิง และร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้คุณภาพฐานข้อมูลด้านความครบถ้วน ถูกต้อง และด้านความทันเวลา เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศศิธร ไชยสัจ, 2554) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ให้มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริงและถูกต้อง โดยใช้การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) แนวคิดของการจัดการ แนวคิดด้านคุณภาพข้อมูล และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนผลกลับ (Reflection) มาเป็นเครื่องมือในการจัดการคุณภาพข้อมูลของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการกำหนดนโยบาย การได้รับจัดสรรงบประมาณ การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด



1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1.2.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ให้มีคุณภาพในด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา

1.2.2.3 เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3 คำถามการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด หลังดำเนินการพัฒนาแล้วจะทำให้คุณภาพข้อมูลดีขึ้นได้หรือไม่ อย่างไร

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 ผลของการนำเอาแนวคิด และหลักการการจัดการที่ดีและเหมาะสมมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการคุณภาพในงานด้านอื่น ๆ ขององค์กรได้

1.4.2 ข้อมูลที่มีคุณภาพจะถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขใช้ประโยชน์ในการวางแผนใช้ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ และการติดตามประเมินผลการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดที่สำคัญ รวมถึงการจัดสรรเงินโดยใช้งบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (QOF: Quality and Outcome Framework) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนงบประมาณหรือการจัดบริการที่มีคุณภาพซึ่งประโยชน์จะตกกับประชาชนผู้รับบริการต่อไป

1.5 ขอบเขตการของวิจัย

1.5.1 การวิจัยในครั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด คุณภาพข้อมูลประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้



1.5.1.1 ด้านความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ตรวจสอบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

1.5.1.2 ด้านความครบถ้วนของข้อมูล (Completeness) ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ตรวจสอบโดยใช้ โปรแกรมตรวจสอบข้อมูล ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และทำการตรวจสอบจากผลการปฏิบัติงานจริง โดยเก็บข้อมูลจากทะเบียนรายงานในหน่วยงานหรือจุดบริการที่เกี่ยวข้อง

1.5.1.3 ด้านความทันเวลาของการส่งข้อมูล (Timeline) ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ส่งข้อมูลไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่เว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th> ภายในระยะเวลาที่กำหนดคือ ภายใน 30 วันหลังให้บริการ

1.5.2 รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

1.5.3 กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย (Research Participant) หรือกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้รับผิดชอบตรวจสอบ และส่งข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 46 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยการกำหนดคุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย และใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1.5.4 ตัวแปรที่ศึกษา

1.5.4.1 ตัวแปรอิสระ คือ กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยผู้วิจัยได้ใช้หลักการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) จำนวน 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ร่วมกับการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนา

1.5.4.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความถูกต้องของข้อมูล ด้านความครบถ้วนของข้อมูล และด้านความทันเวลาในการจัดส่งข้อมูล

1.5.5 ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2558 ถึง สิงหาคม 2559

1.5.6 พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 13 แห่ง ดังนี้

1.5.6.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผือ

1.5.6.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองหงส์

1.5.6.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกล่าม

1.5.6.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำใส

1.5.6.5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแดง

1.5.6.6 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง

1.5.6.7 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสังข์

1.5.6.8 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่องคำ



- 1.5.6.9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอี้อง
- 1.5.6.10 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิ้นฟ้า
- 1.5.6.11 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่น้อย
- 1.5.6.12 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีโคตร
- 1.5.6.13 โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานตำบลหัวช้าง

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูล หมายถึง กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพข้อมูล โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) จำนวน 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ร่วมกับการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC)

1.6.2 คุณภาพข้อมูล หมายถึง ความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลาของข้อมูล สุขภาพตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (ในงานวิจัยนี้ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน)

1.6.2.1 ด้านความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ตรวจสอบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

1.6.2.2 ด้านความครบถ้วนของข้อมูล (Completeness) ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ตรวจสอบโดยใช้โปรแกรมตรวจสอบข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และตรวจสอบจากผลการปฏิบัติงานจริงโดยการเก็บข้อมูลจากทะเบียนรายงานในหน่วยงานหรือจุดบริการที่เกี่ยวข้อง

1.6.2.3 ด้านความทันเวลาของการส่งข้อมูล (Timeline) ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ส่งข้อมูลไปสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่เว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th> ภายในระยะเวลาที่กำหนด คือ ภายใน 30 วันหลังให้บริการ

1.6.3 ข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม หมายถึง ชุดข้อมูลที่ส่งออกจากโปรแกรมบันทึกข้อมูล (HOSxP) ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

1.7 สัญลักษณ์และตัวย่อที่ใช้ในงานวิจัย

1.7.1 HOSxP หมายถึง โปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลและใช้งานในสถานบริการทางด้านสาธารณสุขที่พัฒนาโดยใช้ฐานข้อมูล MySQL โดยเจ้าของลิขสิทธิ์ คือ บริษัทบางกอกเมดิคอลซอฟท์แวร์ จำกัด

1.7.2 OP: Out Patient หมายถึง ผู้ป่วยนอก

1.7.3 PP: Promotion and Prevention หมายถึง การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.7.4 P D C A: หมายถึง P: Plan D: Do C: Check A: Action หมายถึง วัฏจักรเดมิง

1.7.5 ICD 10 หมายถึง บัญชีรหัสมาตรฐานในการจำแนกโรคระหว่างประเทศ

1.7.6 สปสช. หมายถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



- 1.7.7 สปสช. เขต7 หมายถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต 7 มี 4 จังหวัด คือ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์
- 1.7.8 สนย. หมายถึง สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 1.7.9 PERSON หมายถึง ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบและผู้ที่มาใช้บริการ
- 1.7.10 ADDRESS หมายถึง ข้อมูลที่อยู่ของผู้ที่มาใช้บริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบหรือประชาชนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบแต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
- 1.7.11 DEATH หมายถึง ข้อมูลประวัติการเสียชีวิตของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
- 1.7.12 CARD หมายถึง ข้อมูลประวัติการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
- 1.7.13 DRUG ALLERGY หมายถึง ข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
- 1.7.14 HOME หมายถึง ข้อมูลที่ตั้งและสุขภาพของหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ
- 1.7.15 SERVICE หมายถึง ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มาใช้บริการและการให้บริการนอกสถานพยาบาล
- 1.7.16 APPOINTMENT หมายถึง ข้อมูลการนัดมารับบริการครั้งต่อไปของผู้ที่มาใช้บริการ
- 1.7.17 ACCIDENT หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล
- 1.7.18 DIAGNOSIS_OPD หมายถึง ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ
- 1.7.19 PROCEDURE_OPD หมายถึง ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ
- 1.7.20 DRUG_OPD หมายถึง ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ
- 1.7.21 CHARGE_OPD หมายถึง ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ
- 1.7.22 DIAGNOSIS_IPD หมายถึง ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน
- 1.7.23 PROCEDURE_IPD หมายถึง ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยใน
- 1.7.24 DRUG_IPD หมายถึง ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน
- 1.7.25 CHARGE_IPD หมายถึง ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยใน
- 1.7.26 SURVEILLANCE หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มาใช้บริการ
- 1.7.27 WOMEN หมายถึง ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- 1.7.28 FP หมายถึง ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัวกับผู้ที่มาใช้บริการและหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตรับผิดชอบ และบริการในสถานพยาบาล
- 1.7.29 8EPI หมายถึง ข้อมูลการให้บริการวัคซีน
- 1.7.30 NUTRITION หมายถึง ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี
- 1.7.31 PRENATAL หมายถึง ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ และหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ



1.7.32 ANC หมายถึง ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ และประวัติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ

1.7.33 LABOR หมายถึง ข้อมูลประวัติการคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ

1.7.34 POSTNATAL หมายถึง ข้อมูลประวัติการดูแลมารดาหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ

1.7.35 NEWBORN หมายถึง ข้อมูลประวัติการคลอดของทารก ในเขตรับผิดชอบ

1.7.36 NEWBORNCARE หมายถึง ข้อมูลการดูแลทารกหลังคลอด ในเขตรับผิดชอบ

1.7.37 DENTAL หมายถึง ข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ และข้อมูลวางแผนการส่งเสริม ป้องกันและรักษา ของผู้มารับบริการ

1.7.38 SPECIALPP หมายถึง ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้ที่มารับบริการและประวัติการได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ

1.7.39 NCDScreen หมายถึง ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้มารับบริการ และประวัติการได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ในเขตรับผิดชอบ

1.7.40 CHRONIC หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

1.7.41 CHRONICFU หมายถึง ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

1.7.42 LABFU หมายถึง ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

1.7.43 COMMUNITY_SERVICE หมายถึง ข้อมูลการให้บริการในชุมชนสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ

1.7.44 DISABILITY หมายถึง ข้อมูลผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

1.7.45 ICF หมายถึง ข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพความสามารถและปัจจัยอื่นๆ กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในโรงพยาบาล

1.7.46 FUNCTIONAL หมายถึง ข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ

1.7.47 REHABILITATION หมายถึง ข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ผู้พิการหรือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)

1.7.48 VILLAGE หมายถึง ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

1.7.49 COMMUNITY_ACTIVITY หมายถึง ข้อมูลกิจกรรมในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

1.7.50 PROVIDER หมายถึง ข้อมูลผู้ให้บริการของสถานพยาบาล



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร รวมถึงได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดการจัดการคุณภาพข้อมูล
 - 2.1.1 ความหมาย และประเภทของข้อมูล
 - 2.1.2 การจัดการคุณภาพข้อมูล
 - 2.1.3 แนวทางการดำเนินงานข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม
 - 2.1.4 แนวทางการดำเนินงานระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยรายบุคคล
 - 2.1.5 แนวทางการจัดสรรเงินโดยใช้งบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ
 - 2.1.6 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ
- 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ
 - 2.2.1 แนวคิดด้านการจัดการ
 - 2.2.2 แนวคิดด้านคุณภาพ
 - 2.2.3 แนวคิดการจัดการคุณภาพด้วยวัฏจักรเดมมิง
 - 2.2.4 แผนผังสาเหตุและผล (Cause and Effect Diagram)
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ และการพัฒนารูปแบบ
- 2.4 การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC)
- 2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.6.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 2.6.2 งานวิจัยต่างประเทศ
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

2.1 แนวคิดการจัดการคุณภาพข้อมูล

2.1.1 ความหมายของข้อมูล ข้อมูลเป็นคำสังเกตที่ได้มาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเราที่สอดคล้องกับความสนใจหรือตรงกับเป้าหมายที่ศึกษาในเรื่องนั้น ๆ เช่น ต้องการซื้อเสื้อสำหรับใส่ทำงาน ข้อมูลอาจจะเป็นราคา ยี่ห้อ ชนิดของผ้า สีเสื้อ เป็นต้น ดังนั้นข้อมูลจึงไม่ได้จำกัดต้องเป็นสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นตัวเรา คนอื่น ครอบครัว เมือง ประเทศ เซลล์ โมเลกุล แม้กระทั่งเป็นความคิดเห็น คำสังเกตที่ได้เป็นผลมาจากการวัดแบบต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ตอบปัญหาต่าง ๆ เช่น เทาไร มากกว่าเทาไร ยาวเทาไร บ่อยเทาไร เร็วเทาไร หรือประเภทใด คิดอย่างไร เห็นด้วยหรือไม่ เป็นต้น การนำเสนอคำสังเกตเหล่านี้ มักจะอยู่ในรูปของจำนวนมากกว่าจะอยู่ในรูปข้อความ ทั้งนี้เพราะจำนวนจะเข้าใจได้ง่ายกว่า (ศศิธร ไชยสัง, 2554 อ้างอิงจาก คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2553)



กล่าวโดยสรุปแล้วอาจนิยามคำว่าข้อมูลสั้น ๆ ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงซึ่งอยู่ในรูปของจำนวน ข่าวสาร ข้อความ หรือความคิดเห็น อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างเพื่อใช้เป็นฐานของการศึกษาหรือหาข้อสรุปในเรื่องราวที่สนใจ

2.1.2 ประเภทของข้อมูล

จากความเห็นข้างต้นจะเห็นว่าข้อมูลที่รวบรวมมานั้น แสดงค่าเป็นจำนวนที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน การนำเอาทฤษฎีทางสถิติมาวิเคราะห์ได้อย่างสมเหตุสมผล จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับคุณลักษณะดังกล่าว ดังนั้นเราจึงจำเป็นต้องจำแนกข้อมูลที่มีคุณลักษณะอย่างเดียวกันไว้เป็นประเภทเดียวกัน ในที่นี้จะจัดแบ่งอย่างกว้าง ๆ เป็น 2 ประเภท คือ

2.1.2.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ หมายถึง ข้อมูลที่ไม่สามารถเปรียบเทียบเชิงปริมาณ เช่น มากกว่า น้อยกว่าได้ ซึ่งได้แก่ ข้อมูลที่แสดงฐานะ สถานภาพ คุณสมบัติ ตัวอย่างของข้อมูลประเภทนี้ได้แก่ ชื่อของพนักงานในบริษัท เพศ วัน เดือน ปี ชนิดของสินค้า เป็นต้น ถึงแม้ว่าข้อมูลประเภทนี้จะกำหนดด้วยตัวเลขก็ไม่สามารถที่จะเปรียบเทียบกับเชิงปริมาณได้ เช่น หมายเลขโทรศัพท์ บ้านเลขที่ หรือการกำหนดตัวเลขแทนข้อมูลบางอย่าง เช่น 1 แทนเพศชาย และ 2 แทนเพศหญิง แต่ไม่อาจกล่าวได้ว่า 2 มีค่ามากกว่า 1 ตัวเลขทั้งสองเป็นแต่เพียงแสดงว่าแตกต่างกันเท่านั้น การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจะกระทำได้ด้วยการเปรียบเทียบจำนวนความถี่ของข้อมูล หรือการเปรียบเทียบ ปริมาณของค่าสัมพัทธ์ ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลประเภทนี้ไม่สามารถบวก ลบ คูณ หรือหารกันได้

2.1.2.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ หมายถึง ข้อมูลที่แสดงปริมาณหรือขนาดที่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยมีลักษณะมากกว่าหรือน้อยกว่าเป็นจำนวนเท่าไร ข้อมูลประเภทนี้มักเป็นข้อมูลที่แสดงค่าเป็นตัวเลข เช่น จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง อายุของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ หรือ อุณหภูมิของร่างกายของคนป่วยหลังจากการผ่าตัด เป็นต้น

2.1.3 แนวคิดการจัดการคุณภาพข้อมูล (Data Quality Management)

การจัดการคุณภาพข้อมูล คือ การจัดการเกี่ยวกับข้อมูลให้มีคุณภาพ ในงานวิจัยนี้ขอกล่าวถึง 3 ด้าน คือ ข้อมูลมีความถูกต้อง ข้อมูลมีความครบถ้วน และ ข้อมูลมีความทันเวลา เพื่อสนับสนุนให้เกิดการนำข้อมูลที่มีคุณภาพไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร โดยมีการตรวจสอบมาตรฐานข้อมูลที่กำหนดไว้ทางธุรกิจหรือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดการจัดการด้านพัฒนามาตรฐานของข้อมูล โดยมีเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล (Measuring Data Quality) และดัชนีชี้วัดคุณภาพ ดังตารางต่อไปนี้



ตาราง 2.1 เกณฑ์วัดคุณลักษณะของคุณภาพข้อมูลและดัชนีชี้วัดคุณภาพ

คุณภาพข้อมูล	คุณลักษณะ	ดัชนีชี้วัดคุณภาพ
1. ความถูกต้อง (Accuracy)	ข้อมูลปราศจากข้อผิดพลาด ตรงตามสภาพข้อเท็จจริง	เป็นการวัดความถูกต้องของค่าข้อมูลกับ กลุ่มของข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งที่มี ความถูกต้อง
2. ความครบถ้วน (Completeness)	ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถประเมินได้จากค่าของ ข้อมูล และ จำนวนข้อมูลที่มีอยู่ ทั้งหมดในฐานข้อมูล	เป็นการวัดค่าของข้อมูลที่นำมาแสดงใน ปัจจุบันโดยจะดูจากคุณลักษณะนั้น ๆ ของข้อมูลแต่ละชนิด โดยความสมบูรณ์ของ ข้อมูลจะดูจากว่าข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ จริงเปรียบเทียบกับข้อมูลที่คาดว่าจะ นำมาใช้ได้มากน้อยเพียงใด
3. ความทันเวลา (Timeliness)	ข้อมูลมีความถูกต้องตามช่วง ระยะเวลาที่จัดเก็บตามกำหนด รวมถึงอายุของการใช้งานของ ข้อมูลเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	เป็นการวัดค่าของข้อมูลที่สามารถจะ นำมาใช้ได้ตรงตามสถานการณ์หรือตาม ความต้องการ เช่น การวัดเปอร์เซ็นต์ของ ค่าข้อมูลที่สอดคล้องกับเวลาตาม กำหนดการจัดเก็บ (วัน, เดือน, ชั่วโมง, นาที)

ที่มา: จรณิต แก้วกังวาน (2548)

เกณฑ์ในการวัดคุณลักษณะของคุณภาพข้อมูลและดัชนีชี้วัดคุณภาพนั้น อาจกระทำได้หลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะและโอกาสของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับข้อมูล ซึ่งบางเรื่องก็เป็นเรื่องยากที่จะตรวจสอบได้ แต่หลาย ๆ เรื่องก็อาจทำได้ด้วยการตรวจสอบโดยตรงกับตัวข้อมูลหรือการบริหารจัดการข้อมูลภายในองค์กร ในบางกรณีอาจต้องเขียนโปรแกรมตรวจสอบค่าข้อมูลที่จัดเก็บมาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและคุณภาพของข้อมูล

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลที่ดี ระบบข้อมูลในปัจจุบันแม้ว่าจะไม่ใช่ระบบข้อมูลที่สมบูรณ์ แต่ก็ไม่ถึงกับพาไปสู่ความเสียหายที่รุนแรงเกินไป ยังสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานได้ตามปกติแต่ก็ไม่เห็นผล หรือไม่มีความก้าวหน้าชัดเจนเท่าที่ควร สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของประชาชนยังคงมีอยู่ไม่น้อยในหลายพื้นที่ แม้ว่าจะมีวิธีการและหลักการที่ดีแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้เกิดคำถามตามมามากมายว่าเป็นเพราะอะไร และคำตอบที่ได้รับประการหนึ่งก็คือ ระบบข้อมูลยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อมูลทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นผู้ผลิต ผู้จัดทำ หรือผู้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล ควรจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญของข้อมูลให้ตรงกัน ดังนี้ (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, 2534)

1. มีความจำเป็นในการบริหารและวางแผนพัฒนา ระบบข้อมูลที่ดีจะมีส่วนช่วยให้เกิดการตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการที่ดีได้ถึง ร้อยละ 90 ที่เหลือต้องใช้สามัญสำนึกและใช้ประสบการณ์ ร้อยละ 10 เท่านั้น



2. มีความยืดหยุ่น ข้อมูลที่ดีเป็นสิ่งที่จำเป็น ดังนั้นแม้ว่าจะมีความยุ่งยากในการจัดทำเพียงใดก็ตาม ก็จะต้องมีการจัดทำต่อไป จะเลิกหรือหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ทั้งนี้ก็สามารถที่จะปรับให้มีความยืดหยุ่นและความเหมาะสมได้

3. มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา การบริหารงานทุกขั้นตอนจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) เพื่อการตัดสินใจอยู่เสมอ

4. มีความเป็นเอกภาพ ข้อมูลที่ดีจะต้องมีความหมายเฉพาะตามลักษณะของข้อมูลนั้นๆ

5. มีความสมบูรณ์ ข้อมูลที่ดีจะต้องมีเนื้อหาครอบคลุมถึงสิ่งที่อธิบายได้

6. มีความทันสมัย ข้อมูลที่ดีจะสามารถบอกหรืออธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้งที่ทันเหตุการณ์

7. มีความถูกต้อง ข้อมูลที่ดีจะสามารถอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ

8. มีความเที่ยงตรง ข้อมูลที่ดีมีความเที่ยงตรง จะทำให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจได้ง่ายโดยไม่ลังเล

9. มีความครบถ้วน ข้อมูลที่มีความครบถ้วนจะสามารถทำให้มองเห็นภาพที่แท้จริงของปัญหาเหล่านั้นได้เป็นอย่างดี

10. นำไปใช้ประโยชน์ได้ สิ่งสำคัญที่สุดของการจัดทำและประมวลผลข้อมูลก็คือสามารถนำข้อมูลนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

ปัญหาในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล มักจะพบว่ามีปัญหาที่ทำให้ข้อมูลขาดคุณภาพหลายประการดังนี้ (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, 2534: 30-39)

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบฟอร์มในการจัดทำรายงานมีความยุ่งยาก ซับซ้อนหลายขั้นตอนและมีความซ้ำซ้อนกันของข้อมูลที่ต้องการ ทำให้เกิดความสับสนในการบันทึกและการรายงาน

1.2 ผู้จัดทำขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดทำรายงานและการจัดเก็บข้อมูล ทำให้ไม่เห็นความสำคัญของข้อมูล อีกทั้งบางคนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการจัดทำรายงาน

2. การประมวลผลข้อมูล

2.1 ขาดอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ทันสมัยในการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูล ทำให้เกิดความล่าช้า ข้อมูลไม่ถูกต้อง ขาดความแม่นยำ

2.2 ผู้ประมวลผล ขาดทักษะและขาดการพัฒนาความรู้ความสามารถในการประมวลผลข้อมูล ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการจัดทำรายงาน

3. ตัวของข้อมูล

3.1 ไม่มีคุณภาพเพียงพอ ขาดความถูกต้อง ล้าสมัยไม่ทันเหตุการณ์ไม่น่าเชื่อถือ ทำให้ไม่ทราบถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้

3.2 ไม่เกิดประโยชน์ เนื่องจากผู้ใช้ข้อมูลไม่สามารถระบุถึงความต้องการของข้อมูลที่เป็นจริงได้ ทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน

4. ระบบการบริหารข้อมูล

4.1 การไหลเวียนข้อมูล นอกจากการจัดระบบข้อมูลอย่างอื่นแล้ว จะต้องมีการวางแผนกับระบบ และขั้นตอนของการไหลเวียนข้อมูลภายในระบบให้มีประสิทธิภาพด้วย



4.2 การประสานงาน ในระบบการจัดการข้อมูล จะต้องมีการกำหนดแนวทางในการประสานงานไว้ให้ดี ทั้งภายนอกและภายในองค์กรให้สามารถเชื่อมโยงเข้ากับระบบอื่น ๆ ได้

4.3 นโยบายที่เกี่ยวข้อง การรวมอำนาจเข้าสู่ส่วนกลางทำให้การจัดการข้อมูลในส่วนภูมิภาค มีการดำเนินการเพียงการรวบรวมและส่งข้อมูลให้กับส่วนกลางเท่านั้น ขาดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และขาดการนำข้อมูลที่มีอยู่ไปใช้ประโยชน์

5. การพัฒนาระบบข้อมูล

5.1 มีรูปแบบหลากหลาย ขาดความแน่นอน และเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดของผู้บริหารแต่ละคน

5.2 ขาดการประเมินผล เนื่องจากการพัฒนามีรูปแบบหลากหลาย ทำให้ไม่ได้แนวทางที่ชัดเจนที่สามารถใช้เป็นแบบอย่างในการพัฒนาได้

5.3 ขาดความตระหนัก เนื่องจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องขาดความตระหนัก และไม่เห็นความสำคัญของข้อมูลที่มี จึงมักมองข้ามประโยชน์จากข้อมูลต่างๆ ที่มีข้อมูลอยู่กับตนเอง

5.4 ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย ที่จะนำมาช่วยในการจัดการกับข้อมูลให้มีความครบถ้วน ความถูกต้องและทันเวลามากขึ้น

ขั้นตอนการบริหารจัดการข้อมูลในการจัดทำข้อมูลให้มีคุณภาพมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น มีขั้นตอนในการบริหารจัดการกับข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้ (ศศิธร ไชยสัจ, 2554 อ้างอิงจาก สุพจน์ ทรายแก้ว, 2545: 216-218)

1. การประเมินสภาพทั่วไปขององค์กร (Organization Scan) เป็นการศึกษาข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และแผนผังขององค์กรจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. การสร้างแผนผังกระบวนการงาน (Defining Process Map) เป็นการกำหนดถึงรายละเอียดของกระบวนการสำคัญที่องค์กรกำลังดำเนินการอยู่ว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง ใครเป็นผู้รับผิดชอบ และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

3. การกำหนดกลุ่มข้อมูลที่ต้องการ (Defining Business Data) เป็นกระบวนการรวบรวมความต้องการเกี่ยวกับประเภท และแหล่งที่มาของข้อมูลที่เป็นสำหรับการดำเนินงาน และการวินิจฉัยสั่งการ เพื่อให้รู้ว่ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มใดบ้าง

4. การศึกษาระบบข้อมูลปัจจุบัน (Analyze Current Data System) เป็นการศึกษาและวิเคราะห์ว่า ปัจจุบันองค์กรมีการจัดระบบข้อมูลไว้อย่างไร รวมทั้งการจัดระบบงาน เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากร อย่างไรและมีปริมาณและคุณภาพมากน้อยเพียงใด

5. การประเมินกลยุทธ์ด้านระบบข้อมูล (Data System Strategies Scan) เป็นการศึกษาวิเคราะห์ถึงแนวกลยุทธ์ในด้านการจัดการระบบข้อมูลจากผู้บริหาร ที่เกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนา การวัดผลสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน

6. การออกแบบระบบคอมพิวเตอร์ที่จะพัฒนา (Defining Computer Resources) เป็นการระบุถึงทรัพยากรต่าง ๆ ที่ควรจะมีในระบบ ทั้งในส่วนของตัวเครื่อง วัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งอัตรากำลังที่ต้องการในเชิงปริมาณและคุณภาพ (Hardware, Software, People Ware) ที่ต้องการอย่างชัดเจน



7. การออกแบบโครงสร้างระบบข้อมูล (Defining Data Architecture) เป็นการออกแบบหรือกำหนดโครงสร้างทางสถาปัตยกรรมของระบบว่า จะประกอบด้วยระบบย่อยอะไรบ้าง ลักษณะของฐานข้อมูล และการเชื่อมโยงด้านเครือข่ายจะเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบต่อไป

8. การจัดลำดับความสำคัญของระบบงานย่อย (Subsystem Priority) เป็นการกำหนดความสำคัญของระบบงานย่อยก่อนและหลัง และการสนับสนุนทรัพยากรที่ประกอบขึ้นเป็นโครงสร้างของระบบข้อมูล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบและการจัดหาทรัพยากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

9. การจัดทำแผนงานและข้อเสนอแนะ (Project Planning and Prescription) เป็นการจัดทำเอกสารแผนงานโครงการ รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่น ๆ โดยละเอียด เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกองค์กร

โดยสรุป คุณภาพข้อมูล หมายถึง ข้อมูลมีความถูกต้อง ข้อมูลมีความครบถ้วนและข้อมูลมีความทันเวลา เพื่อสนับสนุนให้เกิดการนำข้อมูลที่มีคุณภาพไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งภายในองค์กร และภายนอกองค์กร โดยมีการตรวจสอบมาตรฐานข้อมูลที่กำหนดไว้ ตลอดจนการจัดการกับข้อมูลด้านการสาธารณสุข ถือเป็นการพัฒนาที่ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพ มีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากขึ้น ซึ่งรวมถึงฐานข้อมูลผู้ป่วยของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่จะต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

2.1.4 แนวทางการดำเนินงานข้อมูลสุขภาพ ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

2.1.4.1 ความเป็นมา กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดเก็บ และส่งออกข้อมูลเป็นฐานข้อมูลรายบุคคล จากสถานบริการทุกระดับ มายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 18 แฟ้ม ในปี 2555 ได้ปรับเป็น 43 แฟ้ม และ 7 แฟ้ม เพื่อการส่งต่อข้อมูลการป่วย ซึ่งได้เพิ่มโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลของผู้ป่วยในและอื่น ๆ ที่จำเป็น โดยสถานบริการทุกแห่งส่งข้อมูลรายบุคคลไปรวมที่คลังข้อมูลระดับจังหวัด (Data Center) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมส่งมายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพมาโดยตลอด แต่ยังพบปัญหาข้อมูลขาดคุณภาพและความน่าเชื่อถือ ขาดความถูกต้อง ขาดความครบถ้วน ขาดความครอบคลุมและไม่ทันเวลา สาเหตุสำคัญมี 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัญหาด้านระบบเทคโนโลยี มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการรับส่งข้อมูล ผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน 2) ปัญหาด้านบุคลากรผู้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูล และทักษะการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูล 3) มีโปรแกรมหลากหลายจากหน่วยงานต่าง ๆ ส่งให้สถานบริการจัดเก็บและบันทึกข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ของเวลาทำงาน ทำให้เวลาในการดูแลประชาชนในพื้นที่น้อยลง และภาระงานกิจกรรมมีมาก เพื่อตอบสนองหน่วยงานแต่ละระดับ ทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวง สถานบริการบางแห่งจัดเก็บข้อมูล มุ่งหวังให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกองทุน ข้อมูลถูกบิดเบือนจากความเป็นจริง มีการจ้างเจ้าหน้าที่เพื่อบันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมออนามัย ได้สะท้อนปัญหาให้กระทรวงสาธารณสุขแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพจากหมออนามัย จนเกิดการเรียกร้องจากกระทรวงสาธารณสุขให้ “เอาหมอหน้า จอขึ้นไป เอาหมออนามัยคืนมา” (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557ก)



จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้มีการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายเพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูลและการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดยมุ่งหวังให้ “หมออนามัย” มีเวลาในการดูแลและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชน ในแต่ละพื้นที่ โดยไม่เพิ่มภาระกับเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ

จากการทบทวนการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ และการประชุมประชาพิจารณ์ เพื่อทบทวนและรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ โดยในปีงบประมาณ 2558 เน้นในระดับ รพ.สต. และการดำเนินงานของคณะทำงานกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานด้านสุขภาพและระบบรายงาน โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีข้อสรุปดังนี้

1) ปรับโปรแกรม JHCIS ให้ง่ายต่อการใช้งานไม่ซับซ้อน ยกเลิกการบันทึกข้อมูลผ่านเว็บไซต์และโปรแกรมย่อย ที่มีการบันทึกอยู่แล้วในโปรแกรม JHCIS

2) ปรับลดการบันทึกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ซึ่งมีแฟ้มที่ใช้ในสถานบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 36 แฟ้ม ไม่นับรวมแฟ้มที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยใน และผู้พิการ ได้พิจารณาแฟ้มที่เป็นที่ใช้ในสถานบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี 31 แฟ้ม ดังนี้ PERSON, ADDRESS, CHRONIC, NEWBORN, PRENATAL, LABOR, HOME, PROVIDER, VILLAGE, DISABILITY, DRUGALLERGY, SERVICE, DIAGNOSIS_OPD, SURVEILLANCE, DRUG_OPD, PROCEDURE_OPD, FP, EPI, NUTRITION, ANC, NEWBORNCARE, POSTNATAL, NCDScreen, CHRONICFU, LABFU, CHARGE_OPD, ACCIDENT, COMMUNITY_SERVICE, COMMUNITY_ACTIVITY, DENTAL, REHABILITATION และมีจำนวน 5 แฟ้ม ที่ไม่ได้ใช้ในการประมวลผล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละจังหวัดที่ต้องการใช้ข้อมูล ได้แก่ แฟ้ม DEATH, CARD, WOMEN, APPOINTMENT และ SPECIALPP

ลดการบันทึกข้อมูลในฟิลด์ที่ไม่จำเป็นในแต่ละแฟ้ม โดยสามารถดูรายละเอียดได้ในแต่ละแฟ้ม

1) ปรับ/ลดการบันทึกข้อมูลในแฟ้ม NCDScreen และ FP

2) ปรับตารางแสดงรายละเอียดของแฟ้ม เพื่อให้ผู้อ่านคู่มือ ผู้จัดเก็บข้อมูล ผู้บันทึกข้อมูล และผู้พัฒนาโปรแกรมมีความเข้าใจข้อมูลที่จะบันทึกในแต่ละฟิลด์ได้ถูกต้องมากขึ้น

2.1.4.2 การจัดส่งข้อมูล

1) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ส่งข้อมูลรายบุคคลมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด (Data Center) เป็นรายวัน หรือรายสัปดาห์

2) ระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์

(1) โรงพยาบาลทุกแห่ง ส่งข้อมูลรายบุคคลมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด (Data Center) เป็นรายวัน

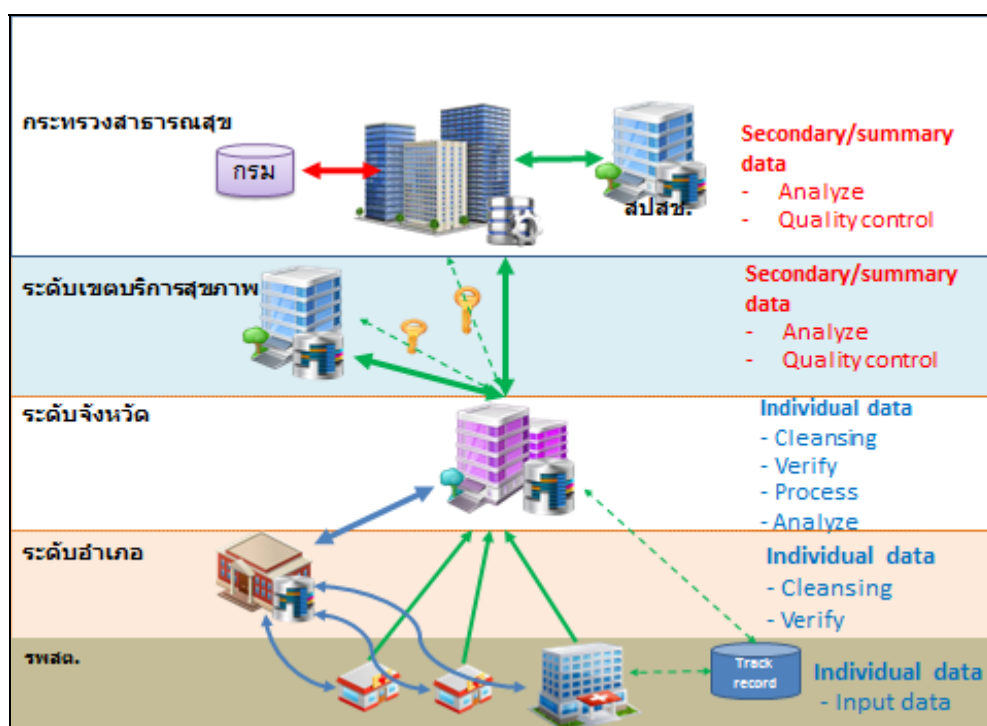


3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(1) ส่งข้อมูลรายบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์มายังกระทรวงสาธารณสุข (Data Center) ตามระบบเดิม เป็นรายวัน

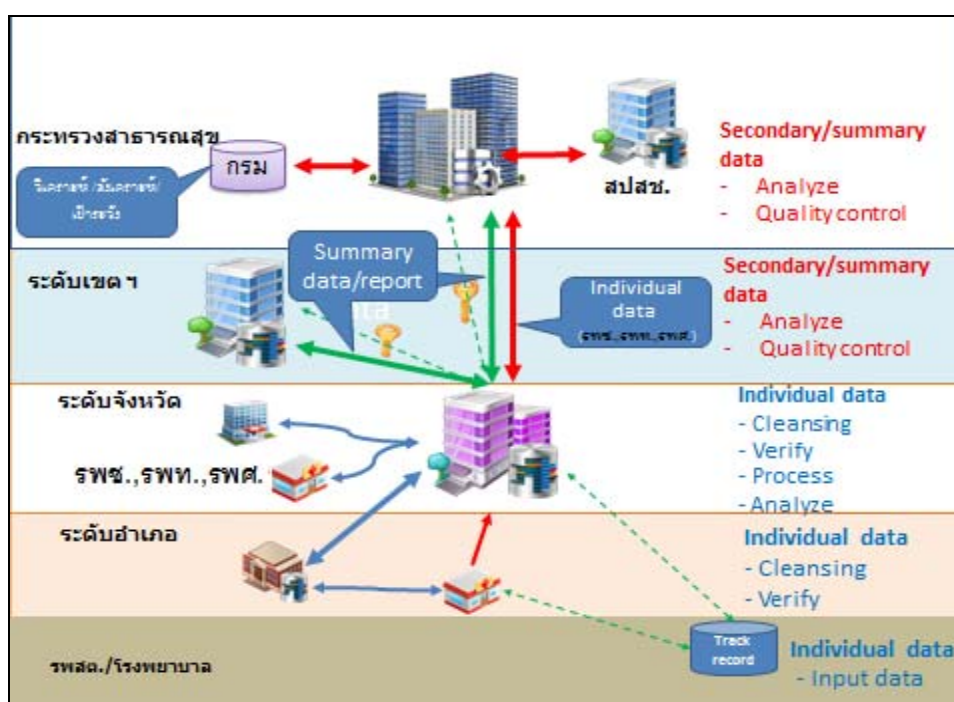
(2) ประมวลผลการดำเนินงานตามมาตรฐานรายงาน (Standard Report) ส่งข้อมูลเป็น Secondary/Summary Data มายังเขตบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านระบบที่กระทรวงกำหนด เป็นรายไตรมาส

2.1.4.3 รูปแบบการรับส่งข้อมูล ตามภาพประกอบ ดังนี้



ภาพประกอบ 2.1 รูปแบบการรับส่งข้อมูลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2557ข)





ภาพประกอบ 2.2 รูปแบบการรับส่งข้อมูลระดับ รพช., รพท., รพศ.

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2557ข)

2.1.4.4 ประเภทของแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ

เมื่อพิจารณาจากลักษณะการจัดเก็บ หรือประเภทของการข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของแต่ละสถานบริการสามารถแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ และแฟ้มบริการกึ่งสำรวจ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) แฟ้มสะสม กำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี กรณีที่มีผู้มารับบริการที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิมให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 14 แฟ้ม ดังนี้

- (1) PERSON
- (2) ADDRESS
- (3) DEATH*
- (4) CHRONIC
- (5) CARD*
- (6) WOMEN*
- (7) NEWBORN
- (8) PRENATAL
- (9) LABOR
- (10) HOME



- (11) PROVIDER
- (12) VILLAGE
- (13) DISABILITY
- (14) DRUGALLERGY

2) แพ้มบริการ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งให้
ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 27 แพ้ม ดังนี้

- (1) SERVICE
- (2) DIAGNOSIS_OPD
- (3) APPOINTMENT*
- (4) SURVEILLANCE
- (5) DRUG_OPD
- (6) PROCEDURE_OPD
- (7) CHRONICFU
- (8) LABFU
- (9) CHARGE_OPD
- (10) ADDMISSION
- (11) CHARGE_IPD
- (12) DIAGNOSIS_IPD
- (13) DRUG_IPD
- (14) PROCEDURE_IPD
- (15) ACCIDENT
- (16) COMMUNITY_SERVICE
- (17) COMMUNITY_ACTIVITY
- (18) DENTAL
- (19) FUNCTIONAL
- (20) ICF
- (21) CARE_REFER
- (22) CLINICAL_REFER
- (23) DRUG_REFER
- (24) INVESTIGATION_REFER
- (25) PROCEDURE_REFER
- (26) REFER_HISTORY
- (27) REFER_RESULT



3) แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาให้บริการ พร้อมทั้งให้มีการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการที่สถานบริการอื่นและบันทึกข้อมูล และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 9 แฟ้ม ดังนี้

- (1) FP
- (2) EPI
- (3) NUTRITION
- (4) ANC
- (5) NEWBORNCARE
- (6) POSTNATAL
- (7) NCDSCREEN
- (8) SPECIALPP*
- (9) REHABILITATION

หมายเหตุ : * แฟ้มที่ส่วนกลางไม่ได้ใช้ในการประมวลผล

2.1.4.5 การติดตามและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและการประมวลผลรายงานมาตรฐาน ควบคุม/ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ร่วมกับกรมวิชาการ

2.1.4.6 การประมวลผลเพื่อใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

1) กระทรวงสาธารณสุขและเขตบริการสุขภาพ รับข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วในรูปแบบ Summary Report ตาม Data Set Report จากการประมวลผลและออกรายงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน

2) จำแนกระดับชั้นของข้อมูล ดังนี้

- (1) ประเทศ
- (2) เขตบริการสุขภาพ
- (3) จังหวัดในเขตบริการสุขภาพ
- (4) รายจังหวัด

3) วิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวัง โดยใช้ข้อมูลจาก Individual Hospital Base

4) ใช้ประโยชน์ข้อมูลที่ประมวลผลแล้วร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งระดับกรม/กอง สำนักฯ เพื่อลดภาระในการจัดทำรายงานของสถานบริการ

ประโยชน์ของข้อมูล 43 แฟ้ม

1. ประมวลผลรายงานให้บริการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัดและระดับกระทรวง

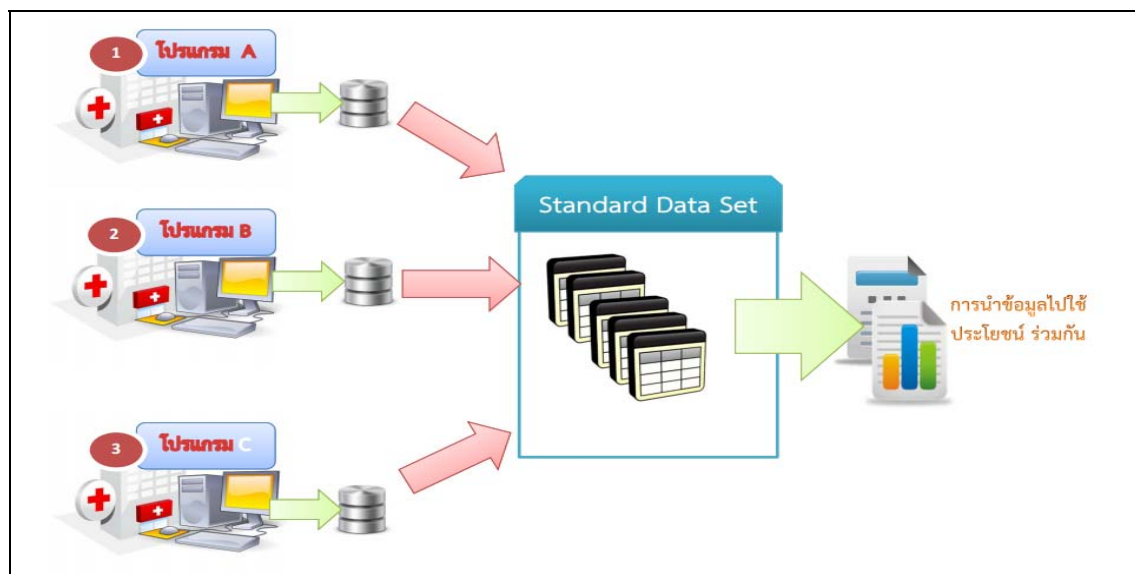
2. ออกรายงานตาม Data Set สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถนำรายงานมาทำตัวชี้วัดได้

3. วิเคราะห์ นำเสนอข้อมูลที่ได้จาก 43 แฟ้มในมิติต่างๆ

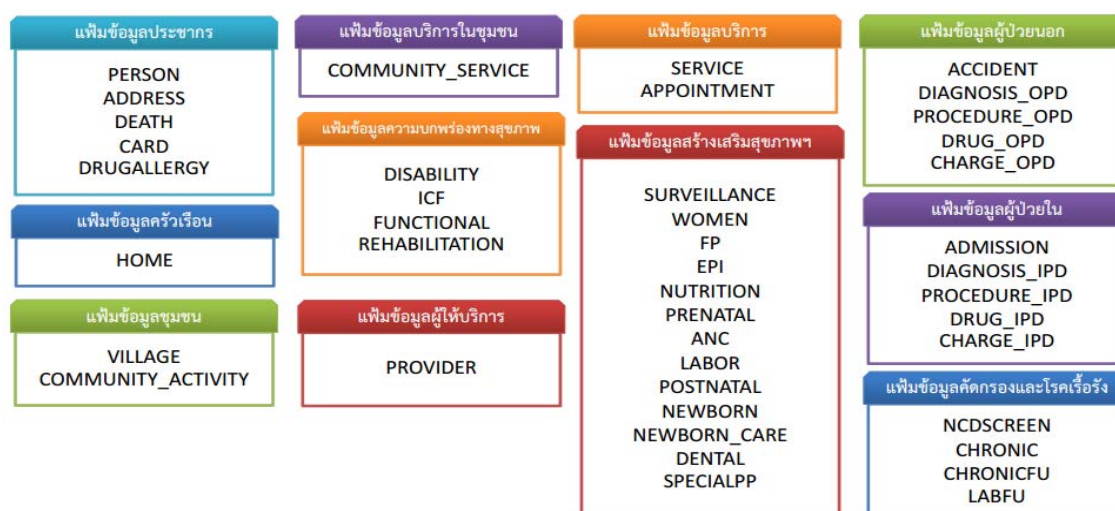


4. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีประมวผลร่วมกัน ลดภาระในการจัดทำรายงานของหน่วยงาน

สรุป Standard Data Set: 43 แฟ้ม คือ ชุดข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม จากความหลากหลายของ HIS ที่สถานบริการแต่ละแห่งมีการใช้งานในหน่วยงาน ตัว Standard Data Set จึงเป็นชุดข้อมูลที่จะช่วยทั้งโรงพยาบาลแล รพ.สต.สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ แสดงตามภาพประกอบดังนี้



ภาพประกอบ 2.3 รูปแบบการส่งออกชุดข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม จากโปรแกรมต่างๆ
ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2557ข)



ภาพประกอบ 2.4 โครงสร้างของ 43 แฟ้ม แบ่งออกตามกลุ่มข้อมูล

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2557)

2.1.5 แนวทางการดำเนินงานระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก และบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรครายบุคคล (Individual Data) ปี 2559

2.1.5.1 การส่งข้อมูล

การส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (Individual Data) จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เอกชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่ สปสช. กำหนดเพิ่มเติมที่มีฐานะเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรายละเอียดดังนี้

1) โครงสร้างแฟ้มข้อมูล

ปีงบประมาณ 2559 หน่วยบริการที่จะส่งข้อมูลให้ สปสช. สามารถใช้โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย Version 2.0 (43 แฟ้ม หรือ 50 แฟ้ม) ประกาศใช้โดย กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2557

เริ่มรับข้อมูลที่ส่งตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2558 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2559 ซึ่งสามารถใช้โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย Version 2.0 (43 แฟ้ม หรือ 50 แฟ้ม) นี้ จนกว่าจะมีการประกาศแจ้งยกเลิกโครงสร้างมาตรฐานนี้จากกระทรวงสาธารณสุข

กรณีที่มีการประกาศเปลี่ยนแปลงโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย จากกระทรวงสาธารณสุข ที่เกิดขึ้นระหว่างปีงบประมาณ 2559 ให้ถือตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยจะมีการแจ้งให้ทราบในการกำหนดรับข้อมูลตามมาตรฐานใหม่ต่อไป

2) รูปแบบแฟ้มข้อมูล

รูปแบบของแฟ้มข้อมูลที่จะส่งให้ สปสช. ต้องเป็น Text File เท่านั้น และส่งเป็น Zip File เพียงชุดเดียว ที่รวมข้อมูลไว้ด้วยกันโดยมีชื่อแฟ้ม และชื่อฟิลด์ (Field) ตรงตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลที่กำหนดตามข้อ 1.1 โดยใช้เครื่องหมายไปป์ (|) คั่นระหว่างฟิลด์ทุกฟิลด์ ทั้งนี้ ให้ใส่ Header มาในแฟ้มข้อมูลด้วยเพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบ

ตัวอย่างข้อมูลภายในแฟ้ม EPI ที่ส่งให้ สปสช. ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย Version 2.0 (43 แฟ้ม)

```
HOSPCODE|PID|SEQ|DATE_SERV|VACCINCETYPE|VACCINEPLACE|PROVIDER|D_UPDATE
90821|091211|2011120120264644|20111201|010|10821|20111201184932|20111201
90821|091202|2011120120264558|20111201|041|10821|20111201004752|20111201
90821|040429|2011120110107616|20111201|111|10821|20111201133200|20111201
```

3) ช่องทางการส่งข้อมูล

(1) หน่วยบริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งของรัฐ และของเอกชน ให้ส่งข้อมูลไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และให้ สสจ. จัดส่งข้อมูลให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผ่านทางเว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th/op>



(2) หน่วยบริการประจำ และ หน่วยบริการส่งต่อ เช่น โรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ที่มีฐานะเป็นหน่วยบริการประจำ ให้ส่งข้อมูลโดยตรง ผ่านทางเว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th/op>

(3) Username และ Password ในการส่งข้อมูลและเข้าใช้งานเว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th/op> สามารถขอได้จากได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตฯ ตามพื้นที่รับผิดชอบ

4) เงื่อนไขการรับส่งข้อมูล

(1) แฟ้มข้อมูลที่ส่งต้องมีโครงสร้างที่ถูกต้องตรงตามโครงสร้างแฟ้มข้อมูลมาตรฐานที่กำหนด ในข้อ 1.1 กรณีชื่อแฟ้ม หรือรูปแบบการส่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ระบบ Individual Records จะปฏิเสธการรับส่งข้อมูล

(2) แฟ้มข้อมูลใดที่ไม่มีข้อมูล ไม่ต้องส่งแฟ้มเปล่า หรือโครงสร้าง Header ให้กับระบบ ฯ (สามารถเลือกส่งเฉพาะบางแฟ้ม หรือส่งไม่ครบแฟ้มได้ตามที่กำหนด)

(3) จำนวนแฟ้มข้อมูลที่รับได้ 50 แฟ้ม

(4) ต้องส่งแฟ้ม PERSON และ แฟ้มที่ให้บริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ แฟ้มสะสมข้อมูลต้องสามารถเชื่อมโยงกันได้กับแฟ้ม PERSON เพื่อที่จะระบุบุคคลได้ ตามเงื่อนไขฟิลด์ที่กำหนด ยกเว้นแฟ้มที่ไม่ต้องเชื่อมโยงกับแฟ้ม PERSON คือ PROVIDER, COMMUNITY_ACTIVITY, VILLAGE, HOME

(5) แฟ้ม PERSON และแฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ แฟ้มสะสม ที่เชื่อมโยงกันได้ ต้องส่งมาในไฟล์ zip เดียวกันในกรณีที่ขนาดเกิด 20 MB ให้แยก zip file เป็นไฟล์ใหม่ (เพื่อประสิทธิภาพในการตรวจสอบและการส่งข้อมูล แนะนำขนาดไฟล์ ที่ไม่เกิน 10 MB)

(6) แฟ้มที่รับแต่ไม่ได้ประมวลผลจัดเก็บลงฐานข้อมูล ADDRESS, DEATH, CARD, HOME, WOMEN, APPONTMENT, CARE_REFER, CLINICAL_REFER, DRUG_REFER, INVESTIGATION_REFER, PROCEDURE_REFER, REFER_HISTORY, REFER_RESULT ระบบ ฯ จะรับไว้แต่ไม่แจ้งผลรายงานการตรวจสอบ

(7) การส่งข้อมูลในฟิลด์ใด ๆ ก็ตามที่มีจำนวนข้อมูลมากกว่าขนาดความกว้างของฟิลด์นั้นระบบ ฯ จะ ไม่นำเข้าข้อมูลของฟิลด์นั้น ๆ (ข้อมูลในฟิลด์จะกลายเป็นค่าว่าง หรือ Null)

(8) แฟ้มสะสมอื่นๆ เช่น CHRONIC, VILLAGE, DISABILITY, PROVIDER, DRUGALLERGY ฯลฯ สามารถพิจารณาส่งได้ตามเงื่อนไขการตรวจสอบ และระยะเวลาที่กำหนดในรอบปีงบประมาณ

2.1.5.2 การตรวจสอบข้อมูลและการคิดคะแนน (คะแนน)

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการ รายบุคคล จะมีการตรวจสอบทั้งความถูกต้อง ความครบถ้วนตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลแต่ละแฟ้ม และคุณภาพของข้อมูล โดยมีข้อกำหนดและเงื่อนไขการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

1) การตรวจสอบข้อมูลตามผลงานการให้บริการ (Individual Data)

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะตรวจสอบจากการเชื่อมโยงเป็นข้อมูลการให้บริการ ดังนี้



ตาราง 2.2 การตรวจสอบข้อมูลตามผลงานการให้บริการ (Individual Data)

มาตรฐานโครงสร้าง	แฟ้มที่ใช้ตรวจสอบ	ฟิลด์ที่ใช้เชื่อมโยงข้อมูล
43 แฟ้ม / 50 แฟ้ม	PERSON.txt*	HOSPCODE
	SERVICE.txt*	PID SEQ
	DIAGNOSIS_OPD.txt*	DATE_SERV
	PROCEDURE_OPD.txt	
	DRUG_OPD.txt	
	CHARGE_OPD.txt	
	* จำเป็นต้องมีข้อมูล	

2) เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูลตามผลงานการให้บริการ

- (1) ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของฟิลด์ที่กำหนดในแต่ละแฟ้ม
- (2) ตรวจสอบ HOSPCODE ต้องมีรหัส (5 หลัก) ในฐานข้อมูลหน่วยบริการสุขภาพ ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- (3) รหัสทะเบียนบุคคล (PID) ไม่เป็นค่าว่าง
- (4) มีข้อมูลการวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ที่ถูกต้อง และเชื่อมโยงกับบริการได้ (สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD กับ SERVICE ได้) ทั้งนี้การให้รหัสการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง มีเงื่อนไขดังนี้

(4.1) มีการให้รหัสโรคหลัก (Principle Diagnosis) อย่างน้อย 1 รหัส ถูกต้องตามหลักการลงรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพ ICD-10 (WHO), ICD-10 TM หรือรหัสด้านแพทย์แผนไทย ที่ประกาศใช้เวอร์ชันล่าสุด ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(4.2) ตรวจสอบประเภทการวินิจฉัย (Diagnosis Type) ต้องมีค่าตั้งแต่ 1 – 7

3) เงื่อนไขการคิดคะแนนของผลงานการให้บริการ ตามโครงสร้างจะคิดดังนี้

- (1) แฟ้มข้อมูลการให้บริการตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2558 ถึง 30 มิถุนายน 2559
- (2) ทะเบียนของบุคคล (PID) สามารถเชื่อมโยงกับแฟ้ม PERSON ของหน่วยบริการการได้
- (3) การให้บริการผู้ป่วย 1 คนใน 1 วัน จะได้ 1 คะแนน (บริการหลายครั้งใน 1 วัน จะคิด 1 คะแนน)
- (4) การคิดคะแนน จะพิจารณาเฉพาะรหัสการวินิจฉัยที่บ่งชี้ว่าเป็นโรค หรืออาการแสดงว่าเจ็บป่วย หรือ เงื่อนไขอื่นที่ระบุว่าเป็นผู้ป่วยเท่านั้น



4) การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ค่าตอบแทนข้อมูลการให้บริการ เพิ่มเติม (Add On)

(1) เพิ่ม PROCEDURE_OPD (หัตถการ) หากผ่านตามเงื่อนไข จะได้เพิ่มรายการละ 0.01 คะแนน โดยมีเงื่อนไขดังนี้

(1.1) เป็นรหัสที่อยู่ใน ICD 9 CM และ ICD 10 TM และต้องเป็นรหัสที่กำหนดให้สามารถให้ได้ (กรณีที่เป็นรหัสกลุ่มของหัตถการหากมีรหัสย่อยรหัสกลุ่มนั้นไม่สามารถใช้ได้)

(1.2) เป็นรหัสที่เป็นการใช้หัตถการกับผู้ป่วยบริการจริง ทั้งนี้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

(2) เพิ่ม DRUG_OPD (การใช้ยา) หากผ่านตามเงื่อนไข จะได้เพิ่มรายการละ 0.01 คะแนน

5) การตรวจสอบข้อมูลเพื่อจัดสรรเพิ่มเติมจากข้อมูลที่ผ่านมาการตรวจสอบ หรือตามเกณฑ์คุณภาพของข้อมูล (OP Performance)

ในปีงบประมาณ 2559 สปสช. มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับหน่วยบริการที่จัดทำข้อมูลได้ถูกต้องและมีคุณภาพแยกตามรายแฟ้มข้อมูล โดยจะเป็นการจัดสรรจากคะแนนที่ได้จากผลการคิดตามเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเท่านั้น (ไม่เกี่ยวข้องกับคะแนนตามข้อมูลผลงานการให้บริการ) ทั้งนี้จะจัดสรรในระบบ Point System with Global Budget ระดับเขต โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

ข้อมูลแต่ละแฟ้มจะได้รับการตรวจสอบโครงสร้าง (Validate) และความถูกต้องของข้อมูล (Verify) โดยข้อมูลที่ตรวจสอบผ่านทุกเงื่อนไข และมีความถูกต้องตรงกับเงื่อนไขการคิดคะแนนทุกข้อ จะได้รับคะแนนตามที่กำหนด แต่ทั้งนี้ หากปรากฏว่าแฟ้มข้อมูลใดที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมีความผิดปกติ สปสช. จะชะลอ (Pending) การจ่ายเงินตามผลงานบริการในแต่ละแฟ้มนั้นไว้ชั่วคราว เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 2.3 การตรวจสอบโครงสร้าง (Validate) และความถูกต้องของข้อมูล (Verify)

ลำดับ	แฟ้มข้อมูล	การตรวจสอบ			หมายเหตุ
		ถูกต้อง	ซ้ำซ้อน	ทันเวลา	
1	PERSON	✓	-	-	43 หรือ 50 แฟ้ม
2	SERVICE	✓	✓	✓	43 หรือ 50 แฟ้ม
3	DIAGNOSIS_OPD	✓	✓	-	43 หรือ 50 แฟ้ม
4	DRUG_OPD	✓	✓	-	43 หรือ 50 แฟ้ม
5	PROCEDURE_OPD	✓	✓	-	43 หรือ 50 แฟ้ม



(1) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการคำนวณความถูกต้องของข้อมูลแต่ละแฟ้ม

(1.1) สูตรการคำนวณร้อยละความถูกต้องของแฟ้มข้อมูล

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลผ่านการตรวจสอบ} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลทั้งหมด (ไม่นับรวมข้อมูลซ้ำซ้อน)}}$$

(1.2) หลักเกณฑ์การคิดคะแนนความถูกต้อง

แฟ้มข้อมูลถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 95.00 ได้ 1.00 คะแนน

แฟ้มข้อมูลถูกต้อง ร้อยละ 90.01 – 95.00 ได้ 0.50 คะแนน

แฟ้มข้อมูลถูกต้อง ร้อยละ 85.01 – 90.00 ได้ 0.25 คะแนน

(2) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการคำนวณความซ้ำซ้อนของข้อมูลแต่ละแฟ้ม

(2.1) สูตรการคำนวณร้อยละความซ้ำซ้อนของแฟ้มข้อมูล

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ซ้ำซ้อน} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลที่ตรวจสอบผ่านทั้งหมด}}$$

(2.2) หลักเกณฑ์การคิดคะแนนความซ้ำซ้อน

แฟ้มข้อมูลซ้ำซ้อนน้อยกว่า ร้อยละ 5 ได้ 1.00 คะแนน

แฟ้มข้อมูลซ้ำซ้อนน้อยกว่า ร้อยละ 5.1–10 ได้ 0.50 คะแนน

(3) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการคำนวณความทันเวลาของข้อมูลแต่ละแฟ้ม

(3.1) สูตรการคำนวณร้อยละความทันเวลาของแฟ้มข้อมูล

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ส่งทันเวลาและผ่านการตรวจสอบ} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลตรวจสอบผ่านทั้งหมด}}$$

(3.2) หลักเกณฑ์การคิดคะแนนความทันเวลา

แฟ้มข้อมูลทันเวลามากกว่า ร้อยละ 95.00 ได้ 1.00 คะแนน

แฟ้มข้อมูลทันเวลา ร้อยละ 90.01 – 95.00 ได้ 0.50 คะแนน

แฟ้มข้อมูลทันเวลา ร้อยละ 85.01 – 90.00 ได้ 0.25 คะแนน

(3.3) การส่งข้อมูลทันเวลา

การส่งข้อมูลทันเวลา หมายถึง การส่งข้อมูลการให้บริการภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีกำหนดให้ส่งข้อมูลของเดือนที่ให้บริการ ภายในวันสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

(3.4) การตัดยอดข้อมูล



วันที่ตัดยอดข้อมูล หมายถึง วันสุดท้ายของการส่งข้อมูลของแต่ละเดือน ซึ่งก็คือวันสุดท้ายของเดือนนั้น ๆ เพื่อนำข้อมูลมาออกรายงานสรุป และคิดคะแนน (Point) เพื่อใช้ในการจัดสรรงบประมาณตามผลงานจากการบันทึกข้อมูลต่อไป

2.1.6 แนวทางการจัดสรรเงินโดยใช้งบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ (QOF: Quality and Outcome Framework)

การพัฒนาตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อที่จะจัดสรรงบประมาณตามคุณภาพผลงานบริการปฐมภูมิ ที่พึงพอใจด้วยกันทุกฝ่าย แนนอนว่าต้องมีกระบวนการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมด้วย

ความเป็นมา

ปี 2551 สปสช.เริ่มจัดงบประมาณเพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ ปี2552 สปสช. เห็นชอบจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวเป็นงบเพื่อชดเชยค่าบริการเพิ่มเติม (On Top Payment) ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนาศักยภาพผ่านเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด (นับเป็นจุดเริ่มต้นของการใช้กลไกการเงินกระตุ้นหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพแก่ประชาชน โดยมีการกำหนดเกณฑ์ศักยภาพบริการ หรือเรียกว่าเกณฑ์ On Top Payment หรือตัวชี้วัดศักยภาพบริการปฐมภูมิ) โดยการจ่ายงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ (On Top Payment) ดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2552-2556 รวมระยะเวลา 5 ปีซึ่งมีการเพิ่มตัวชี้วัดคุณภาพบริการทุกปีเพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เกณฑ์หรือตัวชี้วัดศักยภาพบริการปฐมภูมิในช่วงปี 2552-2555 ในปีแรกเน้นตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง และในปีต่อๆ ได้มีการขยับเกณฑ์หรือตัวชี้วัดเน้นด้านผลลัพธ์บริการปฐมภูมิมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

ปี 2557 มีแนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัดและแนวทางการจัดสรรอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทาง Quality and Outcome Framework: QOF ของประเทศอังกฤษมาเป็นแนวทาง และเรียกงบนี้ว่า งบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) สิ่งสำคัญที่เราต้องมาติดตามกันต่อ คือ แนวคิดในการกำหนดตัวชี้วัด ซึ่งแนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) มีดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยมีการวัดผลการจัดบริการสาธารณสุขด้านต่างๆ ในการดูแลสุขภาพประชาชน/หรือประเมินคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิที่เขตบริการสุขภาพกำหนด

2. เป็นการชี้ทางทิศทางการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องของ สปสช. (ปี 2557-2559)

3. เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสาธารณสุขที่คุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลไกทางการเงินตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการเป็นเครื่องมือ

4. ตัวชี้วัดพิจารณาจากของกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และเขตพื้นที่ที่สามารถกำหนดเพิ่มเติมได้ตามปัญหาและบริบทของพื้นที่



5. ใช้ประโยชน์และต่อยอดจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สปสช. เช่น ฐานข้อมูล OP Individual ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและข้อมูลอื่นตามความจำเป็น

6. กระจายอำนาจแก่เขตพื้นที่ในการพัฒนาตัวชี้วัดฯ และหลักเกณฑ์การจัดสรรระดับพื้นที่ให้สอดคล้องปัญหาและบริบทของพื้นที่ รวมทั้ง Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการประกันสุขภาพเขต (อปสช.)

7. มีการเปรียบเทียบผลงานระหว่างหน่วยบริการในเขตเดียวกัน และสะท้อนข้อมูลกลับคืนให้หน่วยบริการ เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ

8. สนับสนุนให้เกิดกลไกการจัดการเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิตามแนวคิด Primary Care System Strengthening ของ WHO 2008 และติดตามประเมินผลระดับจังหวัด

องค์ประกอบตัวชี้วัด (Quality and Outcome Framework: QOF) ที่ใช้ในการคำนวณค่าคะแนนเพื่อจัดสรรงบให้หน่วยบริการ ตัวชี้วัดประกอบด้วย 4 ด้าน และมีคะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน เป็น 1,000 คะแนน ดังนี้

ด้านที่ 1: คุณภาพและผลงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คะแนนเต็ม 400 คะแนน

ด้านที่ 2: คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ คะแนนเต็ม 300 คะแนน

ด้านที่ 3: คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการระบบส่งต่อและการบริหารระบบ คะแนนเต็ม 200 คะแนน

ด้านที่ 4: คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และบริการเสริมในพื้นที่ โดยคณะกรรมการระดับเขตและจังหวัด ร่วมกันพิจารณาตัวชี้วัดระดับพื้นที่ คะแนนเต็ม 100 คะแนน

การแบ่งระดับตัวชี้วัด ตัวชี้วัดแบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ตัวชี้วัดกลาง : เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญระดับประเทศ ที่ทุกเขตนำไปใช้เหมือนกัน

ตัวชี้วัดพื้นที่ : เป็นตัวชี้วัดที่คณะกรรมการพัฒนาบริการปฐมภูมิระดับเขตเลือกตามรายการตัวชี้วัดพื้นที่ที่กำหนดและ/หรือกำหนดเพิ่มเติม ตามความจำเป็น ปัญหาและบริบทของพื้นที่ตามความเห็นชอบของ อปสช. ทั้งนี้ตัวชี้วัดที่เลือกตามรายการตัวชี้วัดพื้นที่จะถูกนำมาไว้ในตัวชี้วัดด้าน 1 - 3 สำหรับตัวชี้วัดที่เขตกำหนดเพิ่มเติม (นอกเหนือจากรายการตัวชี้วัดพื้นที่ที่กำหนด) จะถูกนำมาไว้ในตัวชี้วัดด้านที่ 4

2.1.7 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ

2.1.7.1 ความสำคัญ

ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการพัฒนา งานสาธารณสุข ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ สาธารณสุขต่าง ๆ โดยมากได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data) ทั้งจากแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะต้องนำมาจัดระบบสารสนเทศ (Management Information System: MIS) ให้เป็นหมวดหมู่ที่ง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ในการบริหารงาน การควบคุม กำกับ ติดตาม



และประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศด้านสุขภาพ มีความสำคัญต่อการพัฒนางานสาธารณสุขอย่างยิ่ง ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1) การใช้ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพของงานสาธารณสุข

การมีระบบข้อมูลและสารสนเทศในงานสาธารณสุขที่ดีนั้น จะช่วยในการปฏิบัติภารกิจประจำได้ดีและรวดเร็วยิ่งขึ้น ทั้งในเรื่องการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ สถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขจำเป็นต้องมีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เพื่อนำมาพัฒนาประสิทธิภาพงานสาธารณสุขให้ดียิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่เป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี รวมถึงการให้บริการด้านต่าง ๆ ต้องครอบคลุมพื้นที่และประชากรในเขตรับผิดชอบ ดังนี้

(1) ด้านการรักษาพยาบาล ประชาชนที่มารับการบริการทุกคนควรจะได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ คือ รวดเร็วไม่รอนาน ผู้ให้บริการทุกคนควรมีข้อมูลสำหรับให้บริการประชาชน เช่น ประวัติผู้มารับบริการ ข้อมูลการรักษาพยาบาล ข้อมูลการเจ็บป่วยฯ เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีความต่อเนื่องไม่ต้องทำประวัติใหม่ การให้ความเสมอภาคแก่ผู้มารับบริการและการเข้าถึงบริการ เช่น การให้บริการโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลจะได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงเช่นกัน เป็นต้น

(2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้บริการทางด้านอนามัยเด็ก อนามัยมารดา หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ การวางแผนครอบครัวฯ โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนทุกคนทุกกลุ่มอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงผู้มารับบริการที่สถานพยาบาลนั้น ๆ มีสุขภาพแข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียน ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น เช่น ประวัติครอบครัว ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลการดูแลสุขภาพ จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

(3) ด้านการควบคุมป้องกันโรค เป็นการให้บริการทางด้านการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ โดยการให้วัคซีนต่าง ๆ ป้องกันให้ไม่เกิดโรคที่ป้องกันได้ หรือทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกัน ข้อมูลข่าวสารที่ต้องการเช่น ประวัติการให้ภูมิคุ้มกันโรค ข้อมูลการเจ็บป่วยต่าง ๆ และการได้รับการรักษาพยาบาล จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงผู้มารับบริการในสถานพยาบาลนั้น ๆ เป็นต้น

(4) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ หลังจากได้รับการรักษาแล้ว ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ผู้ป่วยโรคอัมพาต ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ข้อมูลที่จำเป็นเช่นประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการรักษาพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูสุขภาพทั้งในสถานพยาบาลและในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เป็นต้น

2) การใช้ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศเพื่อการบริหารงานสาธารณสุข

การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ เพื่อการบริหารงานสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริหารทุกระดับ สำหรับใช้ในการบริหารงาน กำกับควบคุม ติดตาม และประเมินผลด้านสุขภาพ ซึ่งระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศเพื่อการบริหารงานสาธารณสุข จะช่วยให้การบริหารทราบถึงปัญหาสาธารณสุขรวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละ



ช่วงเวลา ซึ่งจะต้องตัดสินใจแก้ไขปัญหานั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นอยู่กระทรวงสาธารณสุขมีการใช้ระบบสารสนเทศ ในงานสาธารณสุข ดังนี้

(1) ด้านการวางแผนและกำหนดนโยบาย จะต้องนำข้อมูลข่าวสารที่ต้องการมาประยุกต์อย่างมีหลักเกณฑ์ เพื่อจะนำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายนั้น จะต้องมีการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะต้องมีการกำหนดความต้องการข้อมูลก่อน หลังจากนั้นจึงไปทบทวนจากระบบข้อมูลที่มีอยู่ หากไม่มีในระบบจึงทำการพัฒนาระบบสำหรับการจัดเก็บข้อมูลขึ้นใหม่ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) ด้านการควบคุมกำกับงาน โดยทั่วไปองค์กรจะใช้ผังปฏิบัติงานประจำการตรวจราชการ การนิเทศและติดตามการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา รวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติงานด้วย

(3) ด้านการบริหารงานบุคคล ผู้บริหารจะต้องมีข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจ เช่น การกระจายบุคลากร การเลื่อนตำแหน่ง พิจารณาความดีความชอบ การสอบคัดเลือก การดำเนินการทางวินัย การลงโทษ เป็นต้น

(4) ด้านการบริหารงบประมาณ ต้องมีข้อมูลด้านการเงิน การบัญชีและการพัสดุ ที่เป็นปัจจุบัน สำหรับใช้ในการติดตามการใช้จ่ายเงิน และควบคุมการใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามระเบียบของทางราชการ

คำสำคัญ

ข้อมูล (Data) หมายถึง ข้อความจริงหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ อาจเป็นตัวเลข อักษร หรือข้อความใด ๆ ก็ได้ เช่น จังหวัดเชียงราย เป็นจังหวัดที่อยู่ภาคเหนือสุดของประเทศไทย เดือนเมษายน มี 30 วัน เป็นต้น

ข้อมูลทางสถิติ หมายถึง ข้อความจริง หรือตัวเลขซึ่งถูกรวบรวมไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง สำหรับค้นหาความจริงที่แน่นอนเพื่อการเปรียบเทียบ เช่น สถิติประชากร สถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล สถิติอุบัติเหตุทางรถยนต์ในประเทศไทย ฯลฯ

ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข (Health Information Data) หมายถึง ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข เช่น การเกิด การตาย การเจ็บป่วย การระบาดของโรค ข้อมูลด้านทรัพยากร เช่น อัตรากำลังของบุคลากร ประเภทของสถานบริการสุขภาพ งบประมาณ ข้อมูลด้านกิจกรรม เช่น การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ฯลฯ

ข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคลที่มารับบริการสุขภาพ เช่น อายุ เพศ น้ำหนัก ความดันโลหิต อาการ ประวัติการรักษา ฯลฯ

ประเภทหรือชนิดของข้อมูล สามารถแบ่งข้อมูล เป็นประเภทหรือชนิดต่าง ๆ ได้ ดังนี้

1. แบ่งตามแหล่งที่มาของข้อมูลสามารถแบ่งได้เป็น ข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ

1.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นข้อมูลที่เก็บจากแหล่งข้อมูลได้โดยตรง ไม่มีการเปลี่ยนรูปหรือความหมาย เช่น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การทดลอง การตอบแบบสอบถาม ฯลฯ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่เก็บจากแหล่งข้อมูลโดยตรง ดังนั้นจึงมีความเชื่อถือได้สูง และเก็บข้อมูลได้ตรงกับความต้องการ แต่มีข้อจำกัดที่จะต้องใช้เวลา เสียค่าใช้จ่ายในการรวบรวมข้อมูลสูง และข้อมูลที่ได้อาจไม่น่าเชื่อถือหากผู้เก็บรวบรวมข้อมูลขาดความชำนาญ



1.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เป็นข้อมูลที่รวบรวมมาจากผู้อื่นที่รวบรวมไว้แล้ว เช่น รวบรวมจากข้อมูล รายงานสถิติต่าง ๆ ข้อมูลเวชระเบียน เอกสารรายงานผู้ป่วย บันทึกทาง การพยาบาล ฯลฯ ข้อดีของการใช้ข้อมูลทุติยภูมิ คือ สะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลา แรงงาน และค่าใช้จ่าย มีข้อมูลที่สามารถศึกษาย้อนหลังได้ แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากข้อมูลมักไม่สมบูรณ์ ไม่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา และไม่ทันสมัย

2.1.7.2 แนวคิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ

1) สถานการณ์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System) มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพ ที่อาศัยหลักฐานเพื่อกำหนดนโยบายสุขภาพ (Evidence-based Policy Making) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และแนวโน้มทิศทางของปัญหาสุขภาพในอนาคต รวมทั้งยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการจัดการกับปัญหาสุขภาพเฉพาะต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาระบบและวิธีการในการจัดการกับปัญหา และเพิ่มคุณภาพบริการให้ดีขึ้นได้ นอกจากนี้การมีข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ดี จะช่วยในการติดตาม ประเมินผลระบบสุขภาพ เพื่อการปรับปรุงระบบสุขภาพให้สามารถบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพที่ดีได้ในอนาคต

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในปัจจุบัน นับว่ามีการจัดเก็บในหลายระบบด้วยกัน ซึ่งทำให้ประเทศไทยมีข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่จำเป็นในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังประสบปัญหาบางประการที่จำเป็น ต้องได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยประเด็นปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าว ประกอบด้วย

(1) การขาดกลไก และทรัพยากร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง

โดยยังขาดกลไกที่สำคัญ ได้แก่ กลไกด้านนโยบาย กลไกการประสานงาน เพื่อการบูรณาการระบบข้อมูล กลไกสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูล และกลไกการกำหนดมาตรฐานด้านข้อมูล ซึ่งอาจจะต้องใช้กลไกทางกฎหมาย หรือข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับปัญหาด้านทรัพยากร ได้แก่ การขาดบุคลากรด้านข้อมูลข่าวสาร และการขาดศักยภาพของบุคลากรในการจัดการข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และการสื่อสารด้านข้อมูล รวมทั้งปัญหาการขาดระบบงบประมาณที่สนับสนุนการพัฒนาระบบ และการจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะงบประมาณสำหรับการสำรวจทางสุขภาพที่จำเป็น

(2) การมีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ที่ยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม และมีความซ้ำซ้อน ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในปัจจุบัน ยังมีปัญหาด้านคุณภาพและความครอบคลุมของข้อมูล ได้แก่

(2.1) ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลการตาย มารดาตาย และความไม่ถูกต้องของข้อมูลสาเหตุการตาย

(2.2) ความไม่ทันเวลาและความไม่ครอบคลุมของการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะจากภาคเอกชน

(2.3) ปัญหาด้านการออกแบบและความไม่ครอบคลุมของระบบข้อมูลโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ

(2.4) ความไม่ครอบคลุมของข้อมูลบริการสุขภาพ โดยเฉพาะจากภาคเอกชน



(2.5) ความไม่ครอบคลุมและความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลบริการ
ด้านส่งเสริมสุขภาพ

(2.6) ความไม่ทันสมัยและความไม่ครอบคลุมของข้อมูลทรัพยากร
สุขภาพ

(2.7) ความไม่ถูกต้องและความไม่ครอบคลุมของข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพ

(2.8) ความซ้ำซ้อนและความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลการสำรวจทางสุขภาพ

(3) การขาดระบบจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

ปัญหาการจัดการข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่

(3.1) การขาดระบบการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับฐานข้อมูล
ระหว่างหน่วยงานผู้จัดเก็บข้อมูล ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข อย่างเป็นระบบ

(3.2) การขาดระบบการส่งต่อข้อมูลและป้อนข้อมูลกลับที่มี
ประสิทธิภาพ

(3.3) การขาดระบบการจัดการคลังข้อมูล (Data Warehouse) ที่มี
ประสิทธิภาพและครอบคลุมระบบข้อมูลต่าง ๆ อย่างครบถ้วน

(3.4) การขาดระบบวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพและ
เหมาะสม และพร้อมสำหรับการใช้ประโยชน์

(4) การขาดกลไกการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เป็นระบบ

ปัญหาการใช้ประโยชน์จากข้อมูล อาจเกิดจากการที่ผู้ใช้ข้อมูล
ไม่เข้าใจประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยในการตัดสินใจ รวมทั้งผู้จัดทำข้อมูลก็อาจจะไม่เข้าใจ
รูปแบบของข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการใช้ประโยชน์ในระดับต่างๆ ทำให้ขาดการจัดการข้อมูลให้อยู่ใน
รูปแบบที่เหมาะสมกับการใช้ และขาดแรงจูงใจด้านการใช้ประโยชน์ ที่จะผลักดันให้เกิดการพัฒนา
คุณภาพของข้อมูลที่ดี โดยแรงจูงใจด้านการใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย การใช้เพื่อการวางแผนและแผน
การใช้เพื่อการจัดสรรทรัพยากร การใช้เพื่อปรับปรุงบริการและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และการใช้เพื่อ
การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย รวมทั้งการใช้เพื่อการขับเคลื่อนด้านสุขภาพของ
ภาคประชาชน

สรุป ปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีที่เกี่ยวข้อง
โดยเฉพาะผู้ใช้ข้อมูลและผู้จัดทำข้อมูล ซึ่งจะประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กองทุนด้านสุขภาพ
กระทรวงอื่นๆ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งภาคประชาชน
โดยต้องมีกลไกการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและด้านวิชาการ ที่เพียงพอและเหมาะสม ประกอบกับ
การมีบุคลากรที่มีศักยภาพ ภายใต้การจัดการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือ
กัน ทั้งแบบที่เป็นทางการ และไม่ใช่วางการ โดยอยู่ในรูปแบบของเครือข่าย เพื่อการเรียนรู้และพัฒนา
ระบบร่วมกัน



2) กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่

(1) ยุทธศาสตร์พัฒนากลไกสนับสนุน เพื่อสร้างกลไกการสนับสนุนการพัฒนา ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีความต่อเนื่องประกอบด้วย กลไกด้านนโยบาย กลไกความร่วมมือและ เครือข่าย กลไกทางกฎหมายและข้อตกลง กลไกด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ ทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่

(2) ยุทธศาสตร์บูรณาการและพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อการบูรณาการและพัฒนา ระบบข้อมูลที่สำคัญ ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม โดยการพัฒนากลไกการกำหนดความต้องการและดัชนีชี้วัดสุขภาพที่สำคัญ และการออกแบบระบบ ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการ โดยมีการบูรณาการระบบข้อมูล ให้มีการเอื้อหรือตรวจสอบซึ่งกัน และกัน และมีความซ้ำซ้อนเท่าที่จำเป็น ทั้งนี้การออกแบบระบบข้อมูลจะมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มี คุณภาพ และน่าเชื่อถือมากที่สุด

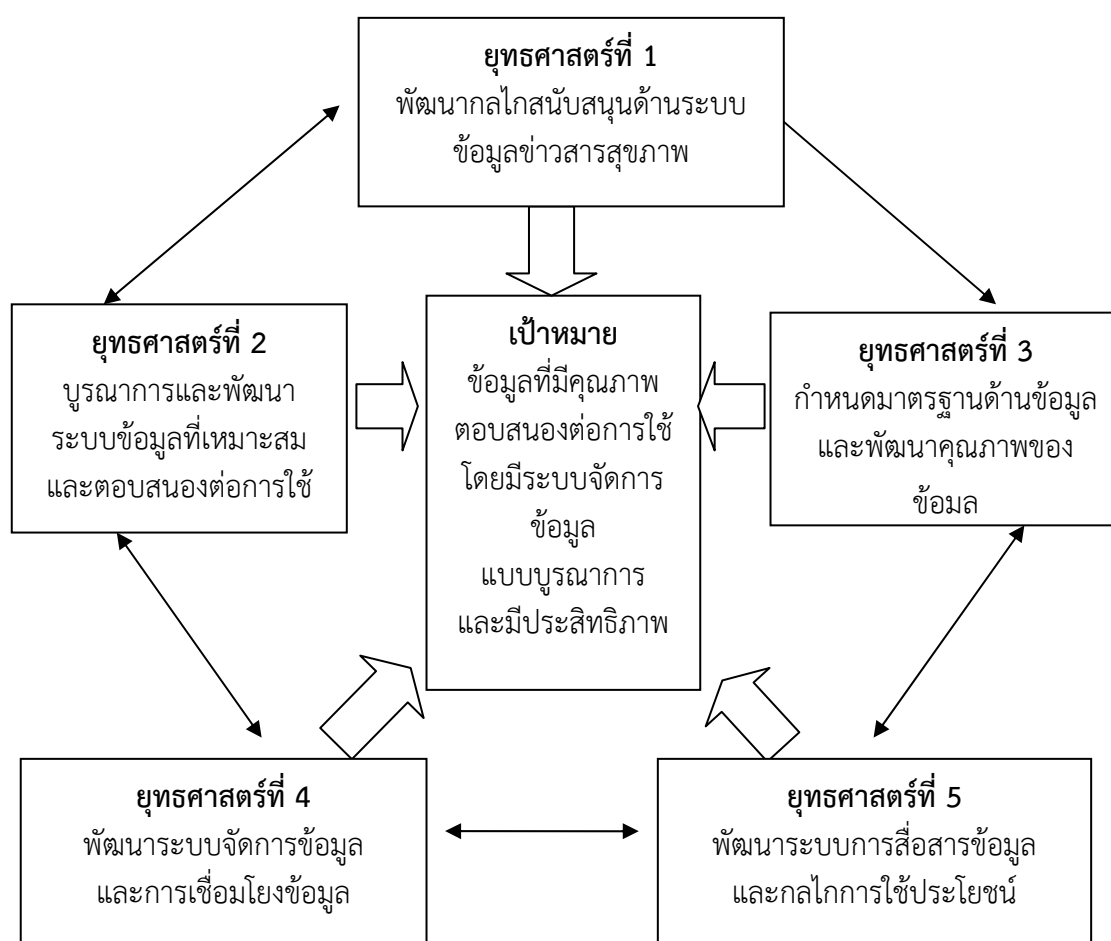
(3) ยุทธศาสตร์กำหนดมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพข้อมูลเพื่อการมีมาตรฐาน ของข้อมูลร่วมกัน สำหรับใช้ในการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล ในระดับของฐานข้อมูลรายบุคคล โดย มาตรฐานหลักที่ควรได้รับการพัฒนา ได้แก่ มาตรฐานโครงสร้างของข้อมูลมาตรฐานการจำแนกประเภท และรหัส มาตรฐานด้านการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นต้น และเพื่อพัฒนา กลไกการพัฒนาและ ควบคุมคุณภาพของข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานมากขึ้น

(4) ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบจัดการและเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการมีระบบการ จัดการข้อมูล (Data Management System) ที่มีประสิทธิภาพ สามารถรวบรวมข้อมูลจากระดับของ การบันทึกข้อมูล ไปสู่ระดับของการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นข่าวสารที่เหมาะสมสำหรับการใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย และการบริหารจัดการ

(5) ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสื่อสารและกลไกการใช้ประโยชน์ เพื่อจัดการข้อมูล ข่าวสารให้อยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ในระดับต่างๆ และด้วยวัตถุประสงค์ต่าง ๆ รวมทั้งกลไกและช่องทางการนำข้อมูลข่าวสารสุขภาพไปใช้ประโยชน์

โดยทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และส่งผลต่อเป้าหมาย ก็คือ การมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อการใช้ประโยชน์ โดยมีระบบจัดการข้อมูลแบบบูรณาการและมี ประสิทธิภาพ แสดงดังแผนภาพ





ภาพประกอบ 2.5 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสาธารณสุข
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2557ข)

3) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพในปัจจุบัน

ปัจจุบันได้มีการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้บริการและการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพในสถานบริการต่าง ๆ ในลักษณะ Electronic Individual Record พบว่าสถานบริการส่วนใหญ่ยังมีปัญหาและขั้นตอนที่ทำงานซ้ำซ้อนกันอย่างมาก เพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน และยังทำให้สถานบริการต้องสูญเสียงบประมาณ เจ้าหน้าที่และเวลาไปกับการจัดการดังกล่าวโดยไม่จำเป็น ปัญหาสำคัญเกิดจากความไม่เป็นมาตรฐานของโครงสร้างข้อมูล ขาดมาตรฐานของรหัสต่าง ๆ ที่ใช้อ้างอิง ปัญหาด้านโปรแกรมแอปพลิเคชัน ที่สถานบริการต่าง ๆ พัฒนากันขึ้นมา ซึ่งไม่สอดคล้องกับโครงสร้างข้อมูลที่ทางส่วนกลางกำหนดขึ้น ทำให้ระบบข้อมูลของแต่ละสถานบริการแต่ละระดับยังไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด ทำให้เมื่อนำมาใช้งานร่วมกันเป็นไปด้วยความยากลำบาก



การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ในปัจจุบันไม่ได้เริ่มจากศูนย์ ซึ่งก่อนหน้านี้ได้มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพมานานแล้ว ทุกครั้งที่จะมีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพขึ้นมา จะพิจารณาใน 2 ส่วน ได้แก่ ปรับปรุงจากระบบข้อมูลเดิมให้สอดคล้องกับความต้องการในปัจจุบัน หรือพัฒนาระบบขึ้นมาใหม่ การที่จะทราบว่าระบบใดควรจะปรับปรุงจากระบบเดิม หรือพัฒนาขึ้นมาใหม่นั้น มีแนวทางการดำเนินการดังนี้

(1) ศึกษา ทบทวน และวิเคราะห์ความต้องการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากผู้ใช้อข้อมูล ในทุกระดับและทุกกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีความแตกต่างกัน การพัฒนาระบบข้อมูลต้องสอดคล้องกับการใช้ประโยชน์กับการบริหารงานและการปฏิบัติในแต่ละระดับ

(2) วิเคราะห์และจำแนกรายการข้อมูลด้านสุขภาพ / ตัวชี้วัด ที่ต้องการใช้ประโยชน์ โดยคำนึงถึงความครอบคลุมของผู้ใช้ประโยชน์ ซึ่งได้มีการจำแนกข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

(2.1) ข้อมูลสถานะสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลประชากร, เกิด, ป่วย และตาย

(2.2) ข้อมูลบริการสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลการให้บริการของสถานบริการ ทั้งด้านรักษาส่งเสริม ควบคุม ป้องกันฟื้นฟูสภาพ และการเฝ้าระวังโรค เป็นต้น

(2.3) ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข (บุคลากร, งบประมาณ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์)

(2.4) ข้อมูลสำหรับการบริหารงาน กากับ ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญระดับกระทรวง และระดับกรม

(3) วิเคราะห์ และทบทวนรายการข้อมูลฯ ในข้อ 2 กับระบบข้อมูลเดิมที่มีการจัดเก็บอยู่ว่ามีรายการข้อมูลหรือตัวชี้วัดใดบ้างที่มีการจัดเก็บอยู่แล้วควรใช้ประโยชน์จากระบบที่มีอยู่ร่วมกัน กรณีที่ไม่มีในระบบและมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการจัดเก็บขึ้นมาใหม่ ต้องกำหนดให้มีการบูรณาการ การจัดเก็บและการใช้ประโยชน์ร่วมกัน และมีคณะกรรมการกลางระดับกระทรวงฯ สำหรับพิจารณาถึงความเหมาะสม และเสนอผู้มีอำนาจตัดสินใจอีกครั้ง

(4) หลักในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ต้องคำนึงถึงเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

(4.1) การกำหนดความต้องการร่วมกัน Minimum Dataset สำหรับการจัดเก็บและการใช้ประโยชน์ร่วมกัน

(4.2) คำนึงถึงข้อมูลที่จัดเก็บ ว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร เช่น เป็นข้อมูลที่เป็นตัวเลขสรุป การรายงานสถานการณ์ หรือการจัดเก็บข้อมูลในลักษณะ Individual Record เป็นต้น

(4.3) การวิเคราะห์ระบบงาน พัฒนาโปรแกรม หรือพัฒนาระบบรายงานที่จะใช้จัดเก็บข้อมูล โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ประหยัด สะดวกและง่ายต่อการใช้งาน

(4.4) ระดับการจัดเก็บ (ประชาชน, ระดับ สอ., ระดับ รพ, ระดับ สสจ. หรือส่วนกลาง) ต้องศึกษาว่าระดับการจัดเก็บว่าจะจัดเก็บข้อมูลละเอียดถึงระดับใด

(4.5) คน หรือบุคลากรที่ดูแลระบบข้อมูล และบริหารจัดการข้อมูลนั้น ๆ (ตรวจสอบคุณภาพ การออกรายงานฯ) ต้องจัดให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานทั้งความรู้ด้านข้อมูลและด้านเทคนิค และความพอเพียงกับงาน

(4.6) การบริหารจัดการข้อมูล สารสนเทศที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ นั้น จำเป็นจะต้องมีการผ่านกระบวนการจัดการกับข้อมูลที่ต้องการ และมีประสิทธิภาพ ซึ่งได้แก่



1) การรวบรวมข้อมูล (Collect Data)

ในการรวบรวมข้อมูล เริ่มตั้งแต่มีการวางแผนงานของกระบวนการจัดการกับข้อมูลทั้งหมด การวางแผนงานที่ดี ผู้วางแผนจะต้องมองเห็นภาพรวมของงานทั้งหมด วางแนวทางปฏิบัติของงานไว้อย่างกว้าง ๆ ทุกขั้นตอน เช่น การจัดสรรงบประมาณ กำลังคน การรวบรวมข้อมูล จะต้องรวบรวมข้อมูลอะไรบ้าง ที่ไหน อย่างไร

2) การบรรณาธิการข้อมูล (Edit Raw Data)

เป็นขั้นตอนในการนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทำการตรวจสอบความถูกต้อง (Accuracy) ความสมบูรณ์ (Completeness) ความทันสมัย (Up to Dates) และกะทัดรัด (Conciseness) ของข้อมูล

3) การแยกประเภทข้อมูล (Establishment of Categories)

ดำเนินการแยกแยะข้อมูล จัดกลุ่มของข้อมูลตามปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการแยกแยะข้อมูลจะทำให้ผู้วิเคราะห์สามารถออกแบบการนำเสนอข้อมูลได้ถูกต้อง และตรงกับความต้องการ

4) การนำเสนอข้อมูล (Presentation)

เป็นการจัดทำข้อมูลที่รวบรวมได้ให้อยู่ในรูปแบบที่กะทัดรัด เช่น ตาราง กราฟ แผนภูมิ ข้อความ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการอ่านข้อมูลให้เข้าใจง่าย และเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ต่อไป

5) การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of Data)

เป็นขั้นตอนในการประมวลผลข้อมูล ซึ่งในการวิเคราะห์จำเป็นต้องอ้างอิงทฤษฎีทางสถิติ หรือจำเป็นต้องใช้สูตรสถิติต่าง ๆ ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนั้น ๆ เช่น การใช้การวิเคราะห์แนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง การวิเคราะห์การกระจาย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การทดสอบสมมติฐาน การประมาณค่า เป็นต้นเมื่อทำการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของงานแล้ว จึงนำผลการวิเคราะห์มาอธิบายให้บุคคลทั่วไปเข้าใจ ซึ่งอาจจำเป็นต้องขยายความในการอธิบาย อันจะทำให้งานวิจัยที่ศึกษามาเป็นประโยชน์ต่อคนทั่วไปได้

(4.7) เกณฑ์หรือเงื่อนไขในการตรวจสอบข้อมูล

(4.8) คู่มือสำหรับการจัดเก็บและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

(4.9) มาตรฐานต่าง ๆ เช่น รหัสมาตรฐาน โครงสร้างมาตรฐานฯ ที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลนั้น ๆ

(4.10) ระยะเวลาที่จัดเก็บและการจัดทำรายงาน

(4.11) กำหนดรายการข้อมูล / ตัวชี้วัดสำหรับการออกรายงาน (Report)

(4.12) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล



2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ

2.2.1 แนวคิดของการจัดการ

การจัดการ หมายถึง กิจกรรมหรือการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่อื่นที่จะเชื่อมั่นได้ว่า กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินไปในแนวทางที่จะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในอันที่จะรักษาไว้ซึ่งสถานะที่จะเอื้ออำนวยต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความพยายามของกลุ่มบุคคล (กิตติศักดิ์ คະชาวงศ์, 2550)

ซึ่งการจัดการอย่างเหมาะสมเป็นการตัดสินใจที่เกิดจากข้อมูลที่ถูกต้อง มีการประสานงาน หรือแนวคิดใหม่ๆ มีการติดตามผลเป็นระยะและมีความยืดหยุ่น และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (กิตติศักดิ์ คະชาวงศ์, 2550)

หลักการจัดการโดยใช้แนวคิดเชิงทรัพยากรมนุษย์ แนวคิดเชิงความสัมพันธ์ของมนุษย์เชื่อว่า พนักงานเป็นผู้มีความกระตือรือร้นที่จะประสบความสำเร็จ และจะทำงานให้ดีที่สุดเพื่อสนองความต้องการตามอุดมคติของตนเอง ดังนั้น ฝ่ายจัดการควรให้งานที่ท้าทายและสร้างบรรยากาศในการทำงาน ซึ่งกระตุ้นให้พนักงานทำงานเต็มตามศักยภาพของตนเองเพื่อที่จะได้ประสบความสำเร็จและมีความพึงพอใจ

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยต่อ ๆ มาพบว่า แนวคิดเชิงทรัพยากรมนุษย์มิได้เป็นจริงเสมอไป พนักงาน ยังต้องการผลตอบแทนเป็นเงิน และความพึงพอใจจากการทำงานของพนักงานก็มีได้นำมาซึ่งประสิทธิภาพในการทำงานเสมอไป นอกจากนี้ แม้ฝ่ายจัดการจะส่งเสริมให้พนักงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่ก็มี จุดประสงค์เพียงเพื่อสนองความต้องการด้านสังคมของพนักงาน เพื่อให้พนักงานมีความพึงพอใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเท่านั้น

แนวคิดเชิงทรัพยากรมนุษย์เชื่อว่า พนักงานมีคุณค่าต่อองค์กร และมีความคิดสร้างสรรค์ตลอดจนความคิดใหม่ ๆ ที่สามารถเป็นประโยชน์ต่อองค์กรได้ การรับฟังความคิดเห็นของพนักงานจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งองค์กรและพนักงานไปพร้อม ๆ กัน เพราะองค์กรสามารถรับทราบความต้องการของพนักงานและสามารถนำความคิดเห็นมาใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาองค์กรด้วย ในการนี้ฝ่ายจัดการจะเห็นความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการจัดการงาน และการสื่อสารในองค์กรเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว แนวทางการจัดการและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จึงเป็นผลมาจากแนวคิดข้างต้น

องค์กรที่ใช้หลักการจัดการเชิงทรัพยากรมนุษย์ในปัจจุบัน จะนำการจัดการงานเป็นคณะ (Team Management) มาใช้ โดยจะแบ่งบุคลากรออกเป็นคณะเพื่อทำหน้าที่ต่าง ๆ กัน ทั้งนี้ เพื่อระดมความคิดเพื่อหาทางแก้ปัญหาและนำเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานขององค์กร นอกจากนั้น องค์กรหลายแห่งยังสนับสนุนการฝึกอบรมพนักงานเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพนักงาน ทั้งนี้ ผู้จัดการระดับสูง ต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของพนักงาน เปิดใจกว้างรับฟังข้อวิจารณ์ที่อาจไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้จัดการ รวมถึงอำนวยความสะดวกให้กับพนักงานในการทำงานเป็นคณะ



Fayol (วรภัทร์ ภูเจริญ, 2541 อ้างอิงจาก Fayol, 1996) เสนอ องค์ประกอบพื้นฐานในการจัดการ 5 ประการ คือ

1. การวางแผน (Plan) หมายถึง การมองไปในอนาคตเพื่อกำหนดวิธีที่ดีที่สุดในการบรรลุถึงเป้าประสงค์ขององค์การ ฟาโยล เชื่อว่าการวางแผนที่ดีจะทำให้การใช้ทรัพยากรขององค์การเป็นไปโดยราบรื่น และรวมถึงการเลือกแนวทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้องค์การบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
2. การจัดระเบียบ (Organize) หมายถึง การจัดระเบียบทรัพยากรบุคคล (พนักงาน) และการประเมินผลพนักงาน
3. การสั่งการ (Command) เป็นช่องทางที่ผู้จัดการสั่งงานให้พนักงานทำเพื่อที่จะได้บรรลุเป้าประสงค์ขององค์การที่ตั้งไว้
4. การร่วมมือ (Coordinate) หมายถึง วิถีทางในการประสานกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์การเข้าด้วยกัน
5. การควบคุม (Control) หมายถึง การควบคุมดูแลให้กิจกรรมที่กระทำนั้นดำเนินไปตามแผนที่วางไว้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าประสงค์ขององค์การ

Fayol (วรภัทร์ ภูเจริญ, 2541 อ้างอิงจาก Fayol, 1996) ได้เสนอแนวทางการบริหารจัดการงานไว้ 4 ประการด้วยกันดังนี้

1. หลักการเกี่ยวกับโครงสร้างองค์การ (Principles of Organizational Structure) หมายถึง แนวทางการจัดวางส่วนประกอบต่าง ๆ ในองค์การ
2. หลักการของอำนาจในองค์การ (Principles of Organizational Power) หมายถึง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในองค์การ
3. หลักการของการให้รางวัลในองค์การ (Principles of Organizational Reward)
4. หลักการของทัศนคติในองค์การ (Principles of Organizational Attitude)

สรุป การจัดการ หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่อันประกอบไปด้วยกิจกรรมต่างๆ ตามแนวทางที่กำหนด หรือตามแผนการที่จะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยความพยายามของกลุ่มบุคคล ซึ่งการจัดการอย่างเหมาะสมเป็นการตัดสินใจที่เกิดจากข้อมูลที่ถูกต้อง มีการประสานงาน มีแนวคิดใหม่ ๆ มีการติดตามผลเป็นระยะ มีความยืดหยุ่นสามารถปรับแผนได้ตามสภาพที่เปลี่ยนแปลง และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยวัตถุประสงค์ของการจัดการก็เพื่อให้เกิดคุณภาพคุณภาพในการวิจัยในครั้งนี้คือคุณภาพของข้อมูลสุภาพตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.2.2 แนวคิดด้านคุณภาพ

จากการทบทวนเอกสารต่าง ๆ และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพ (Quality Defining) ดังต่อไปนี้

Joseph (1960) เป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของอุตสาหกรรมญี่ปุ่น ได้ให้ความหมายของ คุณภาพ หมายถึง ความเหมาะสมกับประโยชน์ ใช้อย่างที่ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หรือผู้รับบริการต้องการ (Fitness for Use)



Crosby (1979) คุณภาพเป็นเรื่องที่ได้มาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเลย (Quality is Free) เพราะคุณภาพการผลิตต่ำจะทำให้สินค้าขายไม่ได้ แต่คุณภาพการผลิตสูงจะทำให้สินค้าขายได้แม้ต้นทุนการผลิตจะสูงก็ตาม ดังนั้นต้นทุนการมีคุณภาพที่ดีต่ำกว่าต้นทุนการมีคุณภาพไม่ดี ได้สร้างนิยามว่า “คุณภาพคือการทำได้ตามข้อกำหนด” (Conformance to Requirements) โดยยึดหลักตามความต้องการของลูกค้าหรือผู้ใช้ มุ่งเน้นวัฒนธรรมของของเสียเป็นศูนย์ (Zero Defect Culture) ให้คุณภาพสมบูรณ์แบบ ต้องทำการตรวจวัดต้นทุนของคุณภาพทั้งหมดโดยเน้นการป้องกันความผิดพลาดต่างๆ

คุณภาพ (Quality) หมายถึง ภาวะที่มีการเกื้อกูลต่อผู้ใช้ หรือการตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าอย่างเหมาะสม ตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของระบบ เป็นการกระทำในสิ่งที่ควรกระทำอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานที่ออกแบบหรือที่ได้กำหนดไว้ เช่น การผลิต การบริหาร การบริการ การตลาด ถือเป็นคุณลักษณะที่ดีเด่นของคน สิ่งของ หรือกิจกรรม (กิตติศักดิ์ คະชาวงศ์, 2550 อ้างอิงจาก วรภัทร์ ภูเจริญ, 2541: 27)

ลักษณะ สารบรรณ (2551: 4-10) คุณภาพ หมายถึง การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเป็นไปตามข้อกำหนดที่ต้องการ โดยสินค้าหรือบริการนั้นสร้างความพอใจให้กับลูกค้าและมีต้นทุนการดำเนินงานที่เหมาะสมได้เปรียบคู่แข่งขัน ลูกค้ามีความพึงพอใจ และยอมจ่ายตามราคาเพื่อซื้อความพอใจนั้น ซึ่งมีใช้เรื่องที่ประเมินจากสิ่งของที่จับต้องได้ หรือเป็นรูปธรรมเพียงด้านเดียว แต่จะต้องนำปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นนามธรรมมาประกอบการพิจารณาด้วย

ทฤษฎีของการจัดการคุณภาพมีนักปราชญ์และนักคิดเกี่ยวข้องหลายท่าน ในการให้ความหมายและเสนอแนวคิดที่สำคัญในการจัดการคุณภาพ มีดังนี้ (เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, 2557)

1) ชิวฮาร์ต : Schewhart

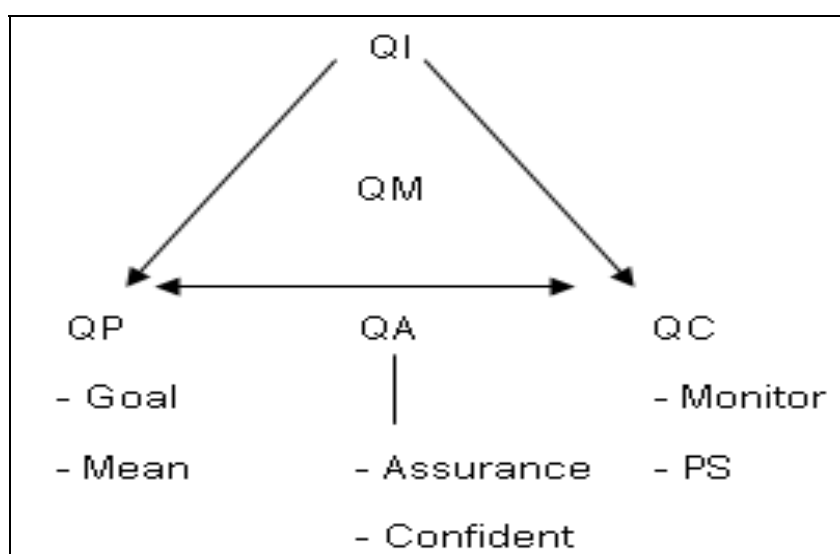
ริเริ่มใช้วิธีการทางสถิติในการควบคุมคุณภาพที่เรียกว่า การควบคุมภาพเชิงสถิติ (Statistical Quality Control = SQC) และพัฒนาแผนภูมิการควบคุม Control Chart และการชักสิ่งตัวอย่าง Sampling เพื่อการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ (เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550 อ้างอิงจาก Schewhart, 1925)

2) จูราน : Joseph (1960)

1. นิยามคุณภาพ คือ Fitness for Use
2. ให้กำเนิดแนวคิดลูกค้าภายใน (Internal Customer)
3. มุ่งเน้นที่ประโยชน์ใช้สอยและการควบคุมด้วยการบริหารจัดการ
4. ให้ความสำคัญกับต้นทุนแห่งคุณภาพ
5. ให้แก้ปัญหาคำสำคัญ 2-3 ปัญหาที่แก้ไขแล้วจะทำให้ผลใหญ่หลวงคือปัญหาต่างๆ หายไป
6. แนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพรับผิดชอบเรื่องวางแผนและการประสานงาน
7. ใช้วิธีสำรวจอย่างกว้างขวาง

แนวคิดตามทฤษฎีการบริหารคุณภาพของ Joseph (1960) ที่เรียกว่าไตรศาสตร์ด้านคุณภาพของจูราน (Triology of Quality - Juran) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของระบบการบริหารคุณภาพกับการวางแผนคุณภาพ การควบคุมคุณภาพ การประกันคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพโดยสามารถแสดงความสัมพันธ์ ได้ดังนี้





ภาพประกอบ 2.6 ไตรศาสตร์คุณภาพของจูราน (Joseph, 1960)

การบริหารคุณภาพ (Quality Management) เป็นกิจกรรมที่ให้ทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในคุณภาพของตน ทุกคนทำในสิ่งที่ถูกต้อง ทุกคนเข้าใจเรื่องของลูกค้า และให้ลูกค้าเป็นผู้กำหนดมาตรฐานหรือความต้องการจุดนั้น คือ ผลสัมฤทธิ์ของงาน

การวางแผนคุณภาพ (Quality Planning) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดเป้าหมาย (Goal) ด้านคุณภาพและวิธีการ (Means) ไปสู่การจัดการด้านคุณภาพ เพื่อกำหนดทิศทางที่ชัดเจนในการดำเนินงานด้านคุณภาพ

การควบคุมคุณภาพ (Quality Control) เป็นกิจกรรมอย่างมีระบบแบบแผนเพื่อติดตามเผื่อระวังปัญหา และการแก้ไขปัญหา โดยเน้นการดำเนินงานเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า และรวมถึงกลวิธีต่าง ๆ ในการดำเนินงานเพื่่อมุ่งสู่คุณภาพตามเป้าหมายขององค์กร

การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) การปฏิบัติการใด ๆ ที่ดำเนินการอย่างมีระบบแบบแผนและได้รับความไว้วางใจอย่างเพียงพอว่าบริการนั้น ๆ จะตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าแล้ว ถือเป็นระบบของการประกันคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Quality Improvement) เป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดยั้ง เพื่่อมุ่งสู่การพัฒนาให้เกิดความพอใจสูงสุดโดยรวมของลูกค้า (Tool Customer Satisfaction)

โดยสรุปแล้ว การบริหารคุณภาพเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับการจัดการในการวางแผน (Planning) การนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) เหมือนกับหลักการบริหารทั่วไป ไม่ว่าจะอธิบายด้วยทฤษฎีการบริหารในรูปแบบใดก็มีความคล้ายคลึงกัน ดังนั้นการจัดการคุณภาพ จึงเป็นการบริหารและการจัดการโดยมีเป้าหมายให้เกิดคุณภาพ คือ ความพึงพอใจสูงสุดของลูกค้าต่อกิจกรรมขององค์กรนั่นเอง



3) เดมมิง : Deming (1986)

โดยที่พื้นฐานเป็นนักฟิสิกส์และคณิตศาสตร์และได้ร่วมงานกับ Shewhart ทำให้สนใจการนำสถิติมาประยุกต์ใช้ในการสุ่มตัวอย่างและการควบคุมคุณภาพ เขาเรียนรู้ว่าคุณภาพไม่ได้ถูกกำหนดในห้องผู้บริหาร มีใช้เกิดจากผู้ปฏิบัติงาน เขาได้เสนอแผนภูมิควบคุม (Control Chart) นำมาใช้ตัดสินประสิทธิภาพการทำงานและได้บัญญัติ หลักการบริหาร 14 ข้อ กล่าวคือ

1. จงสร้างปณิธานอันมุ่งมั่นแน่วแน่ในการปรับปรุงคุณภาพ
2. จงยอมรับปรัชญาใหม่ ๆ ของการบริหารคุณภาพ
3. จงยุติการควบคุมคุณภาพโดยการตรวจสอบ
4. จงยุติวิธีดำเนินธุรกิจที่ตัดสินกันที่ราคาขายเพียงอย่างเดียว
5. จงปรับปรุงระบบการผลิตและระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่อง
6. จงทำการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ
7. จงสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้น
8. จงกำจัดความกลัวให้หมดไป
9. จงทำลายสิ่งกีดขวางความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
10. จงกำจัดคำขวัญและเป้าหมาย
11. จงกำจัดจำนวนโคตาที่เป็นตัวเลข
12. จงกำจัดสิ่งกีดขวางและความภาคภูมิใจของพนักงาน
13. จงจัดทำแผนการศึกษาและทำการอบรมบ่อยครั้ง
14. จงลงมือปฏิบัติเพื่อบรรลุผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง

หากจะสรุปให้เห็นได้ชัดเจน โดยวิวัฒนาการเกี่ยวกับแนวคิดคุณภาพ สามารถแบ่งได้ 4 ยุค ดังนี้

1. ยุคแรก ตรงตามมาตรฐาน (Fitness to Standard) ตรงตามทีออกแบบหรือที่กำหนดไว้
2. ยุคที่สอง ตรงกับประโยชน์ใช้สอย (Fitness to Use) ตรงตามความต้องการใช้งานของลูกค้า
3. ยุคที่สาม เหมาะสมกับต้นทุน/ราคา (Fitness to Cost) เป็นราคาที่ต้องการของทุกคน เพราะคุณภาพสูงแต่ต้นทุนต่ำ (ราคาถูก)
4. ยุคที่สี่ ตรงตามความต้องการแฝงเร้น (Fitness to Latent Requirement) ตรงตามทีลูกค้าต้องการ (รวมทั้งสิ่งที่ลูกค้าคิดยังไม่ถึงว่าตนเองต้องการ)

โดยสรุป คุณภาพมีหลายความหมาย ซึ่งมีพัฒนาการของคำนิยามในแต่ละยุค เป้าหมายที่สำคัญก็คือการตอบสนองต่อลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจโดยรวมสูงสุด ดังนั้น คุณภาพจึงหมายถึง ความพึงพอใจหรือความประทับใจของลูกค้า ที่มีต่อสินค้าหรือบริการของผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ

2.2.3 แนวคิดการจัดการคุณภาพด้วยวัฏจักรเดมมิง

Plan Do Check Act เป็นวงจรพัฒนาคุณภาพ คิดค้นโดย Schewhart (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550 อ้างอิงจาก Schewhart, 1925) ผู้บุกเบิกใช้สถิติสำหรับวงการอุตสาหกรรม และต่อมาวงจรนี้เริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้น เมื่อ E.W.Deming ปรมาจารย์ด้านการบริหารคุณภาพเผยแพร่ ให้เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ของพนักงานในโรงงานให้ดียิ่งขึ้น และช่วยค้นหา



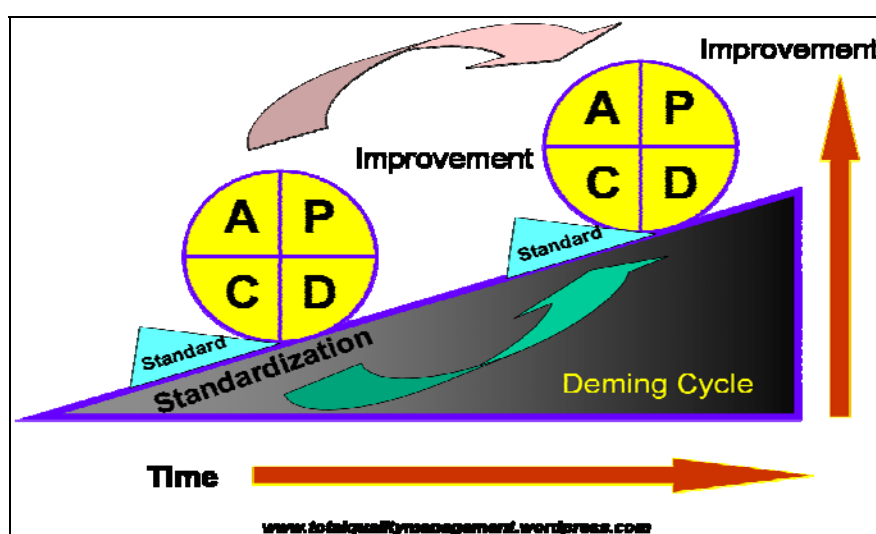
ปัญหา อุปสรรคในแต่ละขั้นตอนการผลิตโดยพนักงานเอง จนวงจรนี้รู้จักกันในชื่ออีกชื่อว่า “วงจรเดมิง” ต่อมาพบว่าแนวคิดในการใช้วงจร PDCA นั้น สามารถใช้ได้กับทุกกิจกรรมจึงทำให้รู้จักกันแพร่หลายมากขึ้นทั่วโลก PDCA เป็นอักษรนำของศัพท์ภาษาอังกฤษ 4 คำ คือ

- P: Plan = วางแผน
D: Do = ปฏิบัติตามแผน
C: Check = ตรวจสอบ
A: Act = ดำเนินการให้เหมาะสม

โดยปกติแล้วสามารถใช้วงจร PDCA ได้ใน 2 ลักษณะ คือ

1. ทุกครั้งที่เริ่มทำกิจกรรมอะไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นการเรียนหรือการทำงาน PDCA จะช่วยให้กิจกรรม มีการปรับปรุงต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมาย ด้วยการวางแผน (P) และนำไปสู่การปฏิบัติ (D) หลังจากนั้นจึงต่อด้วยการตรวจสอบหรือประเมินผลการปฏิบัติตามแผน (C) ว่าผลที่ได้นั้น เป็นไปตามที่คิดไว้มากน้อยแค่ไหน และท้ายที่สุด นำผลที่ได้จากการประเมินไปดำเนินการต่อตามความเหมาะสม (A) หากผลที่เกิดขึ้น เป็นไปตามที่วางแผนไว้ ก็ให้จัดทำมาตรฐานวิธีการดำเนินการนั้น เพื่อกิจกรรมในลักษณะเดียวกันต่อไป แต่หากผลที่เกิดขึ้น ไม่เป็นไปตามแผน เราอาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบางสิ่งบางอย่างซึ่งอาจเปลี่ยนเป้าหมายเปลี่ยนแผนหรือเปลี่ยนวิธีปฏิบัติก็ได้

2. เมื่อต้องการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเริ่มจากระบุปัญหาและคิดค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยการกำหนดเป็นแผน (P) และลงมือแก้ปัญหาตามแนวทางนั้นๆ (D) ซึ่งในความเป็นจริงปัญหาหรืออุปสรรค ต่างๆ อาจจะได้รับการแก้ไขเยียวยาได้สำเร็จหรือไม่สำเร็จก็ได้จึงจำเป็นต้องตรวจสอบผลลัพธ์ และประเมินวิธีการแก้ไขปัญหาที่ได้เลือกไว้แล้ว (C) และท้ายที่สุดเมื่อได้ผ่านการตรวจสอบและประเมิน ผลแล้วหากวิธีการแก้ปัญหานั้น ๆ เป็นวิธีที่ถูกต้องให้นำวิธีการนั้นใช้กับปัญหาในลักษณะเดียวกันในอนาคตต่อไป แต่หากวิธีการนั้น ไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ ให้ลองหาทางคิดวิธีการใหม่หรือเริ่มต้นระบุปัญหาใหม่ (กิตติศักดิ์ คະชาวงค์, 2550 อ้างอิงจาก วีรพล บดีรัฐ, 2543: 7)



ภาพประกอบ 2.7 วงจรการพัฒนาคุณภาพเดมิง (Deming, 1986)

ที่มา : กิตติศักดิ์ คະชาวงค์ (2550)



ความหมายและความสำคัญของวัฏจักรคุณภาพของเดมिंग (PDCA) วรภัทร์ ภูเจริญ (2541) วัฏจักรคุณภาพของเดมिंग (PDCA) หมายถึง ระบบการบริหารงานที่มีคุณภาพเป็นที่รู้จักแพร่หลายระบบหนึ่ง ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การตรวจสอบหรือการประเมิน (Check) การนำผลการประเมินย้อนกลับไปปรับปรุงแก้ไขการทำงาน (Action)

การใช้วัฏจักรคุณภาพของเดมिंगต้องดำเนินการอย่างมีวินัย ให้ครบวงจรหมุนเวียนไปไม่มีหยุดหย่อน ซึ่งแนวคิดวัฏจักรคุณภาพนี้ Walter Shewhart เป็นผู้พัฒนาขึ้นเป็นคนแรกในปี ค.ศ. 1939 และ E.W.Deming เป็นผู้นำมาเผยแพร่ในประเทศญี่ปุ่นในปี ค.ศ. 1950 จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ทำให้นิยมเรียกวฏจักรนี้ในอีกชื่อหนึ่งว่า “วัฏจักรเดมिंग” (Deming’s Cycle) นอกจากนี้ โนริอะกิ คะโน ยังได้กล่าวถึงวัฏจักรคุณภาพของเดมिंगว่า “PDCA ก็คือ วัฏจักรการบริหาร ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ หลังจากมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว ผู้วิจัยจะได้นำการจัดทำแผนปฏิบัติได้โดยจะใช้วงจร PDCA ในการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลทั้ง 3 ด้าน ตามลำดับขั้น ดังนี้

P = Plan (วางแผน) การวางแผนกลยุทธ์ว่าจะทำอะไร ที่ไหน โดยใคร เมื่อไรและด้วยวิธีใดหมายความว่ารวมถึงการกำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานวิธีการและขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายในการวางแผนจะต้องทำความเข้าใจกับเป้าหมายวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน เป้าหมายที่กำหนดต้องเป็นไปตามนโยบาย วิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร การวางแผนในบางด้านอาจจำเป็นต้องกำหนดมาตรฐานของวิธีการทำงานหรือเกณฑ์มาตรฐานต่าง ๆ ไปพร้อมกันด้วยข้อกำหนดที่เป็นมาตรฐานนี้จะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพราะใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบได้ว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานที่ได้ระบุไว้ในแผนหรือไม่

D = Do (ปฏิบัติ) ทำความเข้าใจและลงมือปฏิบัติตามแผน หมายถึง การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งก่อนที่จะปฏิบัติงานใด ๆ จำเป็นต้องศึกษาข้อมูลและเงื่อนไขต่างๆ ของสภาพงานที่เกี่ยวข้องเสียก่อนในกรณีที่เป็นการปฏิบัติงานประจำที่เคยปฏิบัติ หรือเป็นงานเล็กอาจใช้วิธีการเรียนรู้ ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง แต่ถ้าเป็นงานใหม่หรืองานใหญ่ที่ต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก อาจต้องจัดให้มีการฝึกอบรมก่อนที่จะปฏิบัติจริงการปฏิบัติจะต้องดำเนินการไปตามแผน วิธีการ และขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ และจะต้องเก็บรวบรวม และบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานไว้ด้วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

C = Check (ตรวจสอบ) ตรวจสอบและยืนยันความก้าวหน้า หรือผลการปฏิบัติ โดยเปรียบเทียบกับแผนทบทวนกลยุทธ์ที่วางไว้ เป็นกิจกรรมที่มีขึ้นเพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติงานตามแผนหรือไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการทำงานหรือไม่ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญ เนื่องจากในการดำเนินงานใด ๆ มักจะเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่เป็นไปตามแผนอยู่เสมอซึ่งเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการทำงาน การติดตามการตรวจสอบและการประเมินปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระทำควบคู่ไปกับการดำเนินงาน เพื่อจะได้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินงานต่อไปในการตรวจสอบ และการประเมินการปฏิบัติงาน จะต้องตรวจสอบด้วยการปฏิบัติ นั้น เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของงาน



A : Act = ดำเนินการให้เหมาะสม จัดทำมาตรฐานในส่วนที่การปฏิบัติได้ผลดี และหาช่องทางในการปรับปรุงเป็นกิจกรรมที่มีขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นหลังจากได้ทำการตรวจสอบแล้ว การปรับปรุงอาจเป็นการแก้ไขแบบเร่งด่วนเฉพาะหน้า หรือการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำรอยเดิม การปรับปรุงอาจนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานของวิธีการทำงานที่ต่างจากเดิมเมื่อมีการดำเนินงานตามวงจร PDCA ในรอบใหม่ข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุงจะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้ด้วย PDCA นำไปใช้ที่ไหน เมื่อมีองค์การ ย่อมมีการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ภายใน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ของการจัดตั้งองค์การซึ่งการทำงานนั้นมีทั้งที่ขอบเขตครอบคลุมในหน่วยใหญ่คือทั่วทั้งองค์การ ขอบเขตระดับ ฝ่าย ส่วน แผนก กลุ่ม และงาน ในส่วนของพนักงานแต่ละคน วงจร PDCA จะเป็นเครื่องมือบริหารงานที่มีความสำคัญต่อการทำงานในทุก ๆ ระดับหรือกล่าวได้ว่า ทุกงานต้องมี PDCA ซึ่ง PDCA ในระดับบุคคลแต่ละคนก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการทำงานระดับองค์การ เพราะดังที่กล่าวมาแล้วว่าความสำเร็จขององค์การเกิดผลจากผลรวมความพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องนั่นเอง

การบริหารงานในระดับต่าง ๆ ทุกระดับตั้งแต่เล็กที่สุดคือการปฏิบัติงานประจำวันของบุคคลคนหนึ่ง จนถึงโครงการในระดับใหญ่ที่ต้องใช้กำลังคนและเงินงบประมาณจำนวนมากย่อมมีกิจกรรม PDCA เกิดขึ้นเสมอ โดยมีการดำเนินกิจกรรมที่ครบวงจรบ้าง ไม่ครบวงจรบ้าง แตกต่างกันตามลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในแต่ละองค์กรจะมีวงจร PDCA อยู่หลาย ๆ วง วงใหญ่สุด คือ วงที่มีวิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรเป็นแผนงาน (P) แผนงานวงใหญ่สุดนี้อาจครอบคลุมระยะ เวลาต่อเนื่องกันหลายปีจึงจะบรรลุผล การจะผลักดันให้วิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรปรากฏเป็นจริงได้จะต้องปฏิบัติ (P) โดยนำแผนยุทธศาสตร์มากำหนดเป็นแผนการปฏิบัติงานประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ ขององค์กรแผนการปฏิบัติงานประจำปีจะก่อให้เกิดวงจร PDCA ของหน่วยงานขึ้นใหม่ หากหน่วยงานมีขนาดใหญ่ มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวนมากก็จะต้องแบ่งกระจายความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้เกิดวงจร PDCA เพิ่มขึ้นอีกหลาย ๆ วงโดยมีความเชื่อมโยงและซ้อนกันอยู่ การปฏิบัติงานของหน่วยงานทั้งหมดจะรวมกันเป็น (D) ขององค์กรนั้น ซึ่งองค์กรจะต้องทำการติดตามตรวจสอบ (C) และแก้ไขปรับปรุงจุดที่เป็นปัญหา หรืออาจต้องปรับเปลี่ยนใหม่ในแต่ละปี (A) เพื่อให้วิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวนั้นปรากฏเป็นจริงและทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์รวมขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ

โครงสร้างของ PDCA

การวางแผน (Planning)

เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะดำเนินการในอนาคต โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการและพิจารณารายละเอียดขององค์ประกอบในการดำเนินงานต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผน

วัตถุประสงค์ คือ ความต้องการของแผนงานซึ่งเป็นแนวทางกว้าง ๆ ในเชิงคุณภาพ การกำหนดวัตถุประสงค์ต้องชัดเจน และคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ควรเริ่มจากการระบุปัญหา แล้วแปลงปัญหามาเป็นวัตถุประสงค์ของแผน
2. รู้ถึงสาเหตุต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดปัญหา
3. จากวัตถุประสงค์ต้องสามารถกำหนดได้ว่าจะดำเนินการอะไรเพื่อบรรลุตาม

จุดมุ่งหมาย



4. จากวัตถุประสงค์ต้องสามารถรู้ได้ว่าต้องการผลลัพธ์อะไร

5. จากวัตถุประสงค์ต้องสามารถกำหนดมาตรการเพื่อให้วัตถุประสงค์สำเร็จได้

เป้าหมาย คือ ความต้องการตามแผนงานซึ่งเป็นแนวทางที่จะจ่งเขียนในเชิงปริมาณและสามารถวัดผลได้ชัดเจน วิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดปัญหา โดยใช้หลัก 4M 1E

M = Man บุคคลที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

M = Machine เครื่องจักร และเครื่องมือ ที่ต้องใช้ในการดำเนินงาน

M = Material วัตถุดิบ หรือวัสดุอุปกรณ์ ที่ต้องใช้ในการดำเนินงาน

M = Method วิธีการที่กำหนดให้ใช้ในการดำเนินงาน

E = Environment สภาพแวดล้อมในการดำเนินงาน

ด้วย 4M 1E เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญและมีผลต่อความสำเร็จของแผนที่กำหนดผู้รับผิดชอบ จึงต้องทำความเข้าใจและสามารถบริหารทรัพยากรต่าง ๆ เหล่านี้ให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด

วิธีดำเนินงาน

วิธีดำเนินงาน คือ กิจกรรมหรืองานต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องมีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ตั้งไว้ กิจกรรมทุกกิจกรรมที่ต้องทำควรแยกแยะให้ชัดเจนกำหนดผู้รับผิดชอบ และเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม รวมทั้งพิจารณาถึงข้อได้เปรียบและข้อเสียเปรียบที่มีในการดำเนินตามแผนด้วย

ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ระยะเวลาในการดำเนินงาน คือ การระบุระยะเวลาเริ่มต้นของแผนงานจนถึงเวลาสิ้นสุด ในกรณีที่แผนงานนั้นมีหลายภารกิจ ก็สามารถลงรายละเอียดระยะเวลาของแต่ละภารกิจที่ต้องปฏิบัติตามแผน ว่าแต่ละภารกิจที่ต้องปฏิบัติตามแผน นั้นต้องเริ่มต้นและสิ้นสุดเมื่อใด งบประมาณและทรัพยากรที่ต้องใช้งบประมาณ และทรัพยากรที่ต้องใช้ คือ การระบุค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ต้องใช้เพื่อดำเนินการตามแผนให้บรรลุผล โดยรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับคน วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทั้งหมด

ผู้รับผิดชอบ

ผู้รับผิดชอบ คือ บุคคล หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อความสำเร็จของแผนงานนั้น การติดตามผล

การติดตามผล คือ การบริหารและวางแผนติดตามความก้าวหน้าของแผนงาน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาลุप्तรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ การระบุและชี้ถึงข้อดีต่าง ๆ ที่จะได้รับจากการดำเนินการตามแผน ซึ่งผลประโยชน์ที่ได้รับอาจอยู่ในรูปตัวเงินหรือไม่อยู่ในรูปตัวเงินก็ได้ ข้อควรจำในการวางแผน

1. กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนให้ชัดเจน
2. นำข้อมูลและข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่ครบถ้วนมาใช้ในการพิจารณาเพื่อกำหนดแผน
3. นำเทคนิค 5 W 1H (What Where Why When Who How) มาใช้ในการพิจารณาหาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง



4. กำหนดทางเลือกหลาย ๆ ทางเลือกก่อนกำหนดแผนงานที่แน่นอน
5. พิจารณาความเหมาะสมของแผนงานกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต
6. เตรียมแผนงานทุกอย่างให้พร้อมสำหรับการนำไปปฏิบัติ

การปฏิบัติตามแผน (Doing)

เป็นการทำความเข้าใจแผนงานที่กำหนดขึ้น และมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบนำแผนนั้นไปปฏิบัติให้บรรลุผล ซึ่งการปฏิบัติตามแผนจะสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนั้นในการดำเนิน งานตามแผนจึงควรคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ คือ การสื่อสาร คือ การที่ผู้รับผิดชอบถ่ายทอดข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการพูด สั่ง อธิบาย เขียน ฯลฯ เพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานได้ตามที่คาดหวัง การปฏิบัติตามแผนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เมื่อถ่ายทอดข่าวสารหรือคำสั่งต่าง ๆ ไปแล้ว ควรให้ผู้รับฟังมีโอกาสในการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือทำความเข้าใจด้วยการใช้การสื่อสารแบบสองทาง (Two-Way Communication) การประสานงาน คือ วิธีการจำเป็นที่ใช้ในการบริหารงานให้เกิดความยืดหยุ่นและคล่องตัวเพื่อการจัดการที่ประสบผลสำเร็จ การที่ผลงานจะออกมาเป็นที่น่าพอใจได้นั้น ส่วนหนึ่งจำเป็นต้องมีการประสานงานเพื่อนำแผนไปปฏิบัติ สั่งการ และควบคุมการดำเนินงานตามแผน ซึ่งการประสานงานจะต้องมีการติดต่อกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการในสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นและรักษาไว้ซึ่งความสามัคคีและความเห็นพ้องต้องกันในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานให้ลุล่วงไป การทำงานเป็นทีม เป็นการรวมกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานเพื่อทำงานหนึ่งให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด นับเป็นวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ หากสามารถดึงความสามารถของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนออกมาให้ได้อย่างเต็มที่ เพราะจะได้รับความคิดเห็นในมุมต่าง ๆ ของสมาชิกแต่ละคน และก่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่าง ๆ ที่นำมาใช้พัฒนาปรับปรุงวิธีการทำงานได้ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจโดยอาศัยความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและข้อมูล (Management by Fact) เป็นการตัดสินใจอย่างมีหลักการโดยยึดตามความจริงหรือข้อมูลจริงที่มีอยู่ ดังนั้นการเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนั้นการสังเกต ของจริง ณ สถานที่จริงถือเป็นแนวทางที่ผู้ปฏิบัติงานควรใช้ เพื่อให้ได้ ข้อเท็จจริง สภาพปัญหาจริง รวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสมด้วย

ข้อควรจำในการลงมือปฏิบัติ

1. ต้องไม่ลืมวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้
 2. มอบหมายอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจนและเหมาะสม
 3. ขณะลงมือปฏิบัติควรคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
 4. มีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ โดยอาศัยข้อมูลและข้อเท็จจริงต่าง ๆ
- ที่มีอยู่
5. เมื่อมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือมีข้อมูลใหม่ ๆ ต้องสื่อสารให้เกิดความเข้าใจ
- ที่ตรงกัน
6. มีการประสานงานที่ดี เพื่อให้ดำเนินงานตามแผนได้อย่างราบรื่น
 7. ทำงานร่วมกันเป็นทีม และทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลงานนั้น



การตรวจสอบ (Checking)

หลังจากที่ได้ทำการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ไประยะเวลาหนึ่ง ต้องมีการตรวจสอบ (การตรวจสอบ หมายถึง การตรวจติดตาม การวัดผลความก้าวหน้าของแผนงานเพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ โดยไม่ได้หมายถึงการจับผิด) การตรวจสอบมีการกำหนดระยะเวลาในแผนงาน เมื่อการดำเนินการถึงระยะเวลาใด ๆ ที่กำหนดตามแผน ซึ่งอาจถูกกำหนด โดยการวางแผน ระบุสั้น และยาวในแผน และเมื่อการปฏิบัติได้ดำเนินมาถึงระยะเวลาที่กำหนดแล้ว จึงจำเป็นต้องทำการตรวจ หรือวัดผลงานโดยเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ตั้งแต่ระยะแรกของการวางแผน ถ้าผลการดำเนินงานมีความแตกต่างกับเป้าหมายอย่างมากแล้ว จุดนี้แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และจากจุดนี้จะทำให้เรากลับไปหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขต่อไปในส่วนแรกได้พูดถึงการตรวจสอบ การวัดผลเมื่อเทียบกับเป้าหมายในการทำงานตามลักษณะโครงการทั่วไป เช่น โครงการแก้ปัญหาเพื่อลด ของเสียในการผลิต หรือจะเป็นโครงการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความสูญเสียต่าง ๆ ในมุมของการเพิ่ม ผลผลิต แต่ในการทำงานประจำวัน (Daily Operation) การตรวจสอบจะถูกแสดงออกมาในลักษณะ ของการตรวจสอบผลงานประจำวัน เช่น การทราบผลผลิตประจำวัน ว่าได้เป้าหมายต่อวัน หรือสัปดาห์ หรือข้อมูลของปัญหาในการผลิตประจำวันต่าง ๆ เหล่านี้จะนำไปสู่การแก้ไขเป้าหมายประจำวัน หรือ สัปดาห์ต่อไป ในการตรวจสอบไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการแก้ปัญหาเพื่อปรับปรุงงาน และการควบคุม การทำงานประจำวัน (Daily Operation) ควรคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้

1. การวางแผนที่ชัดเจนโดยระบุระยะเวลาการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานใน แผนงาน ระบุตัววัดที่เหมาะสม วิธีการวัดผล มาตรการแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำ
2. การกำหนดตัววัดควบคู่ไปกับการกำหนดเป้าหมายต่าง ๆ ในแผนงานจะทำให้ เกิดการติดตามง่ายขึ้น
3. การมีระบบฐานข้อมูลที่ต้องการ จากการทำงานไม่ว่าจะเป็นงานแก้ไขปัญหา หรืองานประจำวัน รวมไปถึงจนถึงระบบการส่งข้อมูลที่เป็นต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่ต้องทราบข้อมูลนั้นๆ
4. การมีระบบสื่อสารที่จำเป็นในการทำงานประจำวัน ในส่วนของการประสานงาน ระหว่างสายงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างสายงานนั้น ๆ
5. การป้อนกลับของข้อมูลที่เป็นของปัญหาในการทำงานไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ของปริมาณและคุณภาพ จากหน่วยงานที่เป็นปัญหาไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหน่วยงานนั้นจะนำ ข้อมูลเหล่านั้นทำการวิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่อไป เช่นในเรื่องการควบคุมผลผลิต ประจำวันและการควบคุมคุณภาพในการผลิตประจำวัน เป็นต้น

การดำเนินการให้เหมาะสม (Action)

จากขั้นตอนของการตรวจสอบ และติดตามผลการดำเนินงาน ถ้าการตรวจสอบ โดยการวัดผลด้วยตัววัดใด ๆ ที่กำหนดไว้ในแผนงานแสดงให้เห็นว่าผลของการปฏิบัติงานจริง เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดมีความแตกต่างกัน นั้นหมายถึง สิ่งที่ไม่คาดหมายต่างจากผลลัพธ์ แสดงถึงว่าอาจมีอุปสรรค หรือปัญหาเกิดขึ้นในการทำงาน เมื่อทราบว่าปัญหาหลังการตรวจสอบแล้ว การหาสาเหตุเพื่อการแก้ไขอุปสรรค หรือปัญหาเหล่านี้เป็นขั้นตอนที่จะขาดไม่ได้ นั้นหมายถึง องค์ประกอบสุดท้ายในวงจร PDCA นั่นเอง ดังนั้น การเก็บข้อมูลที่จำเป็นจากการทำงาน นำมาหา ปรากฏการณ์ รวมถึงหาสาเหตุของปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไขให้หายไปเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่สุดในการ ทำงาน จากที่กล่าวมาในขั้นตอนการตรวจสอบ ถ้าระบบการเก็บ บันทึก แสดงผล (Data Recording)



การแยกแยะ (Stratification) ข้อมูลที่ดี จะนำไปสู่การมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ง่าย และนำไปสู่การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหานั้นได้ง่ายเช่นกัน

ในส่วนของการวิเคราะห์ปัญหานั้น จะมีเครื่องมือที่ใช้อยู่หลายตัวแต่ที่นิยมกันคือ การใช้ข้อมูลจริง การใช้หลักฐานจริง และการเข้าไปดูในสถานที่ทำงานจริง และเครื่องมือที่เป็นที่รู้จักกันดีอีก 2 ตัวอย่างเช่น การใช้ผังก้างปลา (Fish Bone Diagram) และแผนผังต้นไม้ (Tree Diagram) เป็นต้น ไม่ว่าจะเป็นการทำงานประจำวัน (Daily Operation) และการทำการปรับปรุงการทำงานเพื่อลดความสูญเสียที่เกิดขึ้น (Systematic Problem Solving) นอกจากการแก้ไขโดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริงจะเป็นสิ่งที่สำคัญแล้ว การระดมความคิดสร้างสรรค์ (Creative Thinking) เพื่อแก้ปัญหาถือเป็นหัวใจของการแก้ปัญหา เพราะจะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่จะถูกกำหนดในแผนต่อไป ซึ่งขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยเวลา ความรอบคอบ ความเป็นไปได้ และปัจจัยอื่นที่จำเป็นอันจะนำไปสู่การสร้างมาตรการเพื่อการป้องกันต่อไป (Countermeasure) ซึ่งหมายถึง การมีมาตรฐานการทำงาน และสุดท้ายจะนำไปสู่การมีมาตรฐานที่สูงขึ้น (Higher Standard Operation) อย่างต่อเนื่องด้วยวงจร PDCA โดยทั่วไปการแก้ไขปัญหาก็เกิดขึ้นควรคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้

1. ในการวางแผนควรจะมีการกำหนดระยะเวลาการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเอาไว้ด้วย
2. การกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับตัวปัญหา รวมถึงการเลือกใช้หน่วยที่เหมาะสมกับปัญหาจะทำให้ การทราบปัญหาทำได้เร็ว และจะนำไปสู่การแก้ไขที่รวดเร็วเช่นกัน
3. ในการวิเคราะห์ปัญหา การมีระบบการเก็บข้อมูลที่ดีและการรู้จักแยกแยะข้อมูลตามความสัมพันธ์ที่มีต่อกันเหล่านี้จะช่วยให้การวิเคราะห์ง่ายขึ้น
4. โดยทั่วไปในการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุของปัญหา จะคำนึงถึง 4M (Man Machine Material Method) และการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัญหา เช่น ผังก้างปลา หรือผังต้นไม้ จนถึงการใช้หลักฐานจริง ในสถานที่จริง เพื่อเป็นข้อมูลจริงประกอบการพิจารณา
5. ใช้เทคนิคการระดมสมอง (Brain Storming) เพื่อทำการวิเคราะห์ปัญหา และรวบรวมความคิด เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการแก้ปัญหา

สรุป จากข้อความที่เกี่ยวข้องกับวัฏจักรคุณภาพของเดมมิง มีลักษณะพิเศษ คือต้องทำกันทุกคนทั้งองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตั้งแต่การปฏิบัติงานประจำวันไปจนถึงดำเนินตามแผนระยะยาวมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งไปสู่ทิศทางที่กำหนดไว้ ในวิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ มิใช่ทำแล้วหยุดเลย เพราะผลการประเมินที่จัดทำเสร็จแล้วถือเป็นข้อมูลที่แสดงถึงสภาพการทำงานในขณะนั้น ซึ่งต้องมีการตรวจสอบใหม่ว่า การดำเนินงานในช่วงต่อไปสอดคล้องกับเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาอย่างไร การพัฒนาปรับปรุงตนเองจึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด เหมือนกับวัฏจักรคุณภาพของเดมมิงนั่นเอง

2.2.4 แผนผังสาเหตุและผล (Cause and Effect Diagram)

แผนผังสาเหตุและผลเป็นแผนผังที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหา (Problem) กับสาเหตุทั้งหมดที่เป็นไปได้ที่อาจก่อให้เกิดปัญหานั้น (Possible Cause) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ผังก้างปลา (Fish Bone Diagram) เนื่องจากหน้าตาแผนภูมิมีลักษณะคล้ายปลาที่เลื้อยแต่ก้าง หรือบางครั้งอาจเรียกว่าแผนผังอิชิกาวา (Ishikawa Diagram) ซึ่งได้รับการพัฒนาครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1943 โดยศาสตราจารย์คาโอรุ อิชิกาวา แห่งมหาวิทยาลัยโตเกียว



การใช้แผนผังก้างปลา

1. เมื่อต้องการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา
2. เมื่อต้องการทำการศึกษา ทำความเข้าใจ หรือทำความเข้าใจกับกระบวนการอื่นๆ เพราะว่าโดยส่วนใหญ่พนักงานจะรู้ปัญหาเฉพาะในพื้นที่ของตนเท่านั้น แต่เมื่อมีการทำผังก้างปลาแล้ว จะทำให้เราสามารถรู้กระบวนการของแผนกอื่นได้ง่ายขึ้น
3. เมื่อต้องการให้เป็นแนวทางใน การระดมสมอง ซึ่งจะช่วยให้ทุกๆ คนให้ความสนใจ ในปัญหาของกลุ่มซึ่งแสดงไว้ที่หัวปลา

วิธีการสร้างแผนผังสาเหตุและผลหรือผังก้างปลา

สิ่งสำคัญในการสร้างแผนผัง คือ ต้องทำเป็นทีม เป็นกลุ่ม โดยใช้ขั้นตอน 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. กำหนดประโยคปัญหาที่หัวปลา
2. กำหนดกลุ่มปัจจัยที่จะทำให้เกิดปัญหานั้นๆ
3. ระดมสมองเพื่อหาสาเหตุในแต่ละปัจจัย
4. หาสาเหตุหลักของปัญหา
5. จัดลำดับความสำคัญของสาเหตุ
6. ใช้แนวทางการปรับปรุงที่จำเป็น

การกำหนดปัจจัยบนก้างปลา

เราสามารถที่จะกำหนดกลุ่มปัจจัยอะไรก็ได้ แต่ต้องมั่นใจว่ากลุ่มที่เรากำหนดไว้เป็น ปัจจัยนั้นสามารถที่จะช่วยให้เราแยกแยะและกำหนดสาเหตุต่าง ๆ ได้อย่างเป็นระบบ และเป็นเหตุเป็นผล โดยส่วนมากมักจะใช้หลักการ 4M 1E เป็นกลุ่มปัจจัย (Factors) เพื่อจะนำไปสู่การแยกแยะสาเหตุต่างๆ ซึ่ง 4M 1E นี้มาจาก

Man คนงาน หรือพนักงาน หรือบุคลากร

Machine เครื่องจักรหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวก

Material วัตถุดิบหรืออะไหล่ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในกระบวนการ

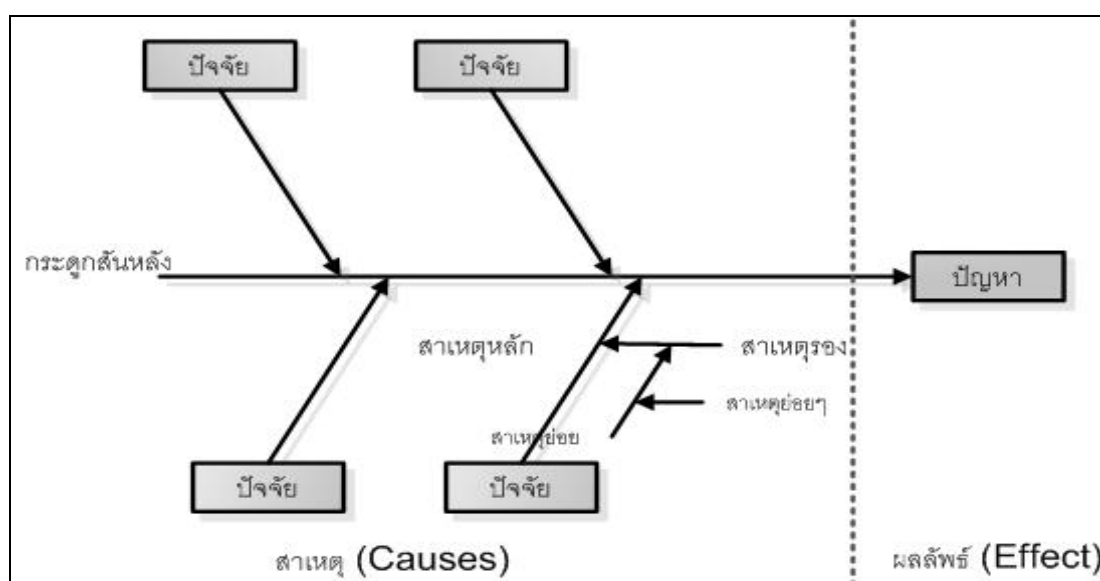
Method กระบวนการทำงาน

Environment อากาศ สถานที่ ความสว่าง และบรรยากาศการทำงาน

การกำหนดหัวข้อปัญหาที่หัวปลา

การกำหนดหัวข้อปัญหาควรกำหนดให้ชัดเจนและมีความเป็นไปได้ ซึ่งหากเรากำหนด ประโยคปัญหานี้ไม่ชัดเจนตั้งแต่แรกแล้ว จะทำให้เราใช้เวลามากในการค้นหาสาเหตุ และจะใช้เวลานาน ในการทำผังก้างปลาการกำหนดปัญหาที่หัวปลา เช่น อัตราของเสีย อัตราชั่วโมงการทำงานของคนที่ไม่มี ประสิทธิภาพ อัตราการเกิดอุบัติเหตุ หรืออัตราต้นทุนต่อสินค้าหนึ่งชิ้น เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า ควรกำหนดหัวข้อปัญหาในเชิงลบเทคนิคการระดมความคิดเพื่อจะได้ก้างปลาที่ละเอียดสวยงาม คือ การถาม ทำไม ทำไม ทำไม ในการเขียนแต่ละก้างย่อยๆ





ภาพประกอบ 2.8 การสร้างผังก้างปลา
ที่มา : วีระวุธ เพ็งชัย (2555)

ส่วนประกอบของผังก้างปลา

ส่วนปัญหาหรือผลลัพธ์ (Problem or Effect) ซึ่งจะแสดงอยู่ที่หัวปลาส่วนสาเหตุ (Causes) จะสามารถแยกย่อยออกได้อีกเป็นปัจจัย (Factors) ที่ส่งผลกระทบต่อปัญหา (หัวปลา) สาเหตุหลัก สาเหตุย่อยซึ่งสาเหตุของปัญหา จะเขียนไว้ในก้างปลาแต่ละก้าง ก้างย่อยเป็นสาเหตุของก้างรองและก้างรองเป็นสาเหตุของก้างหลัก เป็นต้น

หลักการเบื้องต้นของแผนภูมิก้างปลา (Fishbone Diagram) คือ การใส่ชื่อของปัญหาที่ต้อง การวิเคราะห์ ลงทางด้านขวาสุดหรือซ้ายสุดของแผนภูมิ โดยมีเส้นหลักตามแนวยาวของกระดูกสันหลัง จากนั้นใส่ชื่อของปัญหาย่อย ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาหลัก 3-6 หัวข้อโดยลากเป็นเส้นก้างปลา (Sub Bone) ทำมุมเฉียงกับเส้นหลัก เส้นก้างปลาแต่ละเส้นให้ใส่สิ่งที่ทำให้เกิดปัญหานั้นขึ้นมา ระดับของปัญหาสามารถแบ่งย่อยได้ ถ้าปัญหานั้นยังมีสาเหตุที่เป็นองค์ประกอบย่อยลงไปอีก โดยทั่วไปมักจะมีการแบ่งระดับสาเหตุของปัญหาย่อยลงไปมากที่สุด 4-5 ระดับ เมื่อมีข้อมูลในแผนภูมิที่สมบูรณ์แล้ว จะทำให้มองเห็นภาพองค์ประกอบทั้งหมด ที่จะเป็นสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น

สรุป ผังก้างปลาเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ทราบสาเหตุหลัก และสาเหตุย่อยของปัญหาโดยที่สมาชิกในทีมหรือกลุ่ม มีส่วนร่วมในการระดมความคิด ทำให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำหลักการนี้มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม



2.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ

2.3.1 ความหมายของรูปแบบ คำว่า “รูปแบบ” หรือ Model เป็นคำที่ใช้เพื่อสื่อความหมายหลายอย่าง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วรูปแบบจะหมายถึง สิ่งหรือวิธีการดำเนินงานที่เป็นต้นแบบอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น แบบจำลองสิ่งก่อสร้าง รูปแบบในการพัฒนาชนบท เป็นต้น พจนานุกรม Contemporary English ของ Procter (1978) ให้ความหมายไว้ 5 ความหมาย แต่โดยสรุปแล้วจะมี 3 ลักษณะ คือ

1. Model หมายถึง สิ่งซึ่งเป็นแบบย่อส่วนของของจริง ซึ่งเท่ากับ แบบจำลอง
2. Model ที่หมายถึง สิ่งของหรือคนที่นำมาใช้เป็นแบบอย่างในการดำเนินการบางอย่าง เช่น ครูต้นแบบ

3. Model หมายถึง รุ่นของผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ

รูปแบบเป็นสิ่งที่สร้างและพัฒนาขึ้นไว้เป็นแนวทางในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

คัมภีร์ สุตแท้ (2553) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่สร้าง หรือพัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญ ๆ ของเรื่องให้เข้าใจง่ายขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

ปัญญา ทองนิล (2553) ได้กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างที่เกิดจากทฤษฎีประสบการณ์ การคาดการณ์ นำเสนอในรูปของข้อความหรือแผนผัง

มาลี สืบกระแสน (2552: 108-109) รูปแบบมีสองลักษณะ คือ รูปแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น ระบบการปฏิบัติงาน และรูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น รูปแบบอาจแสดงความสัมพันธ์ด้วยเส้นโยงแสดงในรูปแผนภาพหรือเขียนในรูปสมการคณิตศาสตร์ หรือสมการพยากรณ์หรือเขียนเป็นข้อความ จำนวน หรือ ภาพ หรือแผนภูมิหรือรูปสามมิติ

ทิศนา แคมมณี (2550) ได้กล่าวอธิบายความหมายของรูปแบบไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง เครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสร้างมาจากความคิด ประสบการณ์ การใช้อุปมาอุปไมย หรือจากทฤษฎี หลักการต่าง ๆ และแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง

วิลเลอร์ (Willer, 1967: 125) กล่าวว่า รูปแบบ เป็นการสร้างมโนทัศน์ (Conceptualization) เกี่ยวกับชุดของปรากฏการณ์โดยอาศัยหลักการ (Rationale) ของระบบรูปนัย (Formal System) และมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้เกิดความกระจ่างชัดของนิยาม ความสัมพันธ์ และประพจน์ที่เกี่ยวข้อง

พลอตเตอร์ (Procter, 1978: 174) ให้ความหมายคำคำนี้ไว้ใน Longman Dictionary of Contemporary English โดยสรุปแล้วจะมี 3 ลักษณะใหญ่ คือ Model ที่หมายถึงสิ่งซึ่งเป็นแบบย่อส่วนของจริงความหมายนี้ตรงกับภาษาไทยว่า แบบจำลอง เช่น แบบจำลองของเรือดำน้ำ เป็นต้น Model ที่หมายถึงสิ่งของหรือคนที่นำมาใช้เป็นแบบอย่างในการดำเนินการบางอย่าง เช่น ครูแบบอย่าง นักเดินแบบหรือแม่แบบในการวาดภาพศิลป์ เป็นต้น Model ที่หมายถึงแบบหรือรุ่นของผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์รุ่น 864X เป็นต้น



กูต (Good, 2005: 177) ในพจนานุกรมการศึกษาได้รวบรวมความหมายของรูปแบบเอาไว้ 4 ความหมาย คือ

- 1) เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ
- 2) เป็นตัวอย่างเพื่อเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียงภาษาต่างประเทศ เพื่อให้ผู้เรียนได้เลียนแบบ เป็นต้น
- 3) เป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลักการหรือแนวคิด
- 4) เป็นชุดของปัจจัย ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกันซึ่งรวมตัวกันเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจจะเขียนออกมา เป็นสูตรทางคณิตศาสตร์หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้

อาจกล่าวได้ว่า รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองอย่างง่ายหรือย่อส่วนของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้เสนอรูปแบบดังกล่าวได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงหรืออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นหรือในบางกรณีอาจจะใช้ประโยชน์ในการทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนอาจใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป

โดยสรุป รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวแทนของโครงสร้างทางความคิด หรือองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญของเรื่องที่ศึกษา

2.3.2 พัฒนารูปแบบ

ความหมายของพัฒนารูปแบบ

รุ่งนภา จิตรโรจนรักษ์ (2548) พัฒนารูปแบบหรือพัฒนาแบบจำลอง (Model Development) หมายถึง กระบวนการสร้างหรือพัฒนาแบบจำลองตลอดจนการทดสอบรูปแบบที่ดีให้มีคุณภาพ การจะนำไปสู่สถานการณ์ที่ดีในการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบพบว่า การพัฒนารูปแบบนั้นอาจจะมีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วอาจจะแบ่งออกเป็นสองตอนใหญ่ ๆ คือ การสร้างรูปแบบ (Construct) และการหาความตรง (Validity) ของรูปแบบ ส่วนรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนว่ามีการดำเนินการอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะและกรอบแนวคิดซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนั้นๆ ตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ ได้แก่

การพัฒนารูปแบบซึ่งเป็นรูปแบบการควบคุมวิทยานิพนธ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2535: 13) ซึ่งได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ การพัฒนารูปแบบและการทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบ ในส่วนการพัฒนารูปแบบนั้น ดำเนินการโดยวิเคราะห์ลำดับในการทำวิทยานิพนธ์ หลักการเขียนรายงานการวิจัย จุดบกพร่องที่มักจะพบในการทำวิทยานิพนธ์ ฯลฯ แล้วนำองค์ประกอบเหล่านั้นมาสร้างรูปแบบการควบคุมวิทยานิพนธ์ตามลำดับขั้นในการทำวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นจะเป็นขั้นตอนที่ 2 นำรูปแบบดังกล่าวไปทดสอบและประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบ

กล่าวโดยสรุป รูปแบบที่จะนำไปใช้ให้ได้ประโยชน์สูงสุดนั้น ต้องประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ คือ มีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง สามารถทำนายผลได้ สามารถขยายความผลทำนายได้กว้างขวางขึ้นและสามารถนำไปสู่แนวคิดใหม่ ๆ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยนำเอาข้อมูลที่จัดเก็บมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อกำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบ



กำหนดโครงสร้างและข้อเสนอของรูปแบบอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่ผลสรุปเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่มุ่งหวังของการวิจัย และมีการประเมินผลหลังจากการนำรูปแบบไปใช้งานจริง

2.4 แนวคิดการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC)

กระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) แก้ปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์

กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2544) ให้ความหมายว่า เป็นการประชุมระดมสมองที่ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ชัดจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ งานที่ได้จากการประชุมมาจากความคิดของคนทุกคน

Appreciation: A คือ การยอมรับความคิดเห็นความรู้สึกเพื่อนสมาชิก เข้าใจข้อจำกัดของแต่ละคน ไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เป็นประชาธิปไตยร่วมกัน

Influence: I คือ การใช้ประสบการณ์/ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน

Control: C คือ การนำยุทธศาสตร์ วิธีการมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะประเมินว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดและรับไปปฏิบัติด้วยความเต็มใจ เกิดเป็นพันธะสัญญาข้อผูกพันแก่ตนเองเพื่อควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

หลักการที่สำคัญของการทำ A-I-C

- 1) ผู้ทำงานต้องยอมรับว่าผู้อื่นก็มีขีดความสามารถ มีของดี ถ้าเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น
- 2) เคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
- 3) ต้องทำงานเป็นระบบ โดยอาศัยสถิติ ข้อมูลจากนักวิชาการ และประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนั้น ๆ ร่วมกันคิด

ขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A)

คือขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น และแบ่งเป็น 2 ส่วน

A1: การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน

A2: การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร โดยการวาดภาพมีความสำคัญ คือ

1) การวาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้างจินตนาการ คิด วิเคราะห์ จนสรุปมาเป็นภาพ และช่วยให้ผู้ไม่ถนัด ในการเขียนสามารถสื่อสารได้

2) ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูด เพื่ออธิบายภาพซึ่งตนเองวาด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอื่น ๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยน และกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูด ให้มีโอกาสนำเสนอ



3) การรวมภาพของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่ม จะช่วยให้มีความง่ายต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วม ประชุม และสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของภาพ (ความคิด) และมีส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

4) จะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุข และเป็นกันเองในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุม มักมองว่าการ วาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้นวิทยากรกระบวนการจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจ และนำเกมต่าง ๆ เกี่ยวกับการ วางแผน การละลายพฤติกรรมกลุ่ม หรือการวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเอง หรือวาดภาพสิ่งที่ตนเองชอบ ไม่ชอบมาใช้เครื่องมือเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I)

คือ ขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนด วิสัยทัศน์ (A2) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I1: การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2: การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดย

- 1) กิจกรรม หรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่นทำเองได้เลย
- 2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่
- 3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ไม่สามารถดำเนินการได้เองต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C)

คือ ยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C1: การแบ่งความรับผิดชอบ

C2: การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติตนนอกจากนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุม คือ

- 1) รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้ความรับผิดชอบ และเป็นแผนปฏิบัติการ ของหมู่บ้าน ชุมชน
- 2) กิจกรรม โครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริมสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน
- 3) รายชื่อกิจกรรม โครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากร และประสานงานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่าง ๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำ AIC

1) เป็นการพัฒนาค้นหาทักษะชีวิตไปพร้อมกัน อันเป็นคุณลักษณะของคนพัฒนาพร้อมกับได้แผนงานโครงการ

2) เป็นการระดมความคิดสร้างสรรค์ ทำได้ผล แม้ว่าพื้นฐานความรู้และวิถีชีวิตต่างกันมาก



3) การประชุมด้วยวิธีนี้เป็นประจำ คนจะรู้ถูกหรือผิด และปรับปรุงตนเองจากการกระทำอันเป็นทักษะของคนพัฒนาแล้ว เลิกการท่องจำและทำตามสั่งของประธานแบบคนด้อยพัฒนา

4) ผลการประชุม คือ ภารกิจของทุกคนที่ได้นำเสนอ และเลือกกิจกรรมไว้ร่วมกัน เป็นการสร้างความรับผิดชอบที่จะนำไปทำตามบทบาทหน้าที่ของตน ถ้าสร้างจิตสำนึกนี้ได้ งานจะไม่ซ้ำซ้อน ไม่ขาดไม่เกิน ได้งานจากความเชี่ยวชาญของแต่ละคนมารวมกันทำในเรื่องเดียวกัน สู้วิสัยทัศน์เดียวกัน ผลงานเป็นของทุกคน ทำตามบทบาทหรือศักยภาพของตนเอง

จากทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ AIC จะเห็นได้ว่าเป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน ร่วมมือกันในการค้นหาปัญหา หาสาเหตุร่วมกัน วางแผน แบ่งความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา การศึกษารั้งนี้จึงใช้การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดแผนงานในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่มของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีผู้ให้ความหมายและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ไว้หลายราย โดย

ซูเบอร์-สเคอร์ริทท์ (Zuber-Skerritt, 1992: 15) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น โดยปฏิบัติงานเป็นผู้วิจัยเอง ซึ่งสอดคล้องกับความหมายที่คาร์และเคมมิส (Carr & Kemmis, 1986: 87) ได้กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยในขณะปฏิบัติงานโดยผู้ปฏิบัติงานและเพื่อผู้ปฏิบัติงานใน ขณะที่ วีร์สม่า (Wiersma, 1995: 11) ได้กล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการประยุกต์วิจัยชนิดหนึ่งซึ่งมักกระทำโดยครู ผู้บริหารโรงเรียน นักการศึกษา เพื่อช่วยตัดสินใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่โดยไม่สนใจที่จะอ้างอิงผลไปยังส่วนอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดของคูลเบอร์ (Kulbir, 1984: 13) ที่กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่มีอยู่แล้วตามปกติ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างเดิมนั้น ไม่มีการอ้างอิงไปยังกลุ่มอื่น และบุบผา อนันต์สุชาติกุล (2551: 1-7) ได้ให้นิยามกว้าง ๆ ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ “การปฏิบัติงานที่ยังร่ากด้วยการเรียนรู้ในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงงานของตนเองอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้” การปฏิบัติงานที่แผ่ผังหรือยังร่ากด้วยการเรียนรู้นั้น ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นได้ออกแบบการดำเนินการวิจัยโดยพ่วงกระบวนการเรียนรู้ไว้กับการปฏิบัติงาน ทั้งนี้จะเห็นได้จากการปฏิบัติงานตามปกติ นั้น ผู้ปฏิบัติงานที่ด้อยวางแผนการดำเนินงานไว้ล่วงหน้า (Plan) แล้วดำเนินการตามแผนที่วางไว้ (Act) เพื่อให้การปฏิบัติงานใด ๆ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด แต่การปฏิบัติงานเพียง 2 ขั้นตอนดังกล่าว ทำให้ได้เพียงผลงาน ซึ่งไม่มีหลักประกันในคุณภาพที่ดีได้ การปฏิบัติงานเช่นนี้ Alistotle เรียกว่า Practice แต่เมื่อเติมกระบวนการเรียนรู้เข้าไปในสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของตนเองตลอดจนผลที่เกิดตามมา (Observation) แล้วนำสิ่งที่ปฏิบัติรวมทั้งผลที่สังเกตหรือรวบรวมข้อมูลได้มาทบทวนตรวจสอบ (Reflect) จะส่งผลนำมาสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งหากกระทำอย่าง



ต่อเนื่อง ย่อมมีหลักประกันได้ว่าผลงานต้องมีคุณภาพอย่างแน่นอน การปฏิบัติงานที่มีการทบทวนตรวจสอบอย่างต่อเนื่องนี้ เรียกว่า Praxis

สำหรับความหมายที่บ่งบอกลักษณะเฉพาะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีดังนี้

“10 ใช้ -5 ไม่ใช่” ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 10 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้วิจัย (Practitioner-based)
2. เป็นการหาความรู้ของ “ฉัน” (First-person Enquiry)
3. ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ มากกว่าผลลัพธ์ปลายทาง
4. เน้นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มจากตนเอง
5. เป็นวิถีประชาธิปไตย โดยการให้การหาความรู้ไม่ถูกผูกขาดแต่เฉพาะแวดวงวิชาการเท่านั้น

เท่านั้น

6. ผู้ปฏิบัติตระหนักในความรับผิดชอบต่องานที่ปฏิบัติ
7. เน้นที่การปฏิบัติงานที่แฝงด้วยจุดยืนหรือความมุ่งมั่นต่อวิชาชีพ
8. กระบวนการวิจัยประกอบด้วยการปฏิบัติงาน (Action) ที่ฝึกด้วยการเรียนรู้ (Learning) ในลักษณะของวงจรกิจกรรม 4 อย่างคือ วางแผน ดำเนินงานตามแผน สังเกต และทบทวนตรวจสอบ ซึ่งกระทำอย่างต่อเนื่อง

9. มีการตั้งคำถามเชิงวิพากษ์กับสิ่งที่ตนเองคิด และกระทำโดยตลอด

10. มุ่งมั่น และผูกพันกับงานที่ปฏิบัติอย่างจริงจัง

5 ลักษณะที่ไม่ใช่การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีดังนี้

1. การทดลอง
2. ศึกษาเรื่องของคนอื่น หรือสิ่งนอกตัว
3. เน้นวิธีการหาความรู้ในเชิงเทคนิค มากกว่ากระบวนการเรียนรู้
4. อ้างอิงผลการศึกษาสู่ข้อสรุปที่จะใช้เป็นมาตรฐานทั่วไป (Generalization)
5. เน้นประสิทธิภาพการทำงาน และการควบคุม

จากความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า เป็นความหมายที่คล้ายคลึงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมด จึงสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาการปฏิบัติงานที่ปฏิบัติโดยไม่คาดหวังว่าจะอ้างอิงผลไปยังกลุ่มอื่น ๆ ได้หรือไม่

การที่จะเข้าใจความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้อย่างลึกซึ้งและชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้งานได้นั้น เคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) ได้อธิบายลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 21 ข้อ ดังนี้

1. เป็นวิธีสำหรับปรับปรุงการศึกษา โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเรียนรู้จากการเปลี่ยนแปลงนั้น

2. เป็นการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติเอง เพื่อพัฒนางานของตนเองและกลุ่มอาชีพของตนเอง

3. เป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเป็นวงจร เริ่มจากการวางแผนการปฏิบัติตามแผน การสังเกต และการสะท้อนผล เป็นวงจรเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่างานนั้นจะได้รับการปรับปรุงตามที่ต้องการ



4. เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นกระบวนการกลุ่มเป็นหลักจึงจะประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการได้
5. เป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดสังคมแห่งการพัฒนาตนเองและพึ่งตนเอง โดยความร่วมมือระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินการและตัดสินใจได้ด้วยกลุ่มของตนเอง
6. เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบโดยผ่านการปฏิบัติตามที่ได้คิดไตร่ตรองด้วยสติ ปัญญาอย่างรอบคอบ มีการวางแผนเป็นขั้นตอน
7. เป็นวิธีการที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเป็น การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งการปฏิบัติและผลจากการปฏิบัติที่ เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคน
8. เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้บุคคลได้ปฏิบัติตามแนวคิดและข้อสมมติโดยการเก็บ รวบรวมข้อมูลและตรวจสอบผลที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติต่อไป
9. เป็นวิธีการที่เปิดกว้างสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกแง่มุม ไม่เฉพาะแต่ข้อมูล ที่จะใช้อธิบายข้อเท็จจริงเท่านั้น
10. เป็นวิธีการที่เน้นการเก็บข้อมูลทั้งกระบวนการการปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้นในทุกแง่มุม
11. เป็นกระบวนการทางการเมือง เนื่องจากการวิจัยเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น
12. เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเข้มข้นและจริงจังทั้ง ในเรื่องของบุคคลและสถาบัน เพื่อทำความเข้าใจและก่อให้เกิดการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
13. ควรเริ่มวิจัยจากจุดเล็ก ๆ โดยการเปลี่ยนแปลงตนเองก่อน จากนั้นจึงเปลี่ยนแปลง ชั้นเรียน โรงเรียน และชุมชน
14. ควรเริ่มจากวงจรการปฏิบัติเล็ก ๆ คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผนการสังเกต และการสะท้อนผล ก่อนที่จะขยายวงกว้างต่อไป
15. ควรเริ่มจากความร่วมมือกันของกลุ่มเล็ก ๆ จากนั้นจึงขยายไปสู่ความร่วมมือ ระดับสถาบันและชุมชน
16. เป็นวิธีการที่จะช่วยให้สามารถบันทึกเหตุการณ์ความก้าวหน้าต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งเหตุการณ์และความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
17. เป็นวิธีการที่จะช่วยให้สามารถอธิบายและให้เหตุผลเกี่ยวกับการดำเนินงาน ด้านการศึกษา แก่ผู้อื่นได้อย่างน่าเชื่อถือ
18. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่สิ่งที่ปฏิบัติอยู่ตามปกติ แต่เป็นการปฏิบัติอย่างเป็น ระบบมีความร่วมมือกันของกลุ่มในการพัฒนางานอย่างชัดเจน
19. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่กระบวนการแก้ปัญหาง่าย ๆ ที่เกิดขึ้นในชั้นเรียน แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้และทำความเข้าใจปัญหาและแก้ปัญหาเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ให้ดีขึ้น
20. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่การวิจัยที่นักวิชาการหรือนักวิจัยภายนอกที่อ้างตนว่า เป็นผู้เชี่ยวชาญเข้ามาศึกษาในชั้นเรียน แล้วสรุปเป็นความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติ



21. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ไม่ใช่การทดสอบสมมติฐาน ด้วยวิธีการทางสถิติจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาข้อสรุป ไม่อ้างผลจากกลุ่มตัวอย่างไปสู่ประชากร เหมือนการวิจัยอื่น ๆ แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการเน้นวิธีการทางสังคมศาสตร์หลาย ๆ วิธีร่วมกัน เพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์มากกว่าการอธิบายหรือตีความสถานการณ์

คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (มาร์ตี วิทยาดารงชัย, 2549: 33 – 38) คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่แตกต่างจากระเบียบวิธีการอื่น โดยมีแนวคิดพื้นฐาน คือ เป็นการศึกษาปรากฏการณ์นิยม จากการเปลี่ยนแปลง โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกับนักวิจัย ร่วมกันกำหนดปัญหา และปฏิบัติการวิจัย นับตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนดำเนินการปฏิบัติการและขั้นตอนประเมินผล เครื่องมือแก้ปัญหาที่เน้นด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ บทบาทผู้มีส่วนได้เสีย ร่วมกับนักวิจัยมีบทบาทสำคัญในกระบวนการวิจัย วางแผนปฏิบัติการ นำแผนไปปฏิบัติ การประเมินผล และการปรับปรุงแผนใหม่โดยอาศัยความร่วมมือระดับผู้ร่วมวิจัยทุกฝ่ายเกลี่ยวงจรถัดขึ้นหลายวงจรนี้เกิดจากการกำหนดแผนการปฏิบัติ (Action Plan) จะต้องมีคามยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ เพราะสภาพความเป็นจริงของสังคม มีความซับซ้อนไม่อาจคาดคะเนการปฏิบัติที่จำเป็นล่วงหน้าทุกอย่าง การปฏิบัติและการสะท้อนการปฏิบัติ จึงเป็นการกระทำที่คาบเกี่ยวกัน เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอยู่ในลักษณะของวงจรกิจกรรม 4 อย่าง ที่ไม่มีจุดเริ่มต้นแน่นอนตายตัว ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning=P) 2) การดำเนินกิจกรรมตามแผน (Action=A) 3) การรวบรวมข้อมูล (Observation = O) หมายถึง การบันทึกผลการปฏิบัติงานและการวัดผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติ เป็นระยะ และ 4) การทบทวน ไตร่ตรองหรือไตร่ตรอง (Reflection=R) ในสิ่งที่ได้ดำเนินการไป ทั้งในระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการหรืออาจเรียกว่าเป็นการถอดสิ่งที่เรียนรู้จากการปฏิบัติ ทั้ง 4 กิจกรรมนี้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เป็นวัฏจักรหมุนเวียนซ้ำกิจกรรมเดิมไปเรื่อยๆ โดยหลังจากที่มีการทบทวนสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วแต่ละครั้ง จะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่นำมาสู่การปรับแผนการดำเนินงานในครั้งต่อไป

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนที่สำคัญในการดำเนินการดังนี้

1. การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัย และกลุ่มที่ทำการวิจัย จะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นในห้องเรียนซึ่งจะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพของปัญหาควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ คือ ผู้สอน ผู้เรียน เนื้อหาวิชาและสภาพแวดล้อม

2. เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก้ไขในการศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะของปัญหา แล้วสร้างสมมติฐานของการวิจัยในรูปแบบของข้อความต้องการที่จะประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการ หรือกับทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

3. เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือจะมี 2 ลักษณะคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติ หรือฝึกหัดตามวิธีการ เช่น อุปกรณ์การเรียน การสอน แบบฝึกหัด เป็นต้น และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น



4. บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและเป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการ คือในขั้นตอนของการวางแผนการปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อบันทึกเพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านต่าง ๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจความถูกต้อง แสดงรายละเอียดอธิบายสถานการณ์ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่าง และคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้วิจัย

6. ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มผู้วิจัยได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ ผล และวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์กำหนดไว้และจะก่อประโยชน์สูงสุดโดยสรุปประมวลเป็นหลักการ รูปแบบ ของการปฏิบัติ หรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี หรือทฤษฎี ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยาโดยวิธีอุปนัย และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (มารตี วิทยาดำรงชัย, 2549: 33 – 38 อ้างอิงจาก Holter & Schwart, 1993)

1. ความร่วมมือในด้านเทคนิค (Technical Collaborative Approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิธีนี้มีเป้าหมายเพื่อทดสอบแบบแผนการแก้ปัญหาที่สร้างตามกรอบทฤษฎีที่มีอยู่แล้วเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้หรือไม่ นักวิจัยได้กำหนดปัญหาล่วงหน้ารวมถึงระบุการเปลี่ยนแปลงและแผนปฏิบัติที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive Knowledge) ซึ่งช่วยตรวจสอบความตรง (Validation) และปรับแต่งทฤษฎีที่ใช้ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ความร่วมมือที่มีเป้าหมายเดียวกัน (Mutual Collaborative Approach) เป็นการวิจัยที่นักวิจัยและผู้ปฏิบัติร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหาคือเป็นไปได้ภายในสถานการณ์ที่ศึกษา จนเกิดความเข้าใจในมุมมองใหม่ร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุ ตลอดจนแผนสำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลง มักเป็นการใช้วิธีการอุปมาน (Induction Approach) เป็นส่วนใหญ่ การวิจัยช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมีความคงทน แต่เกิดเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น แบบแผนการแก้ปัญหามักไม่สามารถดำรงอยู่ได้เมื่อบุคคลที่เกี่ยวข้องออกจากระบบไปหรือมีบุคคลใหม่หลายคนเข้ามาในระบบ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นความรู้เชิงบรรยาย (Descriptive Knowledge) และนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่

3. การสร้างเสริมให้บุคคลสะท้อนคิดปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement Approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีเป้าหมาย 2 ประเภท คือ ลดช่องว่างระหว่างปัญหาที่พบในสถานการณ์เฉพาะกับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและแก้ปัญหาเหล่านั้น และเพื่อการช่วยเหลือผู้ปฏิบัติในการค้นหาปัญหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นรากฐาน (Fundamental Problem) โดยการปลุกกระตุ้นการรู้สติของกลุ่ม (Collective Consciousness) การวิจัยวิธีการส่งเสริมการค้นหาปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างลึกซึ้งจนเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความแตกต่างระหว่างข้อตกลงเบื้องต้นของการปฏิบัติที่มีการกำหนดไว้และหลักเกณฑ์ที่ไม่ได้กำหนดไว้ แต่เป็นสิ่งที่กำกับการปฏิบัติที่เป็นอยู่ ผู้วิจัยเอื้ออำนวยให้ผู้ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล องค์กร



ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น การวิจัยนี้ช่วยให้ได้ทฤษฎีเฉพาะและมีการสร้างวัฒนธรรมการปฏิบัติใหม่ ซึ่งมีแบบแผนการปฏิบัติและความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเชิงทฤษฎีที่เป็นสิ่งใหม่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความถาวร ความรู้ที่ได้มีความรู้เชิงบรรยายและความรู้เชิงทำนาย (Descriptive and Predictive Knowledge)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน ปฏิบัติตามแผน การสังเกต การสะท้อนผล ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ให้มีคุณภาพทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6.1 งานวิจัยภายในประเทศ

สำราญ อนุเวช (2549: 90-92) ได้ศึกษาการพัฒนาการจัดการระบบข้อมูลเมืองไทย แข็งแรงของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ภายหลังการพัฒนา เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเมืองไทยแข็งแรงของศูนย์สุขภาพชุมชน มีการปฏิบัติในเรื่องการจัดการระบบข้อมูลด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านการนำเข้าข้อมูล และด้านการประมวลผลและนำเสนอข้อมูลมากกว่าก่อนการพัฒนา

กิตติศักดิ์ คะชาวงศ์ (2550: 67-68) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้วัฏจักรเดมมิงในการจัดการคุณภาพฐานข้อมูลสถานีนามัย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยหลังได้รับโปรแกรมการทดลอง “การประยุกต์ใช้วัฏจักรเดมมิงในการจัดการคุณภาพฐานข้อมูลของสถานีนามัย” โดยการอบรมการใช้โปรแกรม HCIS การจัดการฐานข้อมูล และการฝึกปฏิบัติกับข้อมูลจริง พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีนามัย มีความรู้ ความเข้าใจในระบบงานฐานข้อมูลของสถานีนามัยที่มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง

ณัฐกร จันทรัตน์ (2550: 40) ศึกษาการตรวจสอบฐานข้อมูลด้านสาธารณสุข (18 แฟ้ม มาตรฐาน) ในระดับสถานีนามัย จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า โดยภาพรวมสถานีนามัย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ส่วนใหญ่สามารถส่งข้อมูล 18 แฟ้ม ได้ครบถ้วนทันต่อเวลา (ร้อยละ 77.46) ประมาณครึ่งหนึ่งของสถานีนามัยทั้งหมด มีความครบถ้วนของข้อมูล 18 แฟ้มสถานีนามัย ในระดับดีเยี่ยม (ร้อยละ 99-100) แฟ้มข้อมูลที่มีระดับความสมบูรณ์ต่ำกว่า ร้อยละ 90 มี 7 แฟ้ม ได้แก่ NUTRI PP SURVIEL SERVICE DEATH PERSON WOMEN พบว่า มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐานบ่งบอกถึงความซ้ำซ้อน และความหลากหลายของรายการข้อมูลบริการชนิดนั้น ซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากในการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย

ชื่นจิต ทรายลอย (2551: 64-67) ได้ศึกษาความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม ของสถานีนามัย จังหวัดชัยนาทพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของข้อมูล คือ การมอบหมายหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การนิเทศงานมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และปัจจัยด้านทัศนคติโดยรวมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบจัดทำข้อมูล 18 แฟ้ม ของสถานีนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม ของสถานีนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)



คุณวัฒน์ มาป้อง และประกานต์ พัฒนสมบูรณ์ (2551: 113) ศึกษากระบวนการสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขตามชุดมาตรฐานข้อมูลสถานีนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน (18 แห่ง) ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาและพัฒนาระบบสารสนเทศนี้สามารถนำไปใช้งานได้จริงในหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด โดยได้นำไปใช้งานแล้วที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ทำให้มีข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุข เช่น ครั้วเรือน บุคคล รวมทั้งข้อมูลการให้บริการประชาชน สามารถนำมาทำเป็นรายงานประกอบการตัดสินใจรวมทั้งใช้ทำรายงานในการส่งรายงานประจำเข้า ส่วน กลางได้อีกด้วยระบบสารสนเทศที่พัฒนานี้เป็นต้นแบบ และแนวทางให้เห็นว่าสามารถนำเอาข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติงานประจำ โดยการให้บริการประชาชนในหน่วยงานสถานีนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน มาใช้ประโยชน์ในการประมวลผล และประกอบการตัดสินใจได้ และยังทำให้มองเห็นภาพว่าต้องการข้อมูลส่วนใดเพิ่มเติมอีกบ้างนอกเหนือจาก 18 แห่ง ข้อมูลเพื่อจะได้ทำให้เป็นคลังข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ที่จะทำให้วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดได้ถูกต้องมากขึ้น

ประดิษฐ์ ศิริสอน (2551: 124-127) ได้ศึกษาแผนการประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) ในการบริหารจัดการระบบข้อมูลรายงานเอดส์ให้มีประสิทธิภาพ จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการคิดค้นหาปัญหา 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการแก้ไขพัฒนางานเอดส์และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับและประเมินผล เนื่องจากได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการของการทำงาน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในภาพรวมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านเอดส์ การดำเนินงานจึงเป็นระบบมากขึ้น

ศศิธร ไชยสัจ (2554: 55-72) ศึกษาการจัดการคุณภาพฐานข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ โดยดำเนินการตามวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมิง ในการจัดการคุณภาพฐานข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในพบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานจัดการคุณภาพฐานข้อมูลเมื่อพิจารณาด้านคุณภาพฐานข้อมูล ด้านความครบถ้วน ด้านความถูกต้อง และด้านความทันเวลา พบว่าคุณภาพฐานข้อมูลทั้ง 3 ด้าน เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อรรถพงษ์ ดีเสมอ (2554: 99) ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยทะเบียนในจังหวัดสุรินทร์ โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control = A-I-C) ร่วมกับแนวคิดของ Stephen Kemmis & McTaggart ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการพัฒนากระบวนการสร้างรูปแบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ปฏิบัติงานลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) และผลการลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความถูกต้องเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$)



วิทยา พลาอาด และคณะ (2554: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล พบว่า ระดับคุณภาพข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 38.40, S.D. = 8.46) ส่วนปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ได้แก่ การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว จำนวนภาระงานที่ได้รับผิดชอบ และการได้รับการอบรม ตามลำดับ โดยสามารถ ร่วมกันพยากรณ์ได้ ร้อยละ 4.4 สรุป ปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในทางบวก คือ การใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัว และการได้รับการอบรม ส่วนปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในทางลบ คือ จำนวนภาระงานที่ได้รับผิดชอบ สำหรับปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวพบว่า บุคลากรไม่พอเพียง (ขาดบุคลากร 1-3 คน) ร้อยละ 84.30 รองลงมา บุคลากรขาดความรู้ ร้อยละ 76.00 ไม่มีเวลาดำเนินการ ร้อยละ 75.90 งบประมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 67.60 และอุปสรรคที่ ระบุน้อยที่สุด คือ การจัดสรรงบประมาณไม่เป็นธรรม ร้อยละ 7.40 ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูล สำหรับผู้บริหารหน่วยงาน ในการกำหนดนโยบาย การนิเทศติดตาม และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ

วีระวุธ เพ็งชัย (2555: 65-87) ศึกษาการจัดการคุณภาพฐานข้อมูลการให้บริการวัคซีนตามระบบฐานข้อมูล 18 แฟ้มในสถานอนามัย อำเภอนนทบุรี จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้วงจรคุณภาพของเดมिंग (P D C A) ร่วมกับแนวคิดการจัดการคุณภาพข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการวางแผนของเจ้าหน้าที่ผู้ร่วมวิจัย ผลการวิจัย ก่อนการดำเนินการพัฒนา พบว่า เจ้าหน้าที่มีปัญหาในการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง หมดเวลา ขาดคู่มือแนวทางในการดำเนินการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน การกำหนดรหัสวัคซีนไม่ถูกต้อง ไม่ได้ปรับปรุงโปรแกรมบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่พร้อมใช้งาน จึงได้ดำเนินการตามวงจรคุณภาพ PDCA โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ร่วมวิจัย ในการดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ แนวทางแก้ไข จัดทำแผนงานในการดำเนินการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง การนิเทศติดตาม การประเมินผล และการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงาน ซึ่งผลปรากฏว่า คุณภาพข้อมูลหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยคะแนนร้อยละความครบถ้วน ถูกต้อง หมดเวลาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

สุจรรยา ทั้งทอง (2556: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ คุณภาพข้อมูลสุขภาพระดับบุคคล ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพ (21 แฟ้ม) คุณภาพข้อมูลสุขภาพระดับหมู่บ้าน การฝึกอบรมของ CUP การบรรณาธิการข้อมูล และการรวบรวมข้อมูล โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 49 ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ด้านความรู้ และทักษะในการบันทึกข้อมูลที่มีการปรับปรุงรหัสการบันทึก และเวอร์ชันของโปรแกรม ด้านภาระงานที่มีมากทำให้บันทึกข้อมูลไม่ทัน ด้านขวัญกำลังใจและแรงจูงใจ และด้านการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต



2.6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

จากการที่ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศพบว่า มีงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพข้อมูลสุขภาพ มีดังนี้

Mitchell & Larson (1987: 156) ได้ศึกษาถึงการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยการจัดทำรายงานคุณภาพข้อมูลสุขภาพ พบว่า การอบรมให้ความรู้ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการปฏิบัติงานที่ถูกต้องของบุคคล ดังนั้น จึงควรจัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง

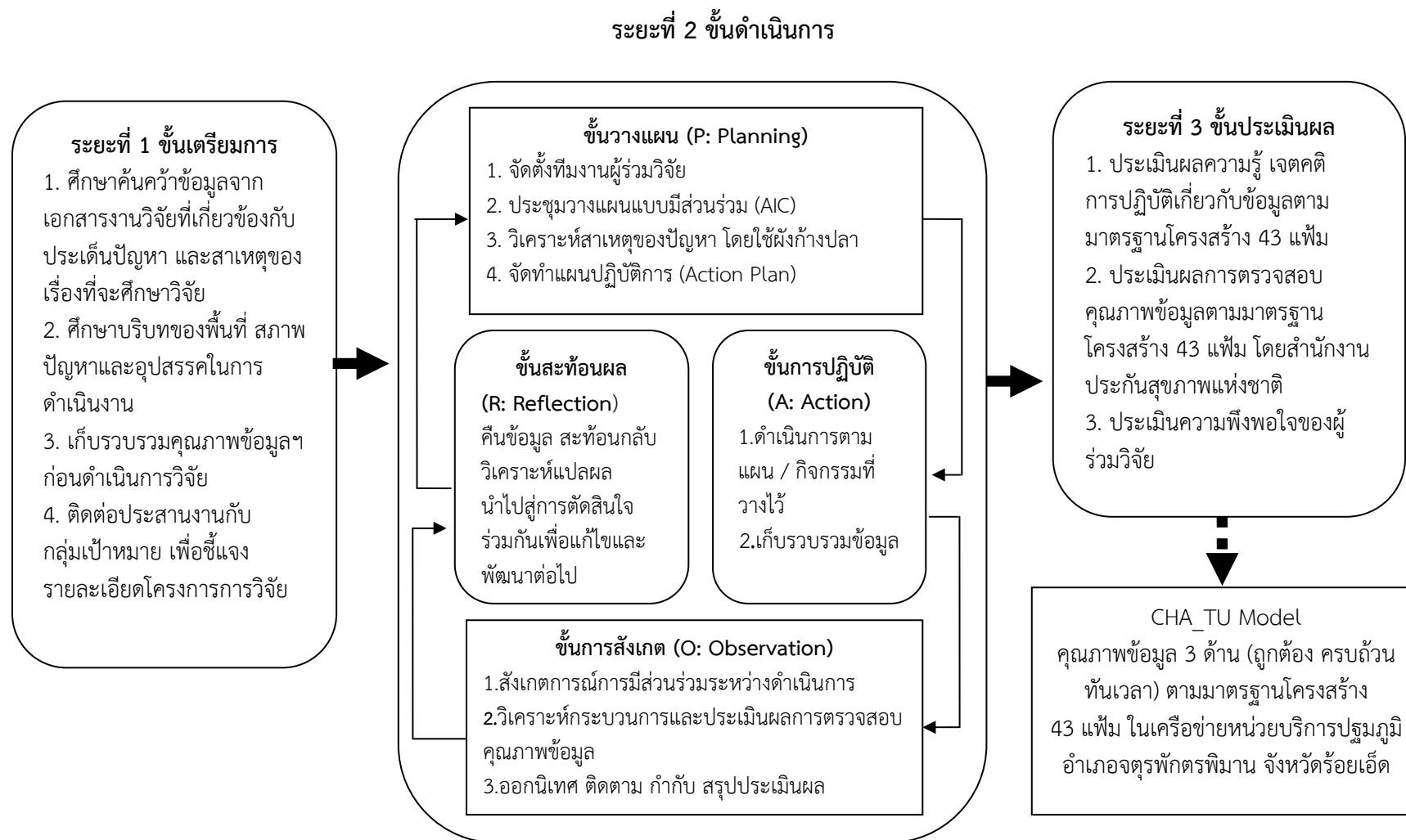
Kerr, Norris & Stockdale (2008: 259-266) ศึกษากลยุทธ์ในการจัดการคุณภาพข้อมูลการดูแลสุขภาพ เป็นการวิจัยเพื่อขยายและทดสอบหลักการสร้างแนวทางปฏิบัติโดยการใช้กลยุทธ์ในการจัดการคุณภาพข้อมูลการดูแลสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยมีการกำหนดและควบคุมคุณภาพข้อมูลในรูปแบบของข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ ประเทศนิวซีแลนด์ เพื่อให้เกิดกลไกและกรอบแนวทางในการจัดการข้อมูลที่ดี และป้องกันการผิดพลาดที่จะเกิดกับข้อมูลในทุกวันที่มีการดำเนินกิจกรรมในองค์กรโดยการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยอาศัยข้อมูลสุขภาพของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งพบว่าระบบการดูแลสุขภาพยังมีความซับซ้อนทางการเมืองและความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการปรับปรุงผลลัพธ์ และประสิทธิภาพของงานดูแลสุขภาพด้วย

Weiskopf & Weng (2012: 144-151) ได้ศึกษาวิธีการและมิติของการบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) การประเมินคุณภาพของข้อมูลสำหรับการนำมาใช้ใหม่ในการวิจัยเชิงคลินิก ผลการศึกษามี 5 มิติ ในการระบุถึงการมีคุณภาพของข้อมูล คือ ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง ความสอดคล้อง ความน่าเชื่อถือ และ ความเป็นปัจจุบัน และ มี 7 วิธีในการประเมินคุณภาพของข้อมูล คือ การเปรียบเทียบกับมาตรฐาน, เนื้อหาของข้อมูล, แหล่งของข้อมูล, การเปรียบเทียบ/การกระจายของข้อมูล, การตรวจสอบความถูกต้อง, การทบทวนข้อมูล, การนำเสนอข้อมูล

Jones และคณะ (2010: SP64-71) ได้ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพ โดยการใช้การบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) ในโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาความพร้อมใช้งานของ Basic EHR มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย CHF (เพิ่มขึ้น 2.6% ที่ค่าความเชื่อมั่น 95%)



2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา ผู้วิจัยจึงได้นำเอาแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวมาในบทที่ 2 มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยที่กำหนดไว้ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย
- 3.5 การดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

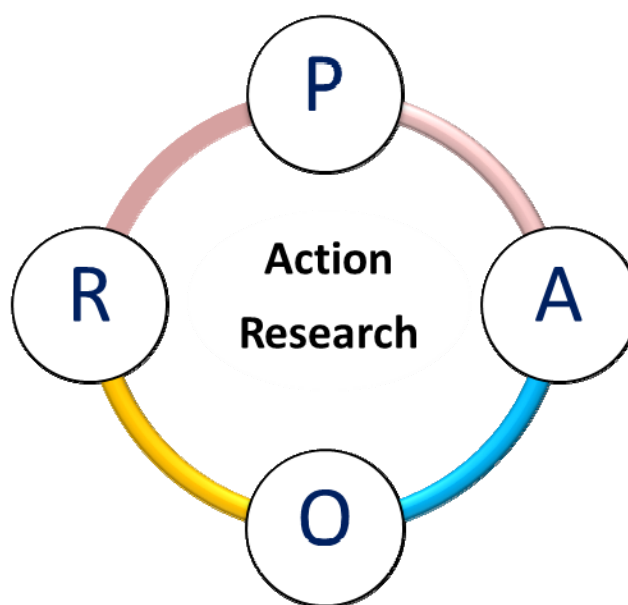
3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และ แม็คแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1990) เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) เพื่อพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพข้อมูลให้ดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Plan)
2. ขั้นการปฏิบัติ (Action)
3. ขั้นการสังเกต (Observation)
4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

โดยวิธีการของการวิจัยปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานที่เป็นวงจรแบบเกลียวสว่าน 1 วงรอบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) เพื่อให้เกิดการปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นในวงจรต่อไปอย่างต่อเนื่อง และเป็นวงรอบจนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือแก้ปัญหาได้สำเร็จ ดังรูปแบบการวิจัย 3.1





ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดส่งข้อมูล และผู้รับผิดชอบงานตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวนทั้งหมด 203 คน

3.2.2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 46 คน โดยการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 20 คน ประกอบด้วย
 - 1.1 ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลและสารสนเทศ จำนวน 2 คน
 - 1.2 ผู้ดูแลระบบและรับผิดชอบโปรแกรม HOSxP จำนวน 2 คน
 - 1.3 ผู้ปฏิบัติที่รับผิดชอบงานให้บริการในแต่ละแฟ้มข้อมูล จำนวน 10 คน
 - 1.4 ผู้บริหาร ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 6 คน
- 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (แห่งละ 2 คน) จำนวน 24 คน ประกอบด้วย
 - 2.1 ผู้ดูแลระบบข้อมูล 43 แฟ้ม รับผิดชอบหลัก จำนวน 12 คน
 - 2.2 ผู้ดูแลระบบข้อมูล 43 แฟ้ม รับผิดชอบรอง จำนวน 12 คน
- 3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน คือ
 - 3.1 ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลและสารสนเทศระดับอำเภอ จำนวน 1 คน



4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน คือ

4.1 ผู้ดูแลระบบและรับผิดชอบฐานข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด จำนวน 1 คน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างวิจัย
- 2) ผู้ที่เสียชีวิตช่วงวิจัย
- 3) ผู้ที่ไม่สมัครใจ ขอถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

3.2.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ พฤศจิกายน 2558 – สิงหาคม 2559

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีจำนวนทั้งหมด 5 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากร ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และอุปสรรคปัญหาข้อเสนอแนะในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม | จำนวน 16 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการคุณภาพข้อมูล | |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 10 ข้อ |

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน ความตระหนักในการปฏิบัติ การได้รับมอบหมายงาน การได้รับนิเทศติดตาม การได้รับการอบรมชี้แจง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม จำนวน 16 ข้อ

คำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 คำตอบ คือ ใช่และไม่ใช่ และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การกำหนดคะแนนคือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์คะแนนที่ได้เป็น 3 ระดับ คือ

- | | |
|---------------------|---|
| ระดับความรู้ต่ำ | หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 |
| ระดับความรู้ปานกลาง | หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 |
| ระดับความรู้สูง | หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป |

(สุ่มทนาย กลางการ และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end Question) มีการวัดแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ คือ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจาก 5 ตัวเลือก โดยมีระดับความรู้สึก ตั้งแต่ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นบวก คือ ข้อที่ 2-10 และข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นลบ คือ ข้อที่ 1 โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้



เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นบวก จะเป็นดังนี้

ระดับความรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน 5
ระดับความรู้สึกเห็นด้วย	มีค่าคะแนน 4
ระดับความรู้สึกไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน 3
ระดับความรู้สึกไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน 2
ระดับความรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน 1

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นลบ จะกลับกันดังนี้

ระดับความรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน 1
ระดับความรู้สึกเห็นด้วย	มีค่าคะแนน 2
ระดับความรู้สึกไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน 3
ระดับความรู้สึกไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน 4
ระดับความรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน 5

เกณฑ์วัดระดับเจตคติของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม จะแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งของเบสท์ (Best, 1977: 174) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33	หมายถึง	ระดับเจตคติไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.66	หมายถึง	ระดับเจตคติด้านกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.67 - 5.00	หมายถึง	ระดับเจตคติดี

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end Question) มีการวัดแบบประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ คือ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจาก 4 ตัวเลือก โดยมีระดับการปฏิบัติ ตั้งแต่ปฏิบัติประจำ-ไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นบวก คือ ข้อที่ 1-10 โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติประจำ	มีค่าคะแนน 4
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	มีค่าคะแนน 3
ปฏิบัติบางครั้ง	มีค่าคะแนน 2
ไม่เคยปฏิบัติ	มีค่าคะแนน 1

เกณฑ์วัดการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม จะแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งของเบสท์ (Best, 1977: 174) ดังนี้

$$\begin{aligned} \frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{4 - 1}{3} \\ &= 1.00 \end{aligned}$$



คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.00	หมายถึง	ระดับการปฏิบัติต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	2.01 - 3.00	หมายถึง	ระดับการปฏิบัติปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.01 - 4.00	หมายถึง	ระดับการปฏิบัติดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับอุปสรรคปัญหา และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open-end Question)

ฉบับที่ 2 แบบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ประกอบด้วยรายการแฟ้มข้อมูลทั้งหมด 43 แฟ้มข้อมูล เพื่อบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา

ฉบับที่ 3 แบบบันทึกสังเกตการณ์มีส่วนร่วมระหว่างดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ฉบับที่ 4 แบบบันทึกผลการสรุปกิจกรรม (ถอดบทเรียน) AAR (After Action Review)

ฉบับที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย ในการดำเนินการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

3.4.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษามีขั้นตอนดังนี้

3.4.1.1 ศึกษาเนื้อหาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เอกสาร ตำราวิชาการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.4.1.2 ศึกษาแนวทางการดำเนินงานข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

3.4.1.3 ศึกษาแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

3.4.1.4 ศึกษาเทคนิคกระบวนการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพข้อมูล ด้วยเทคนิคกระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control = A-I-C) ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control: C)

3.4.1.5 นำเนื้อหา เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบในการสร้างเครื่องมือ

3.4.1.6 นำเครื่องมือ คือ แบบสอบถาม เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข แล้วนำกลับมาปรับปรุงแก้ไข

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

3.4.2.1 แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสร้างเสร็จแล้วนำไปเสนอประธานกรรมการ และกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจนทางภาษา และความถูกต้องตรงตามเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

3.4.2.2 นำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ และมีประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1) ดร.ดวงเดือน ศรีมาตี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง อำเภอมือสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด



2) นายสุตใจ สีหามาม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอพือชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

3) นายยุทธนา ผือโย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยุทธพิตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง และความเป็นปรนัยของข้อคำถามและคำตอบ (Content and Construct Validity Analysis) โดยการหาความตรงและครอบคลุมตามเนื้อหา และโครงสร้าง ที่ต้องการจะวัดของแบบสอบถาม แต่ละข้อและรวมทุกข้อเป็นเครื่องมือทั้งชุด จากผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดให้คะแนนผลการพิจารณาตัดสิน ดังนี้ กำหนดให้ตัวแปรการวิจัย หมายถึง ข้อมูลที่ต้องการศึกษา

ให้ +1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยจากผลการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างได้จากสูตรของ Rowinelli & Hambleton (อรรถพงษ์ ดีเสมอ, 2554 อ้างอิงจาก Rowinelli & Hambleton, 1977)

$$IOC = \sum R / N$$

IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

R แทน คะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (อรรถพงษ์ ดีเสมอ, 2554 อ้างอิงจาก Rowinelli & Hambleton, 1977) กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน พบว่ามีค่า IOC เท่ากับ 0.89 (อยู่ในช่วง 0.66-1.00)

3.4.2.3 การตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity Check) โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและตรวจความชัดเจนของภาษาที่ใช้เขียนคำถามคำตอบ และคำชี้แจงในการตอบ รวมทั้งความถูกต้องสมบูรณ์ของคำตอบที่มีให้เลือกหาพบว่าขาดความชัดเจนของภาษาและความถูกต้อง ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะพิจารณาให้ข้อชี้แนะในการปรับปรุงแก้ไขคำถามคำตอบและคำชี้แจงในการตอบให้มีความชัดเจนของภาษาและความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.4.2.4 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำเครื่องมือที่แก้ไขถูกต้องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน และเป็นประชากรที่อยู่ในพื้นที่มีลักษณะโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม การดำรงชีวิต และขนาด คล้ายคลึงกับพื้นที่ที่ทำการวิจัยเพื่อทำการทดสอบความเข้าใจของภาษา ความชัดเจนของคำถาม คือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอยุทธพิตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด สถิติการหาคุณภาพเครื่องมือโดยแบบวัดความรู้อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด สถิติการหาคุณภาพเครื่องมือโดยแบบวัดความรู้ ค่าความเชื่อมั่น



หาโดยวิธี Kuder–Richardson Formula (Kuder–Richardson Formula 20 : KR20) ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการคำนวณควรมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความเชื่อมั่น (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) พบว่า แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติ มีความค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แบ่งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย เป็น 3 ระยะ ดังนี้

3.5.1 ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

3.5.1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวบรวมความรู้แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา และสาเหตุของเรื่องที่จะศึกษาวิจัย

3.5.1.2 ศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

3.5.1.3 เก็บรวบรวมคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ก่อนดำเนินการวิจัย

3.5.1.4 ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การจัดส่งข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือ และชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.2 ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ

ในขั้นตอนการดำเนินการ ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) ใน 1 วงรอบ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลให้ดีขึ้น ดังนี้

3.5.2.1 ขั้นวางแผน (P: Planning) มีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1) จัดตั้งทีมงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในดำเนินการจัดการคุณภาพข้อมูล
2) ประชุมร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยใช้การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC)

3) คัดเลือกสาเหตุของปัญหา โดยใช้แผนผังสาเหตุและผลหรือผังก้างปลา (Cause and Effect Diagram) หรือผังก้างปลาในการวิเคราะห์ และคัดเลือกสาเหตุของปัญหาที่จะดำเนินการแก้ไข โดยคำนึงถึงต้องเป็นสาเหตุที่แท้จริง สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ในระยะยาวและยั่งยืน องค์กรมีความพร้อมในการแก้ไขปัญหา ไม่ส่งผลกระทบต่อองค์กรในด้านอื่นๆ และต้องมีความคุ้มค่า

4) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา



3.5.2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (A: Action) มีขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนงานหรือกิจกรรมที่วางไว้

3.5.2.3 ขั้นการสังเกต (O: Observation) มีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

- 1) รับผลการตรวจสอบข้อมูลจาก สปสช.
- 2) สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมระหว่างดำเนินการ
- 3) วิเคราะห์กระบวนการและประเมินผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล
- 4) ออกนิเทศติดตามในหน่วยงานหรือจุดบริการที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตาม

แนวทางที่กำหนด

3.5.2.4 ขั้นสะท้อนผลเพื่อแก้ไขปรับปรุง (R: Reflection) มีขั้นตอนดังนี้

1) นำผลการตรวจสอบข้อมูลจาก สปสช. มาวิเคราะห์แปลผลนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันของกลุ่มผู้ร่วมวิจัยว่าพึงพอใจกับการดำเนินงานหรือไม่ ซึ่งหากผลการประเมินพบว่าคุณภาพข้อมูลดีกว่าก่อนดำเนินการพัฒนา ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันเขียนคู่มือ แนวทางปฏิบัติ เพื่อจะได้เป็นมาตรฐานการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน เพื่อใช้เป็นแนวทาง และเป็นมาตรฐานในการดำเนินงานต่อไป

2) หากยังต้องการพัฒนาเพิ่มขึ้น นำผลการตรวจสอบเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อวางแผนในการดำเนินการแก้ไขในรอบที่ 2 ต่อไป

3.5.3 ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล

3.5.3.1 เปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.5.3.2 ประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยจัดเก็บโดย

3.6.1.1 นำผลการตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลจาก สปสช. ในเว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th/op> แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน โดยจัดเก็บก่อนและหลังดำเนินการวิจัย

3.6.1.2 ข้อมูลด้านความครบถ้วน ใช้ข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเดือนนั้นๆ ส่งข้อมูลออก 43 แฟ้ม ถึง สสจ. และ สปสช. มีการตรวจสอบว่ามีข้อมูลครบทุกคอลัมน์ตามโครงสร้างมาตรฐาน โดยตรวจสอบผ่านโปรแกรมตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น (OPPP2010) และทำการเปรียบเทียบข้อมูลกับทะเบียนรายงานประจำเดือนของหน่วยงานนั้นๆ

3.6.1.3 ข้อมูลด้านความทันเวลา ใช้ข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเดือนนั้นๆ ที่ส่งทันตามเวลาที่กำหนด คือ ภายใน 30 วัน หลังจากวันสุดท้ายของเดือนที่ให้บริการ ซึ่งตรวจสอบจากฐานข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด (HDC) และ สปสช. ทางเว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th/op> โดยจัดเก็บก่อนและหลังดำเนินการวิจัย



3.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพจัดเก็บโดยผู้วิจัยโดยการสัมภาษณ์ และสังเกตการณ์

3.6.3 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

3.6.3.1 ก่อนการดำเนินการพัฒนา ข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน 2558 – กรกฎาคม 2558

3.6.3.2 หลังการดำเนินการพัฒนา ข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน 2559 – กรกฎาคม 2559

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มเป้าหมาย

3.7.2 ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูล โดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2) และ Fisher' Exact test

3.7.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จากการสังเกตการร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ นำมารวบรวม ตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นจัดหมวดหมู่ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และพิจารณาเชิงเหตุผลพร้อมทั้งสรุปประเด็น

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง PH 025/2559 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ได้ทราบล่วงหน้า ในส่วนของข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ในการวิเคราะห์และนำเสนอ จะกระทำในภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการ เพื่อหาแนวทางที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยต่อไป หากผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย ก็จะไม่ มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น หรือในระหว่างการศึกษาวิจัยจะขอถอนตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมย่อมได้



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนาแบบแผนการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด คุณภาพข้อมูลในด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา ซึ่งได้นำเอาแนวทางการวิจัยปฏิบัติการมาใช้ในการดำเนินการตามกระบวนการวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์และประเมินกิจกรรม (Observation) และการนำข้อมูลสะท้อนกลับ (Reflection) ดำเนินงานการพัฒนาใน 1 วนรอบ ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดส่งข้อมูล และผู้รับผิดชอบงานตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजตุรพักตรพิมาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภोजตุรพักตรพิมาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 46 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

- | | | |
|----------|-----|---|
| n | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
| Mean | แทน | ค่าเฉลี่ย |
| S.D. | แทน | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) |
| Min | แทน | จำนวนที่น้อยที่สุด |
| Max | แทน | จำนวนที่มากที่สุด |
| χ^2 | แทน | สถิติทดสอบ (Chi-square test) |
| P | แทน | ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 |



4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้รายงานผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งการดำเนินการพัฒนาเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ประกอบด้วย

- 1) ขั้นการวางแผน (Planning)
- 2) ขั้นการปฏิบัติ (Action)
- 3) ขั้นการสังเกต (Observation)
- 4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย

- 1) เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติต่อการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แห่ง
- 2) เปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง
- 3) ประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และรวบรวมความรู้ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาและสาเหตุของเรื่องที่จะศึกษาวิจัย

2) ศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่งของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

3) เก็บรวบรวมคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง ในด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา ก่อนดำเนินการพัฒนา

4) ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การจัดส่งข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือ และชี้แจงรายละเอียดโครงการ การวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย รวมถึงรายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3.1.1 บริบทของพื้นที่

อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่ทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัดร้อยเอ็ด ห่างจากจังหวัดร้อยเอ็ด 26 กิโลเมตร แบ่งเป็น 12 ตำบล 150 หมู่บ้าน 19,769 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด 80,371 คน เพศชาย 39,983 คน เพศหญิง 40,388 คน มีเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งหมด จำนวน 12 แห่ง และมีโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จำนวน 1 แห่ง



4.3.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 4.1 จำนวน และร้อยละของประชากรจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	17	37.0
หญิง	29	63.0
อายุ (ปี)		
21-30	12	26.1
31-40	19	41.3
41-50	13	28.3
51-60	2	4.3
Mean = 36 (S.D. = 7.71) Min. = 22 Max. = 52		
สถานภาพสมรส		
โสด	18	39.1
สมรส	28	60.9
การศึกษา		
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	5	10.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	41	89.1
ตำแหน่ง		
นวก.สาธารณสุข /จพ.สาธารณสุขชุมชน	13	28.3
พยาบาลวิชาชีพ	16	34.8
สหวิชาชีพ	17	36.9
ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม (ปี)		
1-3	30	65.2
4-6	11	23.9
>6	5	10.9
Mean = 3 (S.D. = 2.39) Min. = 1 Max. = 10		
ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานข้อมูล 43 แฟ้ม		
ได้รับมอบหมาย	39	84.8
ไม่ได้รับมอบหมาย	7	15.2
ทราบและตระหนักในการบันทึกข้อมูล		
ทราบ และตระหนักดีต่อผลกระทบที่ได้รับ	41	89.1
ทราบ แต่ไม่สนใจเพราะไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง	3	6.5
ไม่ทราบ	2	4.4



ตาราง 4.1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ (%)
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับการนิเทศหรือติดตามเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม		
ไม่เคย	21	45.7
เคย	25	54.3
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจง		
ไม่เคย	16	34.8
เคย	30	65.2

จากตาราง 4.1 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63) อายุตั้งแต่ 31-40 ปี (ร้อยละ 41.3) สถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 60.9) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 89.1) เป็นผู้ปฏิบัติงานเป็นตำแหน่งสหวิชาชีพ (ร้อยละ 36.9) มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม เป็นระยะเวลา 1-3 ปี (ร้อยละ 65.2) โดยระยะเวลาเฉลี่ย 3 ปี (S.D. = 2.39) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 10 ปี ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานข้อมูล 43 แฟ้ม (ร้อยละ 84.8) ทราบและตระหนักดีต่อการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (ร้อยละ 89.1) เคยได้รับการนิเทศหรือติดตาม (ร้อยละ 54.3) และเคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจง (ร้อยละ 65.2)

4.3.1.3 ข้อมูลด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ตาราง 4.2 จำนวน และร้อยละระดับความรู้โดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ระดับความรู้ต่อการจัดการคุณภาพข้อมูล	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ (%)
ระดับความรู้ต่ำ (<60)	4	8.7
ระดับความรู้ปานกลาง (60-79)	22	47.8
ระดับความรู้สูง (>80)	20	43.5
Mean = 11.95 (S.D. = 1.76), Min. = 6, Max. = 15		



จากตาราง 4.2 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 43.5) และระดับต่ำ (ร้อยละ 8.7) ตามลำดับ

ตาราง 4.3 จำนวน และร้อยละของความรู้จำแนกรายข้อต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการข้อมูล 43 แฟ้ม	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ (%)
<u>โปรแกรมและฐานข้อมูล</u>		
1.HOSXP, JHCIS เป็นโปรแกรมหลักในการบันทึก จัดเก็บและส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม	40	87.0
2.การตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถตรวจสอบได้โดยใช้โปรแกรม OPPP2010	43	93.5
3.การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลมาตรฐาน (Standard Data Set) เริ่ม 18 แฟ้ม ในระดับสถานีอนามัย และ 12 แฟ้ม ในระบบโรงพยาบาล	42	91.3
<u>การบันทึก/การจัดเก็บ</u>		
4. การบันทึกข้อมูลเพื่อการส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม ต้องบันทึกทันทีหลังให้บริการ	6	13.0
5. แฟ้มสะสมกำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้งภายในเดือน สิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ธันวาคม ของทุกปี	6	13.0
6.ลักษณะการจัดเก็บหรือประเภทของการข้อมูลที่จัดเก็บแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ และแฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	42	91.3
<u>การตรวจสอบ/วิธีการตรวจสอบ</u>		
7.เงื่อนไขในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ถูกกำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข	42	91.3
8.ในปี 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับตรวจสอบข้อมูลเพียง 37แฟ้ม สำหรับโรงพยาบาล	31	67.4
9.ในปี 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับตรวจสอบข้อมูลเพียง 21 แฟ้ม สำหรับ รพ.สต.(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)	15	32.6
10.การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดต่างๆ คิดจากแฟ้มบุคคล (Person) type 1-4	31	67.4
11.การคิดคะแนน (Point) การให้บริการผู้ป่วย 1 คนใน 1 วันจะได้ 1 คะแนน (บริการหลายครั้งใน 1 วันจะคิด 1 คะแนน)	41	89.1



ตาราง 4.3 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการข้อมูล 43 แฟ้ม	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ (%)
<u>การจัดส่งข้อมูล</u>		
12.การจัดส่งข้อมูลให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องส่งภายใน 30 วันหลังให้บริการ จึงจะถือว่าเป็นข้อมูลทันเวลา	43	93.5
13.โรงพยาบาล ให้ส่งข้อมูลโดยตรงผ่านทางเว็บไซต์ http://op.nhso.go.th/op	42	91.3
14. รพ.สต.(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ให้ส่งข้อมูลไปที่ สสจ.ร้อยเอ็ด	41	89.1
<u>ด้านนโยบายและการใช้ประโยชน์</u>		
15.การดำเนินการจัดเก็บข้อมูลมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เป็นนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข	41	89.1
16.ข้อมูล 43 แฟ้ม เป็นข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน	41	95.7

จากตาราง 4.3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล มีความรู้โดยรวมเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 74.7 เมื่อพิจารณารายข้อด้านความรู้ต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านนโยบายและการใช้ประโยชน์ (ร้อยละ 95.7) และมีความรู้ต่ำสุดคือ ด้านการบันทึกและการจัดเก็บ (ร้อยละ 39.1)

ตาราง 4.4 จำนวน และร้อยละระดับเจตคติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ระดับเจตคติ	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ (%)
ระดับเจตคติไม่ดี (1.00-2.33)	0	0.0
ระดับเจตคติปานกลาง (2.34-3.66)	19	41.3
ระดับเจตคติดี (3.67-5.00)	27	58.7
Mean = 3.75 (S.D. = 0.49), Min. = 2.60, Max. = 5.00		

จากตาราง 4.4 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล ส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.7) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.3) และไม่มีระดับไม่ดี

ตาราง 4.5 จำนวน และร้อยละเจตคติจำแนกรายข้อต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43
แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

เจตคติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม	ร้อยละ					Mean (S.D.)
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1. การบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม มีความยุ่งยาก ซับซ้อน	19.6	45.7	10.8	21.7	2.2	2.41 (1.10)
2. คำนียามของข้อมูล 43 แฟ้ม มีความชัดเจนสามารถเข้าใจได้ และ ง่ายในการปฏิบัติงาน	15.2	54.4	30.4	0.0	0.0	3.85 (0.66)
3. ข้อมูล 43 แฟ้ม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ร่วมกันในการวางแผน และกำหนดนโยบาย ต่าง ๆ ขององค์กร	26.1	58.7	15.2	0.0	0.0	4.11 (0.64)
4. ข้อมูล 43 แฟ้มมีประโยชน์ คือ การให้บริการที่รวดเร็วขึ้น ลดภาระใน การจัดทำรายงาน	19.6	52.2	15.2	0.8	2.2	3.76 (0.97)
5. การประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม มีประสิทธิภาพและ น่าเชื่อถือ	21.7	30.4	34.8	10.9	2.2	3.59 (1.02)
6. การจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้ข้อมูลจาก 43 แฟ้มมีความน่าเชื่อถือ มีความถูกต้อง และเป็นธรรม	17.4	3.7	26.1	19.6	2.2	3.45 (1.06)
7. อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่เพียงพอและ พร้อมใช้งานจะส่งผลต่อการบันทึกข้อมูล ที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น	47.8	41.4	6.5	4.3	0.0	4.33 (0.79)
8. โปรแกรม HOSxP มีความทันสมัย มีความสะดวกใช้งานง่าย ทำให้ลดระยะเวลา ให้บริการ	21.7	60.9	17.4	0.0	0.0	4.04 (0.63)
9. ผู้บริหารหน่วยงานเห็นความสำคัญ โดยมีนโยบายชัดเจนและสนับสนุน การดำเนินงาน	28.3	54.3	15.2	2.2	0.0	4.09 (0.72)
10. หัวหน้าหน่วยงานมีการควบคุม กำกับ ติดตามตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้ม สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง	17.4	56.5	23.9	2.2	0.0	3.61 (0.80)



จากตาราง 4.5 เมื่อพิจารณารายข้อด้านเจตคติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล มีเจตคติสูงสุดในเรื่องอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่เพียงพอและพร้อมใช้งานจะส่งผลต่อการบันทึกข้อมูลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น (Mean=4.33, S.D.=0.79) รองลงมา คือ ข้อมูล 43 แฟ้ม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันในการวางแผนและกำหนดนโยบายต่างๆ ขององค์กรได้ (Mean=4.11, S.D.=0.64) ผู้บริหารหน่วยงานเห็นความสำคัญโดยมีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนการดำเนินงาน (Mean=4.09, S.D. = 0.72) ตามลำดับ และมีเจตคติต่ำสุดในเรื่องการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม มีความยุ่งยากซับซ้อน (Mean=2.41, S.D.=1.10)

ตาราง 4.6 จำนวน และร้อยละระดับการปฏิบัติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ (%)
ระดับการปฏิบัติต่ำ (1.00-2.00)	1	2.2
ระดับการปฏิบัติปานกลาง (2.01-3.00)	14	30.4
ระดับการปฏิบัติดี (3.01-4.00)	31	67.4
Mean = 3.28 (S.D.= 0.52), Min. = 1.80, Max. = 4.00		

จากตาราง 4.6 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 67.4) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.4) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.2) ตามลำดับ

ตาราง 4.7 จำนวน และร้อยละการปฏิบัติจำแนกรายข้อต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

การปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม	ร้อยละ				Mean (S.D.)
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
1. ร่วมประชุมในการวางแผนดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการข้อมูล 43 แฟ้ม	65.2	28.3	6.5	0.0	3.59 (0.61)
2. เมื่อพบปัญหาจากการปฏิบัติงานท่าน แก้ปัญหาด้วยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองและ หรือการซักถามเพื่อนร่วมงาน	58.7	32.6	8.7	0.0	3.50 (0.65)
3. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSXP ตามวิธีการ ขั้นตอนที่หน่วยงานกำหนด	54.3	34.9	6.5	4.3	3.39 (0.80)



ตาราง 4.7 (ต่อ)

การปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม	ร้อยละ				Mean (S.D.)
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
4. ก่อนส่งข้อมูลไปยังส่วนกลางท่านได้ตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล	56.5	28.3	8.7	6.5	3.35 (0.89)
5. เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน หน่วยงานให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ	43.5	43.5	13.0	0.0	3.30 (0.69)
6. จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีผู้มารับ บริการ	45.7	39.1	10.9	4.3	3.26 (0.82)
7. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSXP ได้ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา	37.0	50.0	8.7	4.3	3.19 (0.77)
8. ส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ภายใน 30 วันหลัง ให้บริการ	41.3	41.3	13.1	4.3	3.19 (0.83)
9. ได้นำข้อมูล 43 แฟ้ม ไปใช้ประโยชน์ใน การวิเคราะห์และพัฒนางานให้ดีขึ้น	41.3	39.1	13.1	6.5	3.15 (0.89)
10. หัวหน้าหน่วยงานมีการควบคุม กำกับ และ ติดตามตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้มอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง	26.2	47.8	21.7	4.3	2.95 (0.81)

จากตาราง 4.7 เมื่อพิจารณารายข้อด้านการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูลส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติสูงสุดในเรื่อง การได้ร่วมประชุมในการวางแผนดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการข้อมูล 43 แฟ้ม (Mean=3.59, S.D.=0.61) รองลงมาคือ เมื่อพบปัญหาจากการปฏิบัติงานสามารถแก้ปัญหาด้วยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองและหรือการซักถามเพื่อนร่วมงาน (Mean=3.50, S.D.=0.65) ได้บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSXP ตามวิธีการ ขั้นตอนที่หน่วยงานกำหนด (Mean=3.39, S.D.=0.80) ตามลำดับ และมีการปฏิบัติต่ำสุดในเรื่องหัวหน้าหน่วยงานมีการควบคุมกำกับ และติดตามตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้ม อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Mean=2.95, S.D. = 0.81)



ตาราง 4.8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ กับการอบรม
ชี้แจงการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน	การอบรมชี้แจง		 (p-value)	Fisher' Exact (p-value)
	เคย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านความรู้ในการจัดการข้อมูล				12.696 (0.002)*
- ระดับต่ำ	7(23.3)	4(25.0)		
- ระดับสูง	23(76.7)	12(75.0)		
ด้านเจตคติต่อการจัดการข้อมูล			1.391 (0.238)	
- ระดับต่ำ	17(56.7)	7(43.8)		
- ระดับสูง	13(43.3)	9(56.2)		
ด้านการปฏิบัติในการจัดการ ข้อมูล			29.512 (.001)*	
- ระดับต่ำ	15(50.0)	7(43.8)		
- ระดับสูง	15(50.0)	9(56.2)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ กับการอบรม
ชี้แจงการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า การอบรมชี้แจงการจัดการข้อมูลตาม
มาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม มีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p-value = 0.002, 0.001) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติ



ตาราง 4.9 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล กับระดับการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

ปัจจัยด้านบุคคล	ระดับการปฏิบัติ		χ^2 (p-value)	Fisher' Exact (p-value)
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			3.130	
- ชาย	8(47.1)	9(52.9)	(0.077)	
- หญิง	14(47.8)	15(52.2)		
อายุ(ปี)			0.087	
- < 36 ปี	12(54.5)	10(45.5)	(0.768)	
- 36 ปีขึ้นไป	10(41.7)	14(58.3)		
สถานภาพสมรส			2.174	
- โสด	8(44.4)	10(56.6)	(0.140)	
- สมรส	14(50.0)	14(50.0)		
การศึกษา				28.174
- อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	2(40.0)	3(60.0)		(0.001)*
- ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	20(48.8)	21(51.2)		
ประสบการณ์ทำงาน(ปี)				4.261
- < 3 ปี	16(53.3)	14(46.7)		(0.039)*
- 3 ปีขึ้นไป	6(37.5)	10(62.5)		
การได้รับมอบหมายงาน				22.261
- ได้รับมอบหมาย	18(46.2)	21(53.8)		(0.001)*
- ไม่ได้รับมอบหมาย	4(57.1)	3(42.9)		
ได้รับการอบรมชี้แจง			0.087	
- เคย	15(50.0)	15(50.0)	(0.001)*	
- ไม่เคย	7(43.8)	9(56.2)		
ได้รับการนิเทศติดตาม			0.348	
- เคย	13(52.0)	12(48.0)	(0.555)	
- ไม่เคย	9(42.9)	12(57.1)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล กับระดับการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน การได้รับมอบหมายงาน และการได้รับการอบรมชี้แจง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001, 0.039) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการได้รับนิเทศติดตาม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม



ตาราง 4.10 ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม ด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลาก่อนการดำเนินการ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2557 – กันยายน 2558

เครือข่าย หน่วยบริการ	ความถูกต้อง (Accuracy)			ความครบถ้วน (Complete)			ความทันเวลา (Timeline)		
	จำนวน record		%	จำนวน record		%	จำนวน (เดือน)		%
	ทั้งหมด	ผ่าน		ทั้งหมด	ผ่าน		ทั้งหมด	ทันเวลา	
1.รพ.จตุรพักตรพิมาน(ต.หัวช้าง)	1,509,064	1,387,769	91.96	1,509,064	1,137,235	75.36	12	10	83.33
รพ.สต.หนองผือ	133,382	113,537	85.12	133,382	100,103	75.05	12	10	83.33
รพ.สต.เมืองหงส์	111,471	91,900	82.44	111,471	72,823	65.33	12	9	75.00
รพ.สต.โคกล่าม	138,865	115,451	83.14	138,865	88,177	63.50	12	9	75.00
รพ.สต.น้ำใส	56,735	50,846	89.62	56,735	41,154	72.54	12	11	91.67
รพ.สต..ดงแดง	141,501	125,813	88.91	141,501	117,135	82.78	12	10	83.33
รพ.สต.ดงกลาง	87,706	75,602	86.20	87,706	67,166	76.58	12	9	75.00
รพ.สต.ป่าสังข์	73,884	65,215	88.27	73,884	59,896	81.07	12	10	83.33
รพ.สต.ร่องคำ	87,522	80,437	91.91	87,522	75,029	85.73	12	11	91.67
รพ.สต..อีง่อง	75,349	66,528	88.29	75,349	50,984	67.66	12	10	83.33
รพ.สต.ลิ้นฟ้า	61,420	52,199	84.99	61,420	45,635	74.30	12	11	91.67
รพ.สต.ดู่บ่อย	149,148	124,666	83.59	149,148	100,817	67.60	12	10	83.33
รพ.สต.ศรีโคตร	105,947	9,8450	92.92	105,947	73,719	69.58	12	9	75.00
รวม	2,731,994	2,448,413	89.62	2,731,994	2,029,871	74.30	153	129	82.69



จากตาราง 4.10 ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม ด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลา ก่อนการดำเนินการพัฒนา พบว่า คุณภาพโดยรวมด้านความถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 89.62 ด้านความครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 74.30 และด้านความทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 82.69 เมื่อพิจารณา รายหน่วยบริการ ด้านความถูกต้อง พบว่า หน่วยบริการที่มีความถูกต้องสูงสุดคือ รพ.สต.ศรีโคตร คิดเป็นร้อยละ 92.92 และหน่วยบริการที่มีความถูกต้องต่ำสุด คือ รพ.สต.เมืองหงส์ คิดเป็นร้อยละ 82.44 ด้านความครบถ้วน พบว่า หน่วยบริการที่มีความครบถ้วนสูงสุดคือ รพ.สต.ร่องคำ คิดเป็นร้อยละ 85.73 และหน่วยบริการที่มีความครบถ้วนต่ำสุด คือ รพ.สต.โคกล่าม คิดเป็นร้อยละ 63.50 ด้านความทันเวลา พบว่า หน่วยบริการที่มีความทันเวลาสูงสุดคือ รพ.สต.ล้นฟ้า รพ.สต.น้ำใส และ รพ.สต.ร่องคำ คิดเป็นร้อยละ 91.67 และหน่วยบริการที่มีความทันเวลาต่ำสุด คือ รพ.สต.เมืองหงส์ รพ.สต.โคกล่าม รพ.สต.ดงกลาง และ รพ.สต.ศรีโคตร คิดเป็นร้อยละ 75.00

4.3.1.4 สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม

จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดส่งข้อมูล และผู้รับผิดชอบงานตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ด้านการบันทึกข้อมูล โปรแกรมแต่ละงานมีหลายหน้าที่ที่ต้องเข้าบันทึก ต้องใช้เวลานานในการบันทึกทำให้บันทึกไม่ทัน เนื่องจากต้องรับผิดชอบในการบันทึกหลายงาน และมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในเงื่อนไขของแต่ละแฟ้ม ด้านการส่งออกข้อมูล พบว่า ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร มีการส่งออกข้อมูลแค่เดือนละครั้ง ทำให้ไม่มีโอกาสแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง ด้านการตรวจสอบข้อมูล พบว่า โปรแกรมประมวลผลตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น (OPPP2010) ยังมีข้อบกพร่อง ไม่สามารถตรวจสอบความผิดพลาดได้ครบ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ยังไม่พอใช้กับปริมาณงานที่ต้องบันทึกข้อมูล คนไม่เพียงพอเนื่องจากภาระงานมาก ด้านการควบคุม กำกับ ติดตาม ขาดการนิเทศ ติดตามที่จริงจังของหัวหน้าหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ให้ความร่วมมือและไม่เห็นความสำคัญเท่าที่ควร ขาดแรงจูงใจ ภาระงานมาก เหนื่อยล้ากับการทำงาน และความไม่ชัดเจนของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยในแต่ละปีเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการ ทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ครบ และไม่ถูกต้อง

4.3.1.5 การติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการ การวิจัย

ผู้วิจัยได้ประสานไปยังผู้บริหารของหน่วยงานต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมายเมื่อเดือน พฤศจิกายน 2558 เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานโครงการวิจัย และขอกำหนดวันจัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ทีมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการดำเนินงานวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดำเนินงานวิจัยร่วมกัน ซึ่งประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การจัดส่งข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดโครงการการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการวิจัย ประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 46 คน เพื่อวิเคราะห์หาอุปสรรค ปัญหาและสาเหตุในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน



โครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาใน ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการต่อไป

4.3.2 ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ประกอบด้วย

- 1) ขึ้นการวางแผน (Planning)
- 2) ขึ้นการปฏิบัติ (Action)
- 3) ขึ้นการสังเกต (Observation)
- 4) ขึ้นการสะท้อนผล (Reflection)

4.3.2.1 ขึ้นการวางแผน (Planning) ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) จัดตั้งทีมงานผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดตั้งทีมวิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัย โดยการประสานกับผู้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดส่งข้อมูล และผู้รับผิดชอบงานตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 46 คน ซึ่งประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานข้อมูลและสารสนเทศ เป็นผู้ดูแลระบบและรับผิดชอบโปรแกรม HOSXP เป็นผู้รับผิดชอบงานให้บริการในแต่ละแฟ้มข้อมูล เป็นผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย หรือหัวหน้างาน เป็นเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละ 2 คน ทั้งหมดจำนวน 24 คน เป็นเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน และเป็นเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน และจัดทำเป็นคำสั่งคณะกรรมการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการ เพื่อจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม และนำเสนอข้อมูลในขั้นเตรียมการแก่กลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการพิจารณาและดำเนินการกำหนดวิสัยทัศน์ นโยบายการดำเนินงาน การร่วมกำหนดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาการดำเนินงาน พร้อมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้มอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินการ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ให้สามารถผ่านเกณฑ์การตรวจสอบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยให้การแจกกระดาษให้ทุกคนได้เขียนแสดงความคิดเห็น

ทำการวิเคราะห์บริบทพื้นที่ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของแต่ละพื้นที่หน่วยบริการ และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา คือ คุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จะต้องต้องมีคุณภาพได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์การตรวจสอบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



2) การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC)

การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความรู้ความเข้าใจ ในการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูล ซึ่งการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) ซึ่งได้เชิญวิทยากร ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการทำกิจกรรมกลุ่ม และเป็นผู้ดำเนินการดำเนินการ ใช้เวลาในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน ในวันที่ 10 มกราคม 2559 ที่ห้องประชุมคำแพง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยกำหนดขั้นตอนและกิจกรรมการประชุม ดังนี้

(1) ผู้วิจัยเตรียมทีมวิทยากรในการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) โดยคัดเลือกจากวิทยากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการจัดประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยการประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C ซึ่งแจ้งกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ และการมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบให้กับทีมวิทยากรและผู้ร่วมวิจัย

(2) นัดหมายผู้เข้าร่วมประชุม โดยใช้หนังสือราชการประสานงานกับผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเชิญผู้เข้าร่วมประชุมตามวันและเวลาที่กำหนด

(3) จัดเตรียมสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ ในการประชุม

(4) ผู้เข้าร่วมประชุมลงทะเบียน และเปิดการประชุมโดย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

(5) ผู้วิจัยชี้แจงความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC)

(6) ผู้วิจัยนำเข้าสู่การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ โดยใช้เทคนิค A-I-C ได้แบ่งผู้เข้าร่วมประชุม ออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน การประชุมแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและการวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และขั้นตอนที่ 3 การวางแผนในการแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด วิธีการประชุมให้แต่ละกลุ่มคัดเลือกผู้ทำหน้าที่ประธานกลุ่ม เลขานุการกลุ่ม และผู้นำเสนอของกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยและทีมวิทยากรเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม เพื่อทำหน้าที่ในการกระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการระดมสมอง แสดงความคิดเห็นในทางสร้างสรรค์เกี่ยวกับการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ให้ได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นครบทุกคน พร้อมทั้งได้สรุปสาระความรู้ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมประชุม ประชุมเสร็จให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมานำเสนอต่อที่ประชุมและได้มีการสรุปผลในภาพรวม ดังนี้

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยใช้เทคนิคกระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา อุปสรรค กำหนดกรอบแนวทางและแผนปฏิบัติการในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ดังนี้



A. ขั้นตอนการสร้างความรู้ คือ ขั้นตอนให้ความรู้เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยมีผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยเป็นวิทยากรการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม ออกเป็น 4 กลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัจจุบัน และปัญหาการดำเนินงานการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เพื่อการวางแผน กำหนดกรอบและแนวทางปฏิบัติ พบว่าสภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินงานจากการรวบรวมของกลุ่มได้ ดังนี้

A-1 ขั้นตอน Appreciation : วิเคราะห์สภาพปัญหา สถานการณ์และพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า ด้านการบันทึกข้อมูลโปรแกรมแต่ละงานมีหลายหน้าตาที่ต้องเข้าบันทึก ต้องใช้เวลานานในการบันทึกมาก ทำให้บันทึกไม่ทัน เนื่องจากต้องรับผิดชอบในการบันทึกหลายงาน และมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเงื่อนไขของแต่ละแฟ้ม ด้านการส่งออกข้อมูล ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร มีการส่งออกข้อมูลแค่เดือนละครั้ง ทำให้ไม่มีโอกาสแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง สำหรับด้านการตรวจสอบข้อมูล พบว่าโปรแกรมประมวลผลตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น (OPPP2010) ยังมีข้อบกพร่อง ไม่สามารถตรวจสอบความผิดพลาดได้ครบถ้วนวัสดุอุปกรณ์ ยังไม่พอใช้กับปริมาณงานที่ต้องบันทึกข้อมูล คนไม่เพียงพอเนื่องจากภาระงานมาก ด้านการควบคุม กำกับ ติดตาม ขาดการนิเทศติดตามที่จริงจังของหัวหน้าหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ให้ความร่วมมือและไม่เห็นความสำคัญเท่าที่ควร ขาดแรงจูงใจ ภาระงานมาก เหนื่อยล้ากับการทำงาน และความไม่ชัดเจนของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยในแต่ละปีเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการ ทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ครบ และไม่ถูกต้อง

A-2 ขั้นตอน Appreciation: เป็นขั้นตอนการกำหนดเป้าหมายและอนาคตที่ปรารถนาหรือวิสัยทัศน์ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากการแบ่งกลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และความต้องการผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยแท้จริง พบว่า

กลุ่ม 1 โดยมี นาง ก. เป็นประธาน ได้เสนอให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแก่ผู้รับผิดชอบข้อมูล 43 แฟ้ม ให้ครบ 100% เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและจะได้ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพข้อมูล และควรจัดหาและแต่งตั้งทีมงานผู้มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญด้านข้อมูล 43 แฟ้ม เพื่อได้ง่ายและสะดวกในการให้คำปรึกษาและสอบถามปัญหาในการดำเนินงาน

กลุ่ม 2 โดยมี นาย ข. เป็นประธาน ได้เสนอให้มีตั้งกลุ่มไลน์เฉพาะสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ผู้รับผิดชอบข้อมูล 43 แฟ้ม ใช้ในการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม จะต้องตรวจสอบผ่านโปรแกรมตรวจสอบเบื้องต้น (OPPP2010) และควรส่งออกข้อมูลสำหรับตรวจสอบเบื้องต้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อที่จะได้ติดตามและแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง ก่อนส่งข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด คือ HDC (Health Data Center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่ม 3 โดยมี นาง ค. เป็นประธาน ได้เสนอให้มีการกำกับ และนิเทศติดตามผลการดำเนินงานภายในเครือข่ายหน่วยบริการ โดยทีมงานที่มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลระบบข้อมูล 43 แฟ้ม รวมถึงควรมีการสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์คุณภาพข้อมูลและจะต้องนำเสนอให้ผู้บริหารรับทราบอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา



กลุ่ม 4 โดยมี นาง จ. เป็นประธาน ได้เสนอให้มีการจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงาน จัดการข้อมูล 43 แฟ้ม ไม่ว่าจะเป็นคู่มือการบันทึกในแต่ละแฟ้มข้อมูล คู่มือการส่งออกข้อมูล คู่มือการประมวลผลการตรวจสอบเบื้องต้น และคู่มือการแก้ไขข้อมูลที่พบความผิดพลาด นอกจากนี้ควรมีการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการพัฒนา และควรกำหนดเป็นตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานสำหรับองค์กร หรือตัวชี้วัดสำหรับรายบุคคล

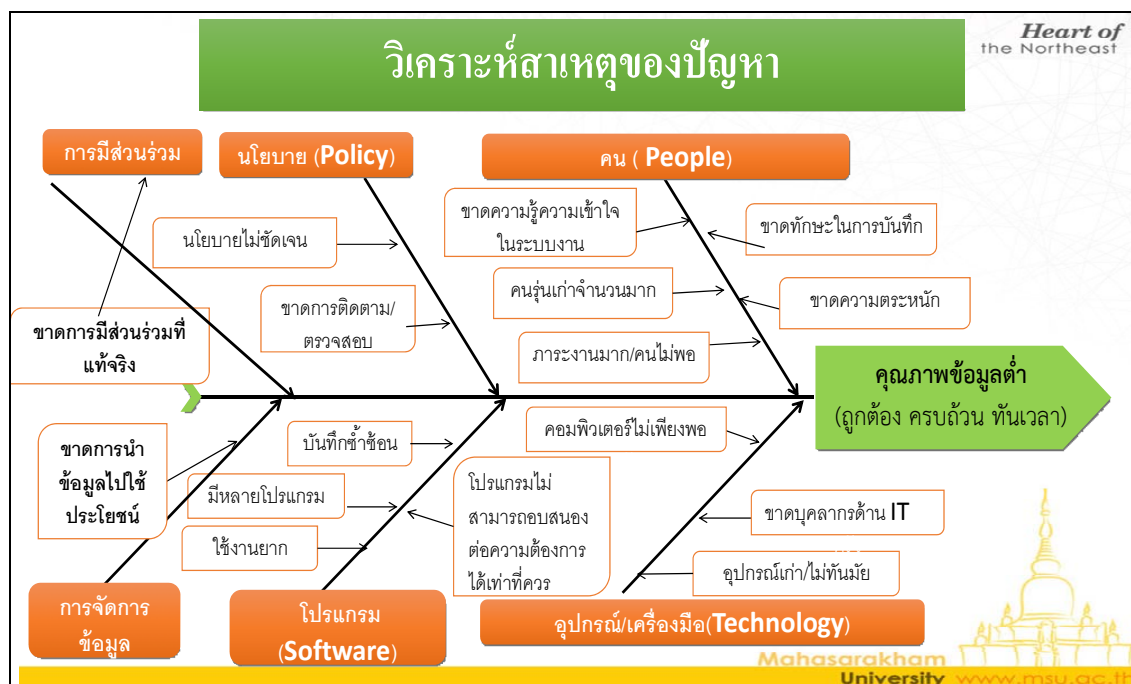
I. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการหาวิธีการและนำเสนอทางเลือกในการพัฒนาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยมีกิจกรรมการดำเนินการซึ่งจะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ต้องให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนา และการสร้างแรงจูงใจในการจัดการคุณภาพข้อมูล

C. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา คือ คุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา จะต้องต้องมีคุณภาพได้มาตรฐาน และผ่านเกณฑ์การตรวจสอบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) คัดเลือกสาเหตุของปัญหา โดยใช้ผังก้างปลา (Fish Bone Diagram)

ผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์หาสาเหตุ โดยใช้แผนผังสาเหตุและผลเป็นแผนผังที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหา (Problem) กับสาเหตุทั้งหมดที่เป็นไปได้ที่ อาจก่อให้เกิดปัญหานั้น (Possible Cause) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ผังก้างปลา (Fish Bone Diagram) ซึ่งสรุปและแสดงให้เห็นดังภาพประกอบ 4.2





ภาพประกอบ 4.2 แสดงสาเหตุและผล (ผังก้างปลา: Fish Bone Diagram)

ที่มา : โรงพยาบาลจุตรพัตร์พิมาน (2559ข)

4) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ และวิเคราะห์หาสาเหตุโดยใช้ผังก้างปลา (ภาพประกอบ 4.2) พบว่า ข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม คุณภาพข้อมูลต่ำ ปัญหาที่พบได้แก่ ด้านบุคลากรเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในระบบงาน ขาดความตระหนัก และขาดทักษะในการบันทึกข้อมูล เพราะยังมีคนรุ่นเก่าจำนวนมาก รวมถึงภาระงานที่รับผิดชอบมีมาก ทำให้บันทึกข้อมูลไม่ทันตามเวลาที่กำหนด ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือที่เก่าไม่ทันสมัย บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีน้อย คอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ทำให้ไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงาน ด้านโปรแกรมการใช้งาน โปรแกรมที่ใช้ในการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้เท่าที่ควร มีหลายโปรแกรมให้บันทึก ทำให้การบันทึกซ้ำซ้อนและยุ่งยาก ด้านนโยบายพบว่า ไม่มีความชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดการตรวจสอบและนิเทศติดตาม ด้านการมีส่วนร่วมยังขาดการมีส่วนร่วมที่แท้จริง และด้านการจัดการข้อมูล พบว่า ไม่มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เท่าที่ควรและขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยได้ร่วมกันบันทึกจากการสัมภาษณ์และการสังเกตคณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุมโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตการณ์ การประชุมเชิงปฏิบัติการและให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ร่วมกันคิดร่วมกันทำ จึงได้ข้อสรุป เพื่อจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการและแนวทางดำเนินงานการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอจุตรพัตร์พิมาน ดังนี้



1. แผนพัฒนาบุคลากร
 - 1) อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ
 - 2) ประกาศนโยบาย ทิศทาง แนวทางการดำเนินงานโดยผู้บริหาร
2. แผนนิเทศติดตาม
 - 1) จัดหาและแต่งตั้งทีมงานผู้มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญด้านข้อมูล 43 แฟ้ม เพื่อให้คำปรึกษา และสอบถามปัญหาในการดำเนินงาน
 - 2) เพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูล โดยตั้งกลุ่มไลน์ (LINE) สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใช้ในการติดต่อสื่อสาร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน
 - 3) การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยตรวจสอบผ่านโปรแกรมตรวจสอบเบื้องต้น (OPPP2010)
 - 4) จัดการกับข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ โดยการแก้ไขให้ถูกต้อง
 - 5) ส่งข้อมูลไปยังส่วนกลาง คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. แผนประเมินผล

- 1) ประเมินความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติต่อการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม
- 2) ประเมินคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยใช้ผลการตรวจสอบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) ประเมินความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

4.3.2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ซึ่งได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

จากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยระยะเวลาในการดำเนินการ ระหว่างเดือน มีนาคม – กรกฎาคม 2559 ดังนี้

- 1) จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งได้จัดอบรมหลักสูตร 2 วัน ในระหว่างวันที่ 30 และ 31 มีนาคม 2559 วิธีดำเนินการดังรายละเอียด

ขั้นเตรียมการ

1. จัดประชุมชี้แจงโครงการแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ในเครือข่าย
2. ร่วมกันกำหนดวันตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งทุกสถานบริการในเครือข่าย
3. แต่งตั้งคณะทำงานโดยใช้ทีมข้อมูลประจำอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบ
4. ประสานงานทีมวิทยากร จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ในการจัดประชุม



ขั้นตอนการ

จัดประชุมปฏิบัติการ การบันทึกข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลักสูตร 2 วัน

1. การบันทึกข้อมูลบริการทางการแพทย์ 43 แพ้ม และการตรวจสอบข้อมูล
2. ทำการปรับปรุงข้อมูลที่มีปัญหาให้สมบูรณ์ก่อนส่งไปยัง HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การบริหารจัดการข้อมูลของแต่ละสถานบริการ
4. เก็บรวบรวมสถิติการส่งข้อมูลแต่ละสถานบริการ ในเครือข่ายทุกรายเดือน

5. เปรียบเทียบคุณภาพข้อมูล 43 แพ้ม ของแต่ละหน่วยบริการภายในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นประเมินผล

1. สรุปผลการดำเนินงาน
2. ประเมินผลโครงการจากผลการตรวจสอบข้อมูล 43 แพ้ม ทุกเดือน
3. สรุปโครงการ ปัญหาและวิธีการพัฒนา

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ ผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลและผู้จัดส่งรายงาน มีความรู้และทักษะในการจัดการฐานข้อมูลให้ได้ตามมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม
2. เพื่อให้การส่งข้อมูล 43 แพ้ม ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอจตุรพักตรพิมาน มีคุณภาพด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
3. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้รับผิดชอบข้อมูลในเครือข่าย
4. เพื่อเป็นช่องทางในการเพิ่มรายได้แก่หน่วยบริการ

กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 50 คน ประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลระบบ ผู้รับผิดชอบในการบันทึกและผู้จัดส่งรายงาน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 26 คน (คณะกรรมการ 43 แพ้ม และหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน)
2. ผู้ดูแลระบบ ผู้รับผิดชอบในการบันทึกและผู้จัดส่งรายงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 24 คน (รพ.สต.แต่ละ 2 คน)

ตัวอย่างตารางกำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แพ้ม วันที่ 30 – 31 มีนาคม 2559 ณ ห้องประชุมคำแพง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด



วันที่ 30 มีนาคม 2559

- 08.30 – 09.00 น. ลงทะเบียน
- 09.00 – 09.30 น. ประธานกล่าวต้อนรับและเปิดการประชุม
- 09.30 – 10.30 น. แนวนโยบายการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ 43 แห่ง ปี 2559
- 10.30 – 10.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.45 – 12.00 น. สรุปการปรับโครงสร้างฐานข้อมูลตามนโยบาย สนย. และ สปสช. ปี 2559
- 12.00 – 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 – 14.30 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ เพิ่ม
PERSON, ADDRESS, DEATH, CHRONIC, CARD, SERVICE,
DIAGNOSIS_OPD, HOME, APPOINTMENT, NCDSCREEN, CHRONICFU,
LABFU, CHARGE_OPD, ADMISSION และ CHARGE_IPD
- 14.30 – 14.45 น. รับประทานอาหารว่าง
- 14.45 – 16.30 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ เพิ่ม
CHRONIC, CARD, SERVICE, DIAGNOSIS_OPD, APPOINTMENT, HOME,
NCDSCREEN, CHRONICFU, LABFU, CHARGE_OPD, ADMISSION และ
CHARGE_IPD

วันที่ 31 มีนาคม 2559

- 08.30 – 10.30 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ เพิ่ม
DIAGNOSIS_IPD, DRUG_IPD, PROCEDURE_IPD, PROVIDER, VILLAGE
- 10.30 – 10.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.45 – 12.00 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ เพิ่ม
SPECIALPP, ACCIDENT และ COMMUNITY_SERVICE
- 12.00 – 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 – 14.30 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ เพิ่ม
DISABILITY, FUNCTIONAL, COMMUNITY_ACTIVITY, DENTAL,
DRUGALLERGY, ICF, REHABILITATION, CARE_REFER,
CLINICAL_REFER, DRUG_REFER,
- 14.30 – 14.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 14.45 – 16.00 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ เพิ่ม
INVESTIGATION_REFER, PROCEDURE_REFER, REFER_HISTORY,
REFER_RESULT
- 16.00 – 16.30 น. สรุป อภิปรายผล ตอบปัญหาทั่วไป และปิดการประชุม



2) จัดหาและแต่งตั้งทีมงานผู้มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญทั้งด้านอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านโปรแกรมการใช้งาน และด้านการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม เพื่อให้คำปรึกษาและสอบถามปัญหาในการดำเนินงาน โดยได้ขอความอนุเคราะห์ทีมวิทยากร ซึ่งได้จัดให้เป็นอาจารย์ที่เลี้ยงเพื่อให้คำปรึกษาและสอบถามปัญหาในการดำเนินงานด้านข้อมูล 43 แฟ้ม

3) ประกาศนโยบาย ทิศทางและแนวทางการดำเนินงานโดยผู้บริหาร ซึ่งในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผู้บริหารนำโดยประธานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน และสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน ได้ทำการมอบนโยบายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม โดยให้ถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

4) เพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูล โดยได้จัดตั้งกลุ่มไลน์ (LINE) เฉพาะกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยตั้งชื่อว่า “data_cupjatu” เป็นระบบ Social Media ที่ทันสมัย และสะดวกรวดเร็วในการติดต่อสอบถามอุปสรรคปัญหาต่าง ๆ สมาชิกกลุ่มประกอบไปด้วยผู้ที่มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ เช่น ด้านระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ด้านโปรแกรม และด้านการบันทึกข้อมูลให้คำปรึกษา รวมถึงยังมีผู้บริหารองค์กรที่สำคัญ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน สาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เป็นช่องทางในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นต่าง ๆ ให้ผู้บริหารรับทราบ เพื่อเป็นการตรวจสอบติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญ ซึ่งได้จากการฐานข้อมูลสุขภาพตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

5) การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยตรวจสอบผ่านโปรแกรม ตรวจสอบเบื้องต้น (OPPP2010) เป็นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย คุณรังสรรค์ ศรีภิรมย์ เพื่อช่วยให้ผู้ที่ดูแลระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการได้เห็นจุดบกพร่องของข้อมูล และสามารถแก้ไขปัญหได้ตามส่วนขาดของข้อมูล ทำให้ข้อมูลของหน่วยบริการมีคุณภาพ และเป็นโปรแกรมตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้ม ตามเงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2559 ซึ่งในการดำเนินการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

(1) ให้แต่ละหน่วยบริการทำการติดตั้งโปรแกรมตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น (OPPP2010) ให้ครบทุกหน่วยบริการ

(2) แต่ละหน่วยบริการต้องส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม จากโปรแกรมหลักคือ HOSxP สำหรับโรงพยาบาล หรือ HOSxP_PCU สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยส่งออกครั้งที่ 1 ภายในวันที่ 5 ส่งออกครั้งที่ 2 ภายในวันที่ 15 ส่งออกครั้งที่ 3 ภายในวันที่ 25 ของเดือนถัดไป

(3) การจัดการทำข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ ทำการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน โดยการติดตาม และประสานงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกข้อมูลของแฟ้มที่ไม่ผ่านตามเงื่อนไขการตรวจสอบ

(4) ส่งข้อมูลเข้าคลังข้อมูลสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (HDC : Health Data Center) และส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใน 30 วันหลังให้บริการ



6) การนิเทศติดตามผลการดำเนินงานภายในเครือข่ายหน่วยบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอ โดยทำการวิเคราะห์และสรุปผลงานนำเสนอผู้บริหารในการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) รวมถึงจัดทีมงานลงพื้นที่หน่วยบริการที่มีผลงานต่ำ เพื่อค้นหาอุปสรรค ปัญหาในการทำงาน ให้คำแนะนำช่วยเหลือและศึกษาดูงานหน่วยบริการที่มีผลงานดีเพื่อที่จะได้เป็นแบบอย่างในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลา

7) ประเมินผลโดยใช้ผลการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความทันเวลา จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เปรียบเทียบผลงานในแต่ละเดือน

8) การกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะ โดยการจัดทำแนวทางที่ชัดเจนเป็นแนวทางร่วมกัน จัดทำคู่มือในการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

4.3.2.3 ขั้นการสังเกต (Observation)

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน มีนาคม-สิงหาคม 2559 การสังเกตการปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆของการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความสนใจ ตระหนักและให้ความสำคัญในการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน โดยประกาศเป็นนโยบายที่ให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายทุกแห่งต้องดำเนินการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ จากนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังถึงเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดส่งข้อมูล และผู้รับผิดชอบงานตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

จากการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม วันที่ 30 - 31 มีนาคม 2559 ณ ห้องประชุมคำแพง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าจำนวนผู้เข้าอบรมเกินเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งได้รับความสนใจทั้งจากผู้บริหาร หัวหน้าฝ่ายหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติเองสนใจรับฟัง และซักถามประเด็นต่างๆ จากทีมวิทยากร เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเป็นอย่างดี ทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจมากขึ้น หลังจากเสร็จสิ้นการประชุมแล้วสามารถนำไปปฏิบัติหน้างานได้และเมื่อมีปัญหาได้ทำการสอบถามในกลุ่มไลน์ (LINE) โดยมี ชื่อกลุ่มว่า “data_cupjatu” ซึ่งสมาชิกในกลุ่มมีทีมงานผู้มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญด้านข้อมูล 43 แฟ้ม ได้มาตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นช่วยกันแก้ปัญหาให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และผลจากการประเมินโครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า ความรู้ที่ได้จากการอบรมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 94.4 และด้านวิทยากรและการจัดอบรมมีความเหมาะสม ดังตาราง 4.11



ตาราง 4.11 ผลประเมินการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

ข้อความถาม/การบรรลุวัตถุประสงค์ในการฝึกอบรม	ร้อยละ	ความหมาย
ความรู้ที่ได้จากการอบรม		
1. ความรู้ก่อนเข้ารับการอบรม	74.3	ปานกลาง
2. ความรู้หลังเข้ารับการอบรม	94.4	สูง
3. ผลของการอบรมสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน	87.9	สูง
4. ความคุ้มค่าที่ได้จากการอบรม	90.5	สูง
วิทยาการและการจัดอบรม		
5. ความเหมาะสมของวิทยากร	93.8	สูง
6. ความเหมาะสมของเนื้อหา	97.2	สูง
7. ความเหมาะสมของสถานที่	92.6	สูง
8. บรรยากาศและระยะเวลาในการอบรม	90.1	สูง
9. อุปกรณ์ สื่อ และเอกสารประกอบการบรรยาย	94.9	สูง
10. การมีส่วนร่วมในการอบรม	95.3	สูง

จากการนิเทศติดตามเพื่อสังเกตกระบวนการจัดการจัดการคุณภาพข้อมูล ผู้วิจัยได้สังเกตการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยบริการ ซึ่งพบว่า เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการปรับปรุงกระบวนการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และการส่งให้ทันเวลา แต่บางส่วนยังมีปัญหาในด้านข้อมูลที่บันทึกไม่ถูกต้องและครบถ้วน เนื่องจากยังขาดความรู้ความเข้าใจในระบบการตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐาน การลงโปรแกรม การปรับปรุงระบบฐานข้อมูล การตั้งค่าระบบของเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งผู้วิจัยและทีมงานผู้มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญด้านข้อมูล 43 แฟ้ม ได้ทบทวนแนวทางในการดำเนินการ และได้ให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น บันทึกข้อมูลปัญหาอุปสรรค เพื่อนำไปวิเคราะห์ รายละเอียดตามตาราง 4.12



ตาราง 4.12 วิเคราะห์ปัญหา จากการนิเทศติดตามระหว่างดำเนินการพัฒนา

ปัญหาที่พบ	สาเหตุ	แนวทางแก้ไข
1. ข้อมูลที่บันทึกไม่ถูกต้องและครบถ้วน	1. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในระบบการตรวจสอบ	1. จัดทำคู่มือทางการบันทึกตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 ให้ทุกหน่วยงาน
2. ไม่มีเวลาในการบันทึกทันทีหลังให้บริการ	2. โปรแกรม HOSxP ไม่ได้รับการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน	2. เพิ่มช่องทางในการศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องจาก website ของโรงพยาบาล
3. ส่งออกข้อมูลไม่ทันตามเวลาที่กำหนด คือ ภายใน 30 วันหลังให้บริการ	3. ส่งออกข้อมูลเพื่อตรวจสอบเพียงเดือนละครั้ง ทำให้แก้ไขไม่ทัน	3. ส่งทีม Admin ของโรงพยาบาลแม่ข่ายลงพื้นที่เพื่อช่วยเหลือ และให้คำแนะนำ
	4. ไม่ได้นำข้อมูลบริการมาบันทึกย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลไม่ครบ	4. กำหนดการส่งออกข้อมูล ให้ส่งออกทุกสัปดาห์เพื่อตรวจสอบและแก้ไขให้ทันเวลา
	5. ผู้ปฏิบัติงานขาดความตระหนักและไม่ให้ความสำคัญในการบันทึกให้ครบถ้วน	5. สามารถบันทึกข้อมูลย้อนหลังได้ และมอบหมายความรับผิดชอบรายบุคคลให้ชัดเจน ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการบันทึก
		6. หัวหน้างานต้องนิเทศและติดตามอย่างสม่ำเสมอ
		7. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้วิเคราะห์ข้อมูล และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนางาน มิใช่เพียงแค่จัดทำเพื่อส่งรายงานตามตัวชี้วัดเท่านั้น

สังเกตโดยการประเมินด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด หลังดำเนินการพัฒนาตามกิจกรรมต่างๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติโดยรวมเพิ่มขึ้น โดยมีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 97.8) เจตคติอยู่ในระดับดี (Mean=4.2, S.D. = 0.38) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (Mean=3.5, S.D. = 0.32) ดังรายละเอียดตามตาราง 4.13



ตาราง 4.13 ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

การจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (n = 46)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ด้านการจัดการข้อมูล				
ระดับความรู้ต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	4	8.7	0	0.0
ระดับความรู้ปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60-79)	22	47.8	1	2.2
ระดับความรู้สูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	20	43.5	45	97.8
ก่อนดำเนินการ Mean =74.7 (S.D.= 11.02)				
หลังดำเนินการ Mean =94.4 (S.D.=7.59)				
ระดับเจตคติต่อการจัดการข้อมูล				
ระดับเจตคติไม่ดี (1.00-2.33)	0	0.0	0	0.0
ระดับเจตคติปานกลาง (2.34-3.66)	19	41.3	4	8.7
ระดับเจตคติดี (3.67-5.00)	27	58.7	42	91.3
ก่อนดำเนินการ Mean =3.7 (S.D. = 0.49)				
หลังดำเนินการ Mean =4.2 (S.D.=0.38)				
ระดับการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูล				
ระดับการปฏิบัติต่ำ (1.00-2.00)	1	2.2	0	0.0
ระดับการปฏิบัติปานกลาง (2.01-3.00)	14	30.4	3	6.5
ระดับการปฏิบัติดี (3.01-4.00)	31	67.4	43	93.5
ก่อนดำเนินการ Mean = 3.2 (S.D.= 0.52)				
หลังดำเนินการ Mean = 3.5 (S.D.=0.32)				

ผลการตรวจสอบคุณภาพฐานข้อมูลเชิงปริมาณตามแบบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในด้านความถูกต้อง (Accuracy) ด้านความครบถ้วน (Complete) และด้านความทันเวลา (Timeline) ซึ่งได้จากระบบรายงานผลการส่งข้อมูลในระบบ OP/PP Individual Data ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างเดือน เมษายน 2559 – กรกฎาคม 2559 พบว่าคุณภาพข้อมูลด้านความถูกต้อง (ร้อยละ 99.63) ด้านความครบถ้วน (ร้อยละ 96.57) และด้านความทันเวลา (ร้อยละ 100) ดังรายละเอียดตามตาราง 4.14



ตาราง 4.14 ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม ด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลาหลังดำเนินการการพัฒนา ระหว่างเดือน เมษายน 2559 – กรกฎาคม 2559

เครือข่าย หน่วยบริการ	ความถูกต้อง (Accuracy)			ความครบถ้วน (Completeness)			ความทันเวลา (Timeline)		
	จำนวน record		%	จำนวน record		%	จำนวน (เดือน)		%
	ทั้งหมด	ผ่าน		ทั้งหมด	ผ่าน		ทั้ง หมด	ทัน เวลา	
รพ.จตุรพักตรพิมาน(ต.หัวช้าง)	632,100	631,616	99.92	632,100	600,820	95.05	4	4	100
รพ.สต.หนองผือ									
รพ.สต.เมืองหงส์	53,341	53,245	99.82	53,341	52,711	98.82	4	4	100
รพ.สต.โคกล่าม	42,020	41,448	98.64	42,020	40,596	96.61	4	4	100
รพ.สต.น้ำใส	57,336	56,682	99.29	57,336	56,671	98.84	4	4	100
รพ.สต..ดงแดง	27,099	26,906	98.86	27,099	26,942	99.42	4	4	100
รพ.สต.ดงกลาง	50,142	50,001	99.72	50,142	48,081	95.89	4	4	100
รพ.สต.ป่าสังข์	45,260	44,345	97.98	45,260	44,871	99.14	4	4	100
รพ.สต.ร่องคำ	29,425	29,113	98.94	29,425	28,760	97.74	4	4	100
รพ.สต..อีถ้อง	35,315	35,121	99.45	35,315	35,110	99.42	4	4	100
รพ.สต.ลิ้นฟ้า	30,649	30,594	99.82	30,649	30,186	98.49	4	4	100
รพ.สต.คู่น้อย	36,080	35,679	98.89	36,080	35,676	98.88	4	4	100
รพ.สต.ศรีโคตร	54,689	54,676	99.97	54,689	54,208	99.12	4	4	100
	47,996	47,809	99.61	47,996	47,727	99.44	4	4	100
รวม	1,141,452	1,137,235	99.63	1,141,452	1,102,359	96.57	52	52	100

ที่มา : ระบบรายงานผลการส่งข้อมูลในระบบ OP/PP Individual Data ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.3.2.4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยได้จัดเวทีการประชุมเพื่อคืนข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียน การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้ระยะเวลาดำเนินการจัดกิจกรรม 1 วัน คือ วันที่ 19 สิงหาคม 2559 ณ ห้องประชุมตึกธรรมรักษา ชั้น 2 โรงพยาบาลจตรพัตร์พิมาน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกัน ทบทวนแนวทางจากผลการปฏิบัติงาน ทบทวนปัญหาและอุปสรรค สรุปประเด็นที่จะใช้ ประกอบเป็นการวางแผนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजตรพัตร์พิมาน พบว่า คณะกรรมการจัดการคุณภาพข้อมูลตาม มาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานหลายด้าน ซึ่งด้านที่ยังเป็น ปัญหาและควรดำเนินการเพิ่มเติม ได้แก่ การกำหนดนโยบายของผู้บริหารเครือข่ายควรชัดเจน ควรจะประกาศนโยบายอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรทำการลงนามข้อตกลงร่วมกันมีการ สนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ข่ายลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้เพียงพอ ในการจัดหา อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่ทันสมัย และควรจัดให้มีระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ซึ่งจะส่งผลต่อ การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งการสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญ ควรกำหนดตัวชี้วัดด้านการ จัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เพื่อใช้ในการประเมินผลการพิจารณาความดี ความชอบประจำปี เป็นต้น ซึ่งจะดำเนินการพัฒนาในรอบที่ 2 ต่อไป

สรุปผลการถอดบทเรียนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ผลสรุป ประเด็นจากการถอดบทเรียน ได้แก่ **1. ด้านการบันทึกข้อมูล** สำหรับการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันตามเวลาที่กำหนดจะส่งผลต่อคุณภาพข้อมูล ดังนั้นผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เนื่องจากโปรแกรมการบันทึกที่มีรายละเอียดมาก และมีความซับซ้อนในแต่ละแฟ้มข้อมูล ดังนั้นการ ฝึกอบรมให้ความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นจะต้องมี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าการอบรมมี ความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติต่อการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม **2. ด้านการส่งออกข้อมูล** ในการส่งออกข้อมูลหลังบันทึกเรียบร้อยแล้ว จะต้องกำหนดระยะเวลาและกำหนดความถี่ในการส่งออก ข้อมูล เพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน หากข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน จะได้ทำการแก้ไขได้ ทันเวลา **3. ด้านวัสดุอุปกรณ์** เป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน หากวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นมีเพียงพอ และพร้อมใช้งาน จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินงานได้สะดวกและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น **4. ด้านการ ตรวจสอบข้อมูล** จะต้องทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลทั้งก่อนส่งและหลังส่งข้อมูลไปยังส่วนกลาง หากข้อมูลคุณภาพต่ำจะได้นำผลการตรวจสอบมาวิเคราะห์ปัญหา และหาสาเหตุที่เกิดขึ้น เพื่อหา แนวทางป้องกันและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ **5. ด้านการควบคุมกำกับ ติดตาม และ 6. ด้านนโยบายของ ผู้บังคับบัญชา** เป็นปัจจัยส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน หากมีการควบคุมกำกับ ติดตาม อย่าง สม่าเสมอและมีความต่อเนื่อง จะเป็นการกระตุ้นการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ กำหนด รวมถึงนโยบายของผู้บริหารที่ชัดเจนก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก (In-depth Interview) หลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังข้อมูลที่ได้จากการสะท้อน พบว่า มีประเด็นที่เป็นปัญหาใหญ่ ๆ อยู่ 6 ด้าน คือ



1) ประเด็นข้อเสนอแนะด้านการบันทึก

“...คิดว่าถ้ามีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการบันทึกแต่ละแฟ้มเป็นประจำและต่อเนื่อง หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์ต่าง ๆ ให้รับจัดการประชุมชี้แจงก็คงจะดี เพื่อที่จะได้เตรียมรับมือได้ทัน” (หัวหน้า รพ.สต. ก., 2559: สัมภาษณ์)

“...คิดว่าหากมีเจ้าหน้าที่หรือพนักงานสำหรับบันทึกข้อมูลเพิ่มก็ดี จะได้แบ่งหน้าที่รับผิดชอบดูแลช่วยกัน เพื่อที่จะได้ค่อยๆ ได้ทันเวลา” (หัวหน้า รพ.สต. ข., 2559: สัมภาษณ์)

“...อยากให้กำหนดความชัดเจนของกลุ่มเป้าหมาย และมี Scrip ที่ชัดเจน แจกตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ จะได้เตรียมการได้ทัน” (นวก. คอมพิวเตอร์ ค., 2559: สัมภาษณ์)

“...ควรที่จะเพิ่มช่องทางการติดต่อประสานงานกันในเครือข่าย รพ.และ รพ.สต. สำหรับใช้ในการตรวจสอบติดตามผลงาน หรือปรึกษาปัญหาและแนวทางต่าง ๆ เช่น มีการदानข่าว มีเว็บไซต์” (พยาบาลวิชาชีพ, 2559: สัมภาษณ์)

2) ประเด็นข้อเสนอแนะด้านการส่งออกข้อมูล

“...คิดว่าการส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม จากโปรแกรมหลัก คือ HOSXP หรือ HOSXP_PCU ถ้าส่งออกข้อมูลเดือนละ 2 ครั้ง หรือทุกสัปดาห์ น่าจะดีกว่าส่งออกเพียงเดือนละครั้ง เพื่อให้ตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลได้ทันก่อนส่งไปส่วนกลาง สปสช” (นักวิชาการสาธารณสุข จ., 2559: สัมภาษณ์)

3) ประเด็นข้อเสนอแนะด้านการตรวจสอบข้อมูล

“...บางทีโปรแกรมที่ใช้ตรวจสอบของ สปสช. สนย. สสจ. ควรเป็นตัวเดียวกัน เพราะบางครั้งตรวจผ่านโปรแกรม OPMP2010 ผ่านหมด พอส่งไป สปสช. ข้อมูลกลับไม่ผ่านตามโครงสร้างและเงื่อนไข ทำให้เสียเวลาในการบันทึกและแก้ไข” (นักวิชาการสาธารณสุข จ., 2559: สัมภาษณ์)

4) ประเด็นข้อเสนอแนะด้านวัสดุอุปกรณ์

“...ควรมีคอมพิวเตอร์ให้เจ้าหน้าที่ลงข้อมูลให้ครบทุกคน จะได้ช่วยกันบันทึกข้อมูล จะทำให้บันทึกทันเวลา ถ้า CUP สามารถสนับสนุนในส่วนนี้ได้ ก็เป็นสิ่งที่ดี ที่จะทำให้เราทำงานได้ง่ายขึ้น สะดวกยิ่งขึ้น” (ผอ.รพ.สต. ฉ., 2559: สัมภาษณ์)



“...การทำงานร่วมกัน ช่วยเหลือกันเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ดูแลกันไม่ต้องแยกส่วนว่าเป็น รพ. หรือเป็น รพ.สต. ถ้าทุกคนมาวางแผนร่วมกัน ก็จะสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เช่น ถ้าคอมพิวเตอร์ รพ.สต.ชำรุดใช้งานไม่ได้ รพ. ก็เข้าไปช่วยซ่อม ช่วยดูแลก็จะดี เพราะ รพ.มี นวค.คอมพิวเตอร์” (ตัวแทน สสอ., 2559: สัมภาษณ์)

5) ประเด็นข้อเสนอแนะด้านการควบคุมกำกับ ติดตาม

“ในการกำกับและติดตาม อยากรให้เป็นบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายร่วมกันตรวจสอบเพื่อเป็นการกระตุ้น โดยการประเมินผลกันเองจะดีกว่ารอแต่จังหวัดอย่างเดียว เพราะบางที่ด้วยข้อจำกัดด้านเวลา งบประมาณในการออกนิเทศมีงบในส่วนนี้ ทำให้บางปีไม่มีแผนติดตาม หรือไม่มีการจัดประชุม” (ตัวแทนจาก สสจ., 2559: สัมภาษณ์)

6) ประเด็นข้อเสนอแนะด้านนโยบายของผู้บังคับบัญชาและการสนับสนุน

“...หัวหน้าหน่วยงานควรเห็นความสำคัญมากกว่านี้ จะต้องกำหนดมาเลยว่าปีนี้มีเป้าหมายว่าอย่างไร ผลงานควรจะเป็นแบบไหน และต้องมีการประเมินจะติดตามด้วย ควรจะสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้บันทึกข้อมูลหรือผู้ปฏิบัติไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตามแต่” (นาย บ., 2559: สัมภาษณ์)

“...หากผู้บริหารส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการนำข้อมูลที่เรานำบันทึกไว้เยอะแยะ จาก 43 แฟ้มถ้าเราสามารถนำมาวิเคราะห์ หรือนำมาใช้ในการพัฒนางานได้ก็จะเป็นเรื่องดี ไม่ใช่บันทึกไว้เพียงแค่ว่าสำหรับทำรายงานส่งส่วนกลางหรือตอบตัวชี้วัดกระทรวงแค่นั้น หากทำได้แบบนี้จะทำให้ทุกคนตระหนักและเห็นความสำคัญว่าต้องบันทึกให้ถูกต้องและสมบูรณ์” (นาย บ., 2559: สัมภาษณ์)

4.3.3 ระยะที่ 3 เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 ประกอบด้วย

4.3.3.1 เปรียบเทียบด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติต่อการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

4.3.3.2 เปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

4.3.3.3 ประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย

4.3.3.4 สรุป ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

4.3.3.5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด



ตาราง 4.15 เปรียบเทียบระดับความรู้จำแนกรายด้านต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43
แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

ความรู้ต่อการจัดการคุณภาพข้อมูล (n = 46)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
ด้านโปรแกรมและฐานข้อมูล	90.6	19.45	97.1	11.81
ด้านการบันทึกและการจัดเก็บ	39.1	20.25	91.3	21.58
ด้านการตรวจสอบหรือวิธีการตรวจสอบ	69.6	16.72	94.9	9.48
ด้านการจัดส่งข้อมูล	91.3	22.70	94.9	15.66
ด้านนโยบายและการใช้ประโยชน์	92.4	20.99	96.7	12.48
รวม	74.7	11.02	94.4	7.59

จากตาราง 4.15 หลังดำเนินการ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล มีความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.7) เป็นระดับสูง (ร้อยละ 94.4) โดยมีความรู้ด้าน โปรแกรมและฐานข้อมูลสูงสุด (ร้อยละ 97.1) รองลงมาคือ มีความรู้ด้านนโยบายและการใช้ประโยชน์ (ร้อยละ 96.7)

ตาราง 4.16 เปรียบเทียบระดับความรู้โดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม
ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

ระดับความรู้ด้านการจัดการคุณภาพข้อมูล (n = 46)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	4	8.7	0	0.0
ระดับความรู้ปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60-79)	22	47.8	1	2.2
ระดับความรู้สูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	20	43.5	45	97.8
ก่อนดำเนินการ Mean =74.7 (S.D.= 11.02)				
หลังดำเนินการ Mean =94.4 (S.D.=7.59)				

จากตาราง. 4.16 หลังดำเนินการ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล ส่วนใหญ่มีระดับความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น จากระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) เป็นระดับสูง (ร้อยละ 97.8)



ตาราง 4.17 เปรียบเทียบระดับเจตคติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

ระดับเจตคติต่อการจัดการคุณภาพข้อมูล (n = 46)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเจตคติไม่ดี (1.00-2.33)	0	0.0	0	0.0
ระดับเจตคติปานกลาง (2.34-3.66)	19	41.3	4	8.7
ระดับเจตคติดี (3.67-5.00)	27	58.7	42	91.3
ก่อนดำเนินการ Mean = 3.75 (S.D. = 0.49)				
หลังดำเนินการ Mean = 4.20 (S.D.=0.38)				

จากตาราง 4.17 หลังดำเนินการ พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล มีระดับเจตคติโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 91.3) โดยก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 (S.D.=0.49) และหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (S.D.=0.38)

ตาราง 4.18 เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

ระดับการปฏิบัติด้านการจัดการคุณภาพข้อมูล (n = 46)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติต่ำ (1.00-2.00)	1	2.2	0	0.0
ระดับการปฏิบัติปานกลาง (2.01-3.00)	14	30.4	3	6.5
ระดับการปฏิบัติดี (3.01-4.00)	31	67.4	43	93.5
ก่อนดำเนินการ Mean = 3.28 (S.D.= 0.52)				
หลังดำเนินการ Mean = 3.54 (S.D.=0.32)				

จากตาราง 4.18 หลังดำเนินการ พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล มีระดับการปฏิบัติโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี โดยก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (S.D.= 0.52) และหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 (S.D.=0.32)



ตาราง 4.19 เปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม จำแนกรายหน่วยบริการใน
ด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลา ก่อนดำเนินการพัฒนา ระหว่างเดือน
เมษายน – กรกฎาคม 2558 และหลังดำเนินการพัฒนา ระหว่างเดือนเมษายน –
กรกฎาคม 2559

เครือข่าย หน่วยบริการ	ความถูกต้อง (ร้อยละ)		ความครบถ้วน (ร้อยละ)		ความทันเวลา (ร้อยละ)	
	ก่อน พัฒนา	หลัง พัฒนา	ก่อน พัฒนา	หลัง พัฒนา	ก่อน พัฒนา	หลัง พัฒนา
1.รพ.จตุรพักตร พิมาน(ต.หัวช้าง)	92.16	99.92	76.41	95.05	75.00	100.00
2.รพ.สต.หนองผือ	86.45	99.82	75.32	98.82	100.00	100.00
3.รพ.สต.เมืองหงส์	82.59	98.64	70.44	96.61	75.00	100.00
4.รพ.สต.โคกล่าม	83.12	99.29	69.72	98.84	100.00	100.00
5.รพ.สต.น้ำใส	88.16	98.86	74.54	99.42	100.00	100.00
6.รพ.สต.ดงแดง	89.11	99.72	82.61	95.89	75.00	100.00
7.รพ.สต.ดงกลาง	85.31	97.98	76.99	99.14	100.00	100.00
8.รพ.สต.ป่าสังข์	88.45	98.94	82.11	97.74	100.00	100.00
9.รพ.สต.ร่องคำ	90.16	99.45	85.45	99.42	75.00	100.00
10.รพ.สต.อิงอ่อง	88.32	99.82	69.44	98.49	100.00	100.00
11.รพ.สต.ลิ้นฟ้า	85.20	98.89	75.42	98.88	100.00	100.00
12.รพ.สต.ดู่น้อย	84.49	99.97	67.99	99.12	50.00	100.00
13.รพ.สต.ศรีโคตร	93.61	99.61	69.55	99.44	100.00	100.00
รวม	89.78	99.63	75.58	96.57	88.46	100.00

จากตาราง 4.19 หลังดำเนินการพัฒนา พบว่า คุณภาพข้อมูลด้านความถูกต้องเพิ่มขึ้นทุก
หน่วยบริการ โดยเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 89.78) เป็น (ร้อยละ 99.63) คุณภาพด้านความครบถ้วน
เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 75.58) เป็น (ร้อยละ 96.57) และคุณภาพด้านความทันเวลาเพิ่มขึ้นจาก
ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 88.46) เป็น (ร้อยละ 100.00) เมื่อพิจารณารายหน่วยบริการ พบว่า ด้านความถูกต้อง
สูงสุด ได้แก่ รพ.สต.ดู่น้อย (ร้อยละ 99.97) ด้านความครบถ้วนสูงสุด ได้แก่ รพ.สต.ดงแดง (ร้อยละ
99.89)



ตาราง 4.20 เปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน และความทันเวลา จำแนกเป็นรายแฟ้ม ก่อนดำเนินการพัฒนา ระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 58 และหลังดำเนินการ ระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 59

ชื่อแฟ้มข้อมูล	ความถูกต้อง (ร้อยละ)		ความครบถ้วน (ร้อยละ)		ความทันเวลา (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	พัฒนา	พัฒนา	พัฒนา	พัฒนา	พัฒนา	พัฒนา
แฟ้มบริการ						
1. SERVICE (ประวัติการมารับบริการ)	89.85	99.91	86.22	97.24	91.44	100.00
2. DIAGNOSIS_OPD (วินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอก)	92.71	99.17	88.45	99.43	90.30	100.00
3. DRUG_OPD (การจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก)	88.63	99.46	72.66	92.55	83.89	100.00
4. PROCEDURE_OPD (หัตถการของผู้ป่วยนอก)	89.80	100.00	76.56	92.98	85.78	100.00
5. CHARGE_OPD (ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอก)	92.21	99.45	77.22	95.76	82.54	100.00
6. SURVEILLANCE (ผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง)	80.93	100.00	89.89	98.55	88.12	100.00
7. ACCIDENT (ผู้ป่วยอุบัติเหตุ)	84.17	100.00	67.39	96.23	92.31	100.00
8. DENTAL (การตรวจสถานะทันตสุขภาพ)	93.18	99.60	86.75	99.97	90.43	100.00
9. COMMUNITY_ACTIVITY (กิจกรรมในชุมชน)	NA	NA	81.76	94.84	82.90	100.00
10. COMMUNITY_SERVICE (การให้บริการในชุมชน)	84.34	99.80	88.45	95.70	80.76	100.00
11. FUNCTIONAL (ประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ)	91.04	100.00	86.22	97.24	91.44	100.00
12. ICF (การประเมินสถานะสุขภาพ)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13. SPECIALPP (บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค)	87.85	100.00	71.54	95.11	90.11	100.00
14. ADMISSION (ข้อมูลประวัติผู้ป่วยในโรงพยาบาล)	96.17	100.00	89.34	100.00	95.89	100.00

ตาราง 4.20 (ต่อ)

ชื่อแฟ้มข้อมูล	ความถูกต้อง (ร้อยละ)		ความครบถ้วน (ร้อยละ)		ความทันเวลา (ร้อยละ)	
	ก่อน พัฒนา	หลัง พัฒนา	ก่อน พัฒนา	หลัง พัฒนา	ก่อน พัฒนา	หลัง พัฒนา
15. DIAGNOSIS_IPD (ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน)	94.81	100.00	91.76	100.00	90.45	100.00
16. DRUG_IPD (การจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน)	91.75	100.00	79.33	98.31	90.67	100.00
17. PROCEDURE_IPD (หัตถการของผู้ป่วยใน)	91.89	100.00	80.54	94.84	89.33	100.00
18 .CHARGE_IPD (ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยใน)	81.19	100.00	78.31	90.98	87.78	100.00
แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ						
19. ANC (การให้บริการฝากครรภ์)	86.00	99.26	60.33	97.54	82.43	100.00
20. EPI (การให้บริการวัคซีน)	85.97	99.53	65.89	96.90	89.75	100.00
21. FP (บริการวางแผนครอบครัว)	90.09	99.57	73.23	98.32	87.66	100.00
22. NEWBORN (ประวัติการคลอดของทารก)	83.91	100.00	78.11	93.63	94.32	100.00
23. NEWBORNCARE (การดูแลทารกหลังคลอด)	88.27	100.00	79.63	99.00	87.11	100.00
24. POSTNATAL (ประวัติการดูแลมารดาหลังคลอด)	87.57	100.00	80.33	95.50	83.90	100.00
25. LABOR (ประวัติการคลอด)	85.37	100.00	71.78	98.66	89.45	100.00
26. NUTRITION (ระดับโภชนาการและพัฒนาการเด็ก)	83.24	100.00	81.89	94.75	87.32	100.00
27. CHRONICFU (ตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)	79.54	99.96	70.80	95.88	86.99	100.00



ตาราง 4.20 (ต่อ)

ชื่อเพิ่มข้อมูล	ความถูกต้อง (ร้อยละ)		ความครบถ้วน (ร้อยละ)		ความทันเวลา (ร้อยละ)	
	ก่อน พัฒนา	หลัง พัฒนา	ก่อน พัฒนา	หลัง พัฒนา	ก่อน พัฒนา	หลัง พัฒนา
28. LABFU (ห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)	89.59	100.00	79.33	97.32	88.54	100.00
29. NCDSCREEN (คัดกรองโรคเบาหวานและความดัน)	91.86	100.00	74.99	96.87	89.90	100.00
30. REHABILITATION (การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ)	91.53	100.00	79.77	99.34	90.43	100.00
เพิ่มสะสม						
31. PRENATAL (ประวัติการตั้งครรภ์)	98.80	100.00	76.52	96.42	87.98	100.00
32. CHRONIC (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)	91.57	99.17	73.76	97.43	87.92	100.00
33. PERSON (ประชากร)	86.26	100.00	85.23	99.87	90.54	100.00
34. VILLAGE (ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชน)	0.00	100.00	50.34	93.54	89.51	100.00
35. PROVIDER (ผู้ให้บริการของสถานพยาบาล)	78.51	100.00	46.88	94.78	90.43	100.00
36. DRUG ALLERGY (ประวัติการแพ้ยา)	78.13	100.00	59.38	97.83	88.09	100.00
37. DISABILITY (ข้อมูลผู้พิการ)	75.00	100.00	51.09	93.90	91.02	100.00
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	89.78	99.63	75.58	96.57	88.46	100.00



ตาราง 4.20 (ต่อ)

ชื่อแฟ้มข้อมูล	ความถูกต้อง (ร้อยละ)		ความครบถ้วน (ร้อยละ)		ความทันเวลา (ร้อยละ)	
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
แฟ้มที่ส่วนกลางไม่ได้ใช้ในการประมวลผล (NA)						
38. ADDRESS* (ที่อยู่)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
39. DEATH* (ประวัติการเสียชีวิต)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
40. HOME* (ที่ตั้งและสุขภาพของหลังคาเรือน)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
41. CARD* (ประวัติการมีหลักประกันสุขภาพ)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
42. APPOINTMENT* (การนัดมารับบริการครั้งต่อไป)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
43. WOMEN* หญิงวัยเจริญพันธุ์)	NA	NA	NA	NA	NA	NA

จากตาราง 4.20 หลังดำเนินการพัฒนา พบว่า คุณภาพข้อมูลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาทั้งด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา เมื่อพิจารณารายแฟ้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 100.00 และแฟ้มที่มีความถูกต้องต่ำ ได้แก่ แฟ้ม CHRONIC (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) และแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD (การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอก) คิดเป็นร้อยละ 99.17 ด้านความครบถ้วน ได้แก่ แฟ้ม DRUG_OPD (การจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก) และแฟ้ม PROCEDURE_OPD (หัตถการของผู้ป่วยนอก) ส่วนด้านความทันเวลา สามารถส่งได้ทันเวลาทุกแฟ้ม คิดเป็นร้อยละ 100.00



ตาราง 4.21 ระดับความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย จำแนกรายข้อต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการ
คุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (n=46)		
	Mean	S.D.	ระดับ
ขั้นเตรียมการ			
1. การติดต่อประสานงานกลุ่มเป้าหมายในการทำการวิจัย	4.95	0.20	มาก
2. การชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย	4.69	0.55	มาก
3. การให้ข้อมูลบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและ อุปสรรคก่อนดำเนินการวิจัย	4.80	0.45	มาก
4. การเก็บรวบรวมคุณภาพข้อมูลฯ ก่อนดำเนินการวิจัย	4.58	0.58	มาก
Mean = 4.76, S.D. = 0.26, Max = 5.00, Min = 3.75			
ขั้นดำเนินการ			
1. การจัดตั้งทีมงานผู้ร่วมวิจัย	4.97	0.14	มาก
2. การประชุมร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (AIC)	4.50	0.78	มาก
3. การคัดเลือกสาเหตุของปัญหา โดยใช้ผังก้างปลา	4.76	0.52	มาก
4. การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)	4.84	0.46	มาก
5. กระบวนการและขั้นตอนในการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ	4.63	0.67	มาก
6. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม	4.50	0.72	มาก
7. การนิเทศ กำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน	4.45	0.80	มาก
8. การมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของการดำเนินงาน	4.93	0.32	มาก
Mean = 4.70, S.D. = 0.35, Max = 5.00, Min = 3.50			
ขั้นประเมินผล			
1. ด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติต่อการจัดการคุณภาพ ข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม	4.58	0.61	มาก
2. ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยสำนักงานประกันสุขภาพ แห่งชาติ	4.65	0.60	มาก
3. รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม	4.76	0.48	มาก
Mean = 4.66, S.D.=0.35, Max = 5.00, Min = 3.67			



จากตาราง 4.21 พบว่า ผู้ร่วมวิจัยหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล มีความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดในขั้นเตรียมการ (Mean=4.76, S.D.=0.26) รองลงมาคือขั้นดำเนินการ (Mean = 4.70, S.D. = 0.35) และขั้นประเมินผล (Mean = 4.66, S.D.=0.35) ตามลำดับ

ตาราง 4.22 ระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ร่วมวิจัย ต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ (%)
ระดับน้อย (1.00-2.33)	0	0.00
ระดับปานกลาง (2.34-3.66)	0	0.00
ระดับมาก (3.67-5.00)	46	100.00
Mean = 4.71, S.D. = 0.22, Max = 5.00, Min = 4.13		

จากตาราง 4.22 พบว่า ผู้ร่วมวิจัยหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล มีความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 (Mean = 4.71, S.D.=0.22)

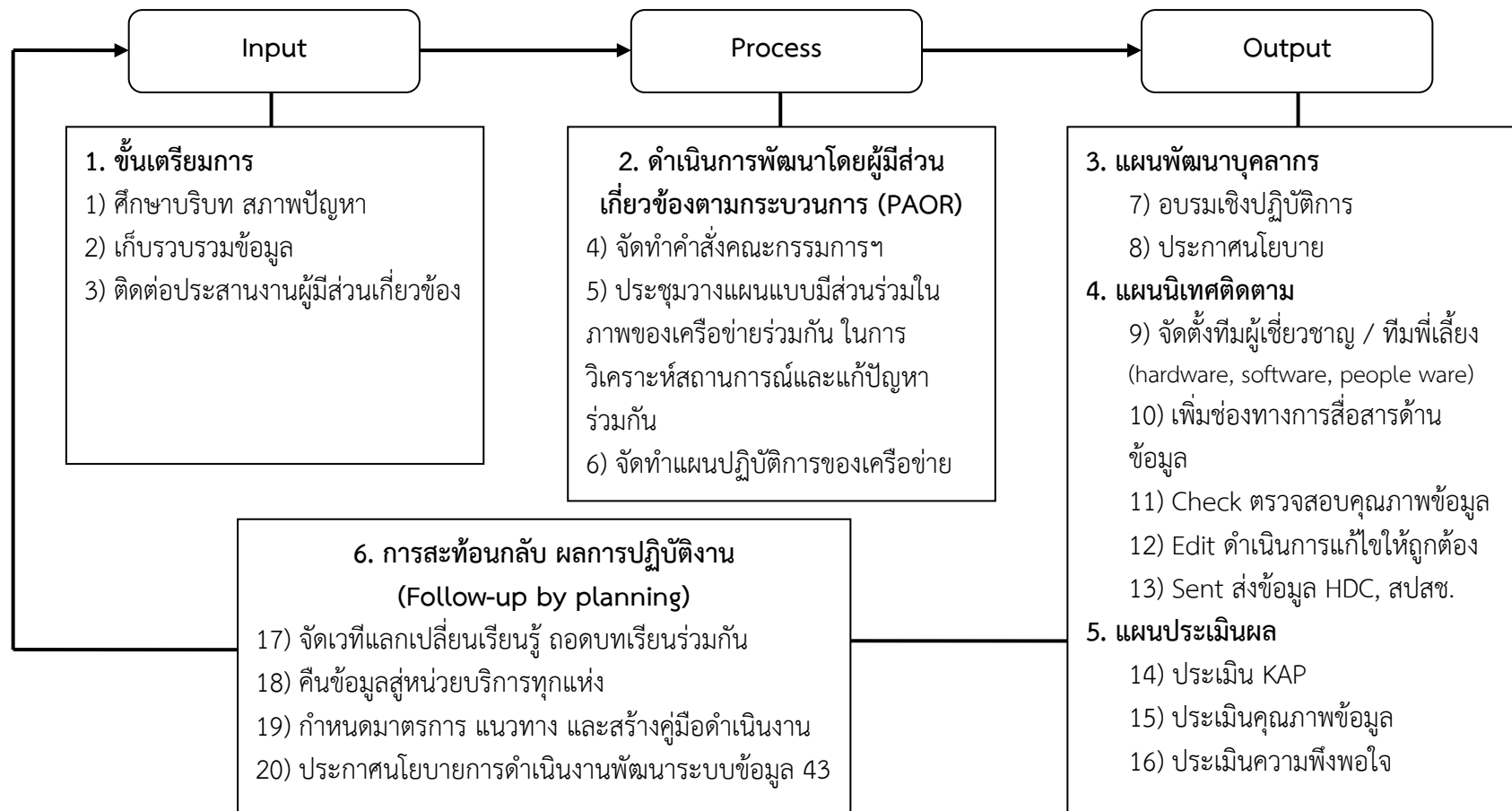
เดิมรูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลสุขภาพ มีการทำงานแบบแยกส่วนต่างคนต่างทำ ซึ่งไม่ได้บูรณาการเข้าด้วยกัน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ได้ร่วมกันในการวางแผนในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จึงไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยหน่วยบริการแต่ละแห่งซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลจตุรพักรพิมาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย ทั้งหมด 12 แห่ง แต่ละแห่งก็จะมีแนวทางการทำงานที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ บางพื้นที่มีเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบคอมพิวเตอร์ที่มีความรู้ความสามารถในการจัดการหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ บางพื้นที่มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการใช้โปรแกรม หรือบางที่มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ และส่งได้ทันเวลาตลอด ในขณะที่เดียวกันบางหน่วยบริการมีคุณภาพข้อมูลที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับที่อื่น ๆ ซึ่งไม่ได้ร่วมกันในการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงหรือหาทางแก้ปัญหาร่วมกัน และไม่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งอุปสรรคปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาในระยะที่ 1 ขั้นดำเนินการไปแล้วนั้น และในระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการแก้ปัญหาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และมีการประเมินผลในระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล ทำให้ได้รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ดังแสดงตามตาราง 4.23 และ แผนภาพ 4.3



ตาราง 4.23 เปรียบเทียบรูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม
ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

แบบเดิม	แบบใหม่
การวางแผน (Planning) 1) การประชุมวางแผนต่างคนต่างทำ ระหว่าง รพ.สต.และโรงพยาบาล 2) ไม่มีแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การปฏิบัติ (Action) 1) กิจกรรมต่างๆ กำหนดขึ้นแบบแยกส่วนไม่เป็น แนวทางเดียวกัน 2) กิจกรรมต่างๆ ขาดความต่อเนื่อง 3) เน้นการส่งออกข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานและส่ง ส่วนกลางเท่านั้น คุณภาพข้อมูลต่ำ การสังเกตการณ์ (Observation) 1) มีเจ้าหน้าที่จาก สสอ. และ รพ. จำนวน 1-2 คน เท่านั้น ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานระบบข้อมูล 43 แฟ้ม การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection) 1) การถอดบทเรียนเป็นหน้าที่ของ ของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลแต่ละแห่ง 2) ไม่มีการคืนข้อมูลลงสู่ชุมชน 3) ขาดการสะท้อนปัญหาอุปสรรค	การวางแผน (Planning) 1) ประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในภาพของ เครือข่ายร่วมกัน ในการวิเคราะห์สถานการณ์ และแก้ปัญหาร่วมกัน 2) จัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายที่ชัดเจน การปฏิบัติ (Action) 1) จัดทำคำสั่งคณะกรรมการฯ โดยเครือข่าย มีส่วนร่วม 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องทุกเดือน 3) ผู้บริหารกำหนดทิศทาง และประกาศนโยบาย ที่ชัดเจนในการจัดการคุณภาพข้อมูล การสังเกตการณ์ (Observation) 1) จัดตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญ/ทีมพี่เลี้ยงดูแล (hardware, software, people ware) 2) ทีมระดับ CUP ร่วมติดตามผลการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง 3) เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารด้านข้อมูล 4) Check : ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่ง 5) Edit : ดำเนินการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง 6) Sent : ส่งข้อมูล HDC จังหวัด และ สปสช. การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection) 1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันถอดบทเรียน หลังการดำเนินงาน สะท้อนปัญหาอุปสรรคใน แต่ละกิจกรรม พร้อมทั้งร่วมหาแนวทางแก้ไข ปัญหาในภาพรวมของ CUP 2) ทำการคืนข้อมูลสู่หน่วยบริการทุกแห่ง 3) กำหนดมาตรการ การแนวทาง และสร้างคู่มือ ดำเนินงาน 4) ประกาศนโยบาย การดำเนินงานพัฒนาระบบ ข้อมูล 43 แฟ้ม โดยผู้บริหาร CUP





ภาพประกอบ 4.3 สรุป ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพัตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน
โครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

การพัฒนาระบบข้อมูลให้ประสบผลสำเร็จ และบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้นั้น มีปัจจัย
หลายอย่างประกอบกัน ควรจะมีการแก้ปัญหาเชิงระบบให้ครอบคลุมมากกว่าจะแก้ปัญหาที่ละจุด เน้นที่
กระบวนการปฏิบัติในทุกขั้นตอน โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มีการการนิเทศ
ติดตาม และการสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนา
คุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขให้มีการใช้ข้อมูล
จากมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ให้สามารถนำไปวิเคราะห์และใช้ในการวางแผนจัดบริการและดูแล
สุขภาพของประชาชน จากฐานข้อมูลที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงนั้น
ประกอบด้วย

(1) การมีคณะกรรมการจัดการคุณภาพข้อมูลระดับเครือข่าย และการกำหนด
บทบาทของคณะกรรมการที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

(2) รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตาม
มาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น มีความชัดเจน ง่าย ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน
การติดตามนิเทศงาน และประเมินผล รวมทั้งการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเพื่อเป็นการ
สะท้อนผลการปฏิบัติงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาวางแผนการดำเนินงาน
ในวงรอบต่อไปข้างหน้าได้อย่างทันท่วงที เป็นการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดได้
เป็นอย่างดี

(3) การทำงานเป็นทีม การได้รับความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการ
ดำเนินงาน จะทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของคุณภาพข้อมูลที่ดี จะส่งผลให้เกิดการ
นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไป

(4) การติดตามนิเทศงานในระหว่างการทำงาน จะช่วยให้รับรู้ปัญหาและ
สามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจที่จะทำงานต่อเนื่องจน
บรรลุผลสำเร็จ

(5) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในระดับเครือข่าย เป็นประจำทุกเดือน และมีความ
ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ เกิดทักษะ และมีความมั่นใจในการทำงาน และสามารถนำไปปฏิบัติได้
อย่างถูกต้อง

(6) การมีช่องทางการติดต่อสื่อสาร ในการสะท้อนข้อมูลที่ยากและสับสน เป็นการ
ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงาน และเพื่อกระตุ้นให้มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเป็นประจำอย่าง
ต่อเนื่อง โดยสามารถที่ศึกษา ค้นคว้า แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการจัดการข้อมูลให้มีคุณภาพและได้
มาตรฐาน

สรุปผลการศึกษาระบบการดำเนินการพัฒนาในวงรอบที่ 1 ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนใน
การดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ขั้นศึกษาสภาพปัญหาในการดำเนินงาน ขั้นการปฏิบัติตาม
รูปแบบที่กำหนด และขั้นประเมินผลรูปแบบ ในวงรอบที่ 1 สามารถนำมาสร้างเป็นรูปแบบแนวคิดที่
เหมาะสมในการพัฒนา คือ CHA_TU Model ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลระหว่างที่ทำการศึกษาในทุก



กิจกรรม ผู้วิจัยและทีมได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก และจากการสังเกตการณ์ ทำให้สามารถสรุปรายละเอียดได้ ดังต่อไปนี้

C คือ Channel and Check หมายถึง มีช่องทางการสื่อสารในการสะท้อนข้อมูลที่ง่ายและสะดวก มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

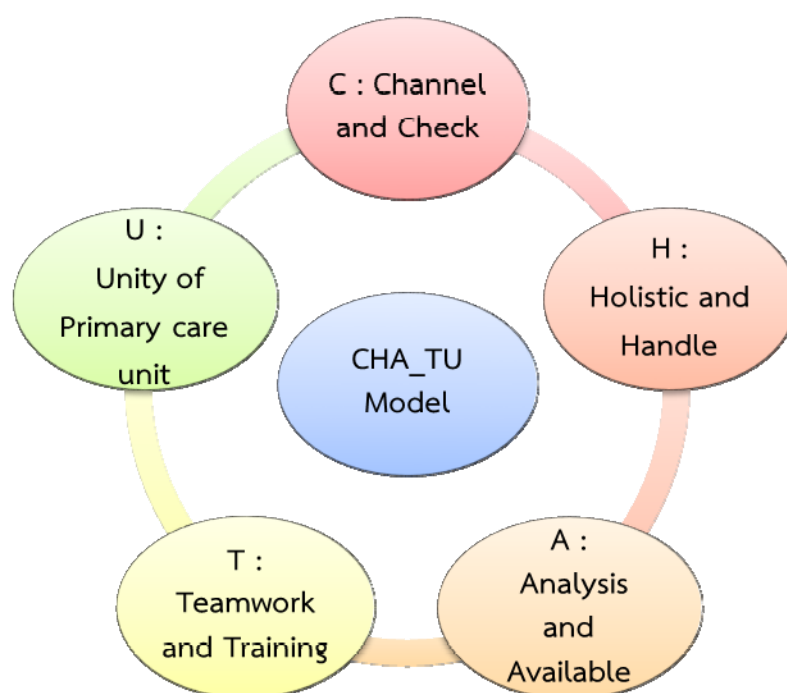
H คือ Holistic and Handle หมายถึง มีการจัดการแบบองค์รวมโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดช่วยกันวางแผนนำไปสู่การปฏิบัติ และร่วมกันพัฒนาในทุกด้าน

A คือ Analysis and Available หมายถึง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีคุณภาพให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง เพื่อใช้ในการวางแผนให้บริการและดูแลสุขภาพประชาชน

T คือ Teamwork and Training หมายถึง การทำงานเป็นทีมเครือข่ายร่วมกันในการพัฒนา และทำการฝึกอบรมให้มีความรู้ เกิดทักษะ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

U คือ Unity of Primary Care Unit หมายถึง ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันความกลมกลืนสามัคคีกันของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

CHA_TU Model หมายถึง แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนแก้ปัญหา และดำเนินการตามกระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอดุสิตรพทพมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเป้าหมายคือ คุณภาพข้อมูลที่ต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ดังภาพประกอบ 4.4



ภาพประกอบ 4.4 รูปแบบแนวคิดการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอดุสิตรพทพมาน จังหวัดร้อยเอ็ด



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา ซึ่งได้นำเอาแนวคิดการวิจัยปฏิบัติการในการดำเนินการตามกระบวนการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์และประเมินกิจกรรม (Observation) และการนำข้อมูลกลับคืนสู่ชุมชน (Reflection) ดำเนินงานการพัฒนาใน 1 วงรอบ ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดส่งข้อมูล และผู้รับผิดชอบงานตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजตุรพักตรพิมาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 46 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 สรุปผลการวิจัย

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

5.1.2.1 เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

5.1.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ให้มีคุณภาพในด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา

5.1.2.3 เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

5.2 สรุปผลการวิจัย



จากผลการวิจัยในครั้งนี้ สรุปผลได้ดังนี้

5.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดส่งข้อมูล และผู้รับผิดชอบงานตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63) อายุตั้งแต่ 31-40 ปี (ร้อยละ 41.3) สถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 60.9) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 89.1) เป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 34.8) มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม เป็นระยะเวลา 1-3 ปี (ร้อยละ 65.2) โดยระยะเวลาเฉลี่ย 3 ปี (S.D.= 2.39) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 10 ปี ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานข้อมูล 43 แฟ้ม (ร้อยละ 84.8) ทราบและตระหนักดีต่อการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (ร้อยละ 89.1) เคยได้รับการนิเทศหรือติดตาม (ร้อยละ 54.3) และเคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจง (ร้อยละ 65.2)

5.2.2 ข้อมูลด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 43.5) และระดับต่ำ (ร้อยละ 8.7) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อด้านความรู้ต่อการจัดการข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านนโยบายและการใช้ประโยชน์ (ร้อยละ 95.7) และมีความรู้ต่ำสุดคือด้านการบันทึกและการจัดเก็บ (ร้อยละ 39.1)

ระดับเจตคติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.7) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.3) และไม่มีระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายข้อด้านเจตคติ พบว่า มีเจตคติสูงสุดในเรื่องอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่เพียงพอและพร้อมใช้งานจะส่งผลต่อการบันทึกข้อมูลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น (Mean=4.33, S.D.=0.79) รองลงมาคือ ข้อมูล 43 แฟ้ม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันในการวางแผนและกำหนดนโยบายต่าง ๆ ขององค์กร (Mean=4.11, S.D.=0.64) ผู้บริหารหน่วยงานเห็นความสำคัญโดยมีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนการดำเนินงาน (Mean=4.09, S.D. = 0.72) ตามลำดับ และมีเจตคติต่ำสุดในเรื่องการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม มีความยุ่งยากซับซ้อน (Mean=2.41, S.D.=1.10)

ระดับการปฏิบัติโดยรวมต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 67.4) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.4) และระดับต่ำ (ร้อยละ 2.2) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อด้านการปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติสูงสุดในเรื่องการได้ร่วมประชุมในการวางแผนดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการข้อมูล 43 แฟ้ม (Mean= 3.59, S.D.=0.61) รองลงมาคือ เมื่อพบปัญหาจากการปฏิบัติงานสามารถแก้ปัญหาด้วยการศึกษาค้นคว้า ด้วยตนเองหรือการซักถามเพื่อนร่วมงาน (Mean=3.50, S.D.=0.65) ได้บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSxP ตามวิธีการตามขั้นตอนที่หน่วยงานกำหนด (Mean=3.39, S.D.=0.80) ตามลำดับ และมีการปฏิบัติต่ำสุดในเรื่องหัวหน้าหน่วยงานมีการควบคุมกำกับ และติดตามตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้ม อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Mean=2.95, S.D. = 0.81)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติกับการอบรมชี้แจงการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า การอบรมชี้แจงการจัดการ



ข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม มีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002, 0.001$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านบุคคล กับระดับการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน การได้รับมอบหมายงาน และการได้รับการอบรม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.001, 0.039$) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการได้รับนิเทศติดตาม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

5.2.3 ข้อมูลจากการศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดส่งข้อมูล และผู้รับผิดชอบงานตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ด้านการบันทึกข้อมูล โปรแกรมแต่ละงานมีหลายหน้าต่างที่ต้องเข้าบันทึกต้องใช้เวลานานในการบันทึก ทำให้บันทึกไม่ทันและเนื่องจากต้องรับผิดชอบ ในการบันทึกหลายงาน รวมถึงมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเงื่อนไขของแต่ละแฟ้มทำให้การบันทึกไม่ถูกต้อง ด้านการส่งออกข้อมูล ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรทำให้ไม่สะดวกในการทำงาน มีการส่งออกข้อมูลแค่เดือนละครั้งทำให้ไม่มีโอกาสแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องได้ทันด้านการตรวจสอบข้อมูล ซึ่งจะมีโปรแกรมที่ใช้ประมวลผลตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น (OPPP2010) พบว่ายังมีข้อบกพร่อง ไม่สามารถตรวจสอบความผิดพลาดได้ครบไม่ละเอียด ด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์เครือข่ายไม่ทันสมัย และยังไม่เพียงพอกับปริมาณงานที่ต้องบันทึกข้อมูล คนไม่เพียงพอเนื่องจากภาระงานมาก และด้านการควบคุมกำกับและการติดตาม ยังขาดการนิเทศติดตามที่จริงจังของหัวหน้าหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ให้ความสำคัญและไม่เห็นความสำคัญเท่าที่ควร ขาดแรงจูงใจจากภาระงานมาก ทำให้เกิดความเหนื่อยล้ากับการทำงาน และความไม่ชัดเจนของนโยบายกระทรวงที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยในแต่ละปีเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการ ทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ครบ และไม่ถูกต้องเป็นต้น

5.2.4 การศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลาซึ่งได้นำเอาแนวคิดการวิจัยปฏิบัติการในการดำเนินการตามกระบวนการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์และประเมินกิจกรรม (Observation) และการนำข้อมูลกลับคืนสู่ชุมชน (Reflection) ดำเนินงานการพัฒนาใน 1 วงรอบ ประกอบด้วย

5.2.4.1 ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดตั้งทีมวิจัย โดยการประสานกับผู้เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดส่งข้อมูล และผู้รับผิดชอบงานตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 46 คน ได้ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูล ซึ่งการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบ



มีส่วนร่วม A-I-C โดยการประชุมแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและการวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การหาแนวทางในการแก้ไขปัญห และขั้นตอนที่ 3 การวางแผนในการแก้ไขปัญห เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด และผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์หาสาเหตุ คัดเลือกสาเหตุของปัญหา โดยใช้ผังก้างปลา (Fish Bone Diagram)

5.2.4.2 ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติการ (Action) จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ร่วมกันคิดร่วมกันทำจึงได้ข้อสรุป เพื่อจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการและแนวทางดำเนินการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภोजตรพัตร์พิมาน ดังนี้

1) แผนพัฒนาบุคลากร

(1) อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตัวอำเภอ

(2) ประกาศนโยบาย ทิศทาง แนวทางการดำเนินงานโดยผู้บริหาร

2) แผนนิเทศติดตาม

(1) จัดหาและแต่งตั้งทีมงานผู้มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญด้านข้อมูล 43 แฟ้ม เพื่อให้คำปรึกษา และสอบถามปัญหาในการดำเนินงาน

(2) เพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูล โดยตั้งกลุ่มไลน์ (LINE) สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใช้ในการติดต่อสื่อสาร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน

(3) การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยตรวจสอบผ่านโปรแกรมตรวจสอบเบื้องต้น (OPPP2010)

(4) จัดการกับข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ โดยการแก้ไขให้ถูกต้อง

(5) ส่งข้อมูลไปยังส่วนกลาง คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) แผนประเมินผล

(1) ประเมินความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติต่อการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

(2) ประเมินคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยใช้ผลการตรวจสอบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(3) ประเมินความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

5.2.4.3 ขั้นการสังเกต (Observation) โดยสังเกตการปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ ของการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความสนใจ ตระหนักและให้ความสำคัญในการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนโดยประกาศเป็นนโยบายที่ให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายทุกแห่งต้องดำเนินการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ จากนโยบายลงสู่การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับ



5.2.4.4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยได้จัดเวทีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพัตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน คือ วันที่ 19 สิงหาคม 2559 ณ ห้องประชุมตึกธรรมรักษา ชั้น 2 โรงพยาบาลจตุรพัตรพิมาน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทบทวนแนวทาง ผลการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรค และสรุปประเด็นที่จะใช้ประกอบเป็นการวางแผนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजตุรพัตรพิมาน

5.2.5 สรุปผลการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า

5.2.5.1 ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้น จากระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.7) เป็นระดับสูง (ร้อยละ 94.4) โดยมีความรู้ด้านโปรแกรมและฐานข้อมูลสูงสุด (ร้อยละ 97.1) รองลงมาคือ มีความรู้ด้านนโยบายและการใช้ประโยชน์ (ร้อยละ 96.7)

5.2.5.2 ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีระดับเจตคติโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี โดยก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 (S.D. = 0.49) และหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (S.D.=0.38)

5.2.5.3 ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีระดับการปฏิบัติโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี โดยก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (S.D.= 0.52) และหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 (S.D.=0.32)

5.2.5.4 คุณภาพข้อมูลด้านความถูกต้องเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 89.78 เป็น ร้อยละ 99.63 คุณภาพด้านความครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 75.58 เป็น ร้อยละ 96.58 และ คุณภาพด้านความทันเวลาเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณารายแฟ้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีความถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 100 และแฟ้มที่มีความถูกต้องน้อย ได้แก่ แฟ้ม CHRONIC (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) และแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD (วินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอก) คิดเป็นร้อยละ 99.17

5.2.5.5 ผู้ร่วมวิจัยหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.71, S.D.= 0.22) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดในส่วนเตรียมการ (Mean = 4.76, S.D. = 0.26) รองลงมาคือขั้นตอนดำเนินการ (Mean = 4.70, S.D. = 0.35) และขั้นประเมินผล (Mean = 4.66, S.D. = 0.35) ตามลำดับ

5.3 อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพัตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด สามารถนำมาเป็นข้ออภิปรายที่มีสาระสำคัญ ดังนี้

5.3.1 จากการศึกษาในขั้นเตรียมการ พบว่า ระดับความรู้ด้านการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) โดยความรู้ด้านการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 39.1) แสดงว่าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลได้ในระดับหนึ่งแต่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งมีเจ้าหน้าที่บางส่วนเท่านั้นที่เคยผ่านการอบรม (ร้อยละ 65.2) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การอบรมมีความสัมพันธ์กับความรู้ และการปฏิบัติต่อการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานแฟ้ม



โครงสร้าง 43 แฟ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.002$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิทยา พลาอาด, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2554) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่พยากรณ์ คุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล พบว่า การได้รับการอบรมเป็นปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัว ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั้งทอง (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา คุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ได้แก่ การฝึกอบรมระดับเครือข่ายหน่วยบริการ ($p\text{-value} = 0.002$) การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากการได้รับการฝึกอบรมเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งการจัดอบรม ภายในเครือข่ายบริการสุขภาพต้องจัดหลักสูตรได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของเจ้าหน้าที่ที่จะ ส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลสุขภาพ

ระดับเจตคติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.7) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.3) ซึ่งจะพบว่าการดำเนินงานตามนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลด้านสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการจัดทำ ข้อมูลให้มีคุณภาพทั้งด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และทันการณ์ การเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อการใช้ ประโยชน์ข้อมูลร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนในการจัดทำรายงานของหน่วยบริการ และการได้รับการ สนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นผลรวมของกระบวนการที่ ก่อให้เกิดการจูงใจ อารมณ์ และการยอมรับของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม ให้มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ ดังนั้น ในการแสดงความคิดเห็นด้านเจตคติจึงอยู่ในระดับดี

ระดับการปฏิบัติการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 67.4) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.4) ซึ่งจะพบว่าการดำเนินการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม มีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นด้านโปรแกรม (Soft Ware) พบว่าโปรแกรมบันทึกข้อมูลมีความซ้ำซ้อน การส่งออกข้อมูล ใช้เวลานาน และยังขาดคู่มือการใช้ ด้านผู้ใช้งาน (People Ware) พบว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะใน การใช้คอมพิวเตอร์น้อย ชื่นจิต หล่ายลอย (2551) ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีก็ ตาม แต่ไม่ได้หมายความว่า จะปฏิบัติได้ถูกต้องตามเงื่อนไขของแต่ละแฟ้มข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดและ เงื่อนไขต่างๆ มาก การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ หรือตามนโยบายที่กำหนดเท่านั้น แต่ยังขาดความตระหนักในด้านคุณภาพของข้อมูล ขาดความรู้ความ เข้าใจที่ชัดเจน เพราะการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม มีรายละเอียดที่ซับซ้อนในแต่ละ แฟ้มข้อมูล ต้องมีความรู้รอบด้านถึงจะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ข้อมูล มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน การได้รับมอบหมายงาน การได้รับ การอบรมชี้แจง และระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}$ = 0.001, 0.039, 0.002) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการได้รับนิเทศติดตาม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชื่นจิต หล่ายลอย (2551) ได้ศึกษาความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม ของสถานื่อนามัย จังหวัดชัยนาท พบว่า การมอบหมายหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}$ = 0.027) การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ก็ต้องปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย จึงมีความจำเป็นต้องรับผิดชอบหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายให้ดี เพื่อให้เกิดคุณภาพของการปฏิบัติงานและจะต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองเสมอจึงส่งผลต่อคุณภาพข้อมูล ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงาน มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}$ = 0.001, 0.039) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ ชื่นจิต หล่ายลอย (2551) พบว่า ระดับการศึกษาและประสบการณ์ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม เป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกหน่วยบริการต้องจัดเก็บและส่งออกข้อมูลให้ส่วนกลาง เพื่อนำไปประมวลผล และใช้ประโยชน์ข้อมูลร่วมกันในระดับประเทศ ซึ่งยังเป็นเรื่องใหม่ที่ได้ดำเนินการอย่างจริงจังเมื่อปี 2557 ที่ผ่านมา ในการดำเนินงานมีความยุ่งยากและซับซ้อนในระบบฐานข้อมูล อีกทั้งในด้านการบันทึกข้อมูล ด้านการตรวจสอบข้อมูล และการส่งออกข้อมูล รวมถึงโปรแกรมการใช้งานที่ใช้ในการบันทึกที่มีความหลากหลายทางโครงสร้าง ดังนั้น ระดับการศึกษาย่อมเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาบุคลากรในการเรียนรู้สิ่งใหม่และก้าวทันเทคโนโลยียุคข้อมูลข่าวสารไร้พรมแดน อีกทั้งประสบการณ์ทำงาน ย่อมส่งผลให้การปฏิบัติงานออกมาดี เนื่องจากคนที่มีประสบการณ์มากย่อมมีความรู้ความเข้าใจในงานมากกว่าคนไม่มีประสบการณ์หรือมีประสบการณ์น้อย สำหรับการได้รับการอบรมชี้แจงและระดับความรู้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรยา ทังทอง (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ได้แก่ การฝึกอบรมระดับเครือข่ายหน่วยบริการ ($p\text{-value}$ = 0.002) การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากการได้รับการฝึกอบรมเป็นการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งระดับความรู้ที่ดีย่อมส่งผลให้การปฏิบัติงานได้ดีและมีคุณภาพ ดังนั้น ระดับความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

5.3.2 ก่อนดำเนินการพัฒนาการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานแฟ้มโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูล 43 แฟ้ม การบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันทำให้ส่งข้อมูลไม่ทันเวลา ไม่มีแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจนและไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลก่อนส่ง รวมถึงอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ไม่ทันสมัยและไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีระวุธ เฟื่องชัย (2555) ซึ่งได้ศึกษาการจัดการคุณภาพฐานข้อมูลการให้บริการวัคซีนตามระบบฐานข้อมูล 18 แฟ้ม ในสถานื่อนามัย อำเภอบางบาล จังหวัดสระเกษ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานไม่สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องเนื่องจากไม่มีการแนวแนวทางในการดำเนินงานอย่างเป็นลำดับ การบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ได้ตรวจสอบและกำหนดรหัสสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ถูกต้องไว้ในแฟ้มข้อมูล ไม่ได้ตรวจสอบรุ่นหรือ



ปรับปรุงโครงสร้างฐานข้อมูลตามที่กำหนดและเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่พร้อมสำหรับการใช้งาน การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ความไม่ชัดเจนของนโยบายกระทรวงที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยในแต่ละปีเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการ ทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง รวมถึงขาดการควบคุมกำกับ การนิเทศติดตามที่จริงจังของหัวหน้าหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ให้ความร่วมมือและไม่เห็นความสำคัญเท่าที่ควร

5.3.3 จากการศึกษากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานแฟ้มโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (A-I-C) ร่วมกับ แนวคิดของ Stephen Kemmis & McTaggart ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้ เจตคติ และมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รวมถึงคุณภาพข้อมูลดีขึ้นทั้งด้านความถูกต้อง ความครบถ้วนและความทันเวลา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรรถพงษ์ ดีเสมอ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยทะเบียน ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีการดำเนินงานลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมอยู่ในระดับมากและเพิ่มขึ้น มีความถูกต้อง และครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นผลจากการลงทะเบียนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3.4 สรุปผลการศึกษากระบวนการดำเนินงานวงรอบที่ 1 ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนในการดำเนิน การวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ขั้นศึกษาสภาพปัญหาในการดำเนินงาน ขั้นการปฏิบัติการตามรูปแบบที่กำหนด และขั้นประเมินผลรูปแบบ สามารถนำมาสร้างเป็นรูปแบบตามกรอบแนวคิดที่เหมาะสมในการดำเนินงานการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานแฟ้มโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด คือ รูปแบบแนวคิด CHA_TU Model ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลระหว่างที่ทำการศึกษา ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มเป้าหมาย และจากการสังเกต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

C คือ Channel and Check หมายถึง มีช่องทางการสื่อสารในการสะท้อนข้อมูลที่ง่ายและสะดวก มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

H คือ Holistic and Handle หมายถึง มีการจัดการแบบองค์รวมโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดช่วยกันวางแผนนำไปสู่การปฏิบัติ และร่วมกันพัฒนา

A คือ Analysis and Available หมายถึง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีคุณภาพให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง เพื่อใช้ในการวางแผนให้บริการและดูแลสุขภาพประชาชน

T คือ Teamwork and Training หมายถึง การทำงานเป็นทีมเครือข่ายร่วมกันในการพัฒนา และทำการฝึกอบรมให้มีความรู้ เกิดทักษะ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

U คือ Unity of Primary Care Unit หมายถึง ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความกลมกลืนสามัคคีกันของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

CHA_TU Model หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผน และจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเป้าหมายคือ คุณภาพข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา



ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน
โครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

การที่จะประสบผลสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้นั้น มีปัจจัยหลายอย่าง
ประกอบกันควรจะมีการแก้ปัญหาเชิงระบบให้ครอบคลุมมากกว่าจะแก้ปัญหาที่ละจุดเน้นที่กระบวนการ
ปฏิบัติในทุกขั้นตอน โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มีการการนิเทศติดตาม และ
การสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพข้อมูล
ด้านสุขภาพ รวมถึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขให้มีการใช้ข้อมูลจากมาตรฐาน
โครงสร้าง 43 แฟ้ม ให้สามารถนำไปวิเคราะห์และใช้ในการวางแผนจัดบริการและดูแลสุขภาพของ
ประชาชน จากฐานข้อมูลที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ซึ่งประกอบด้วย

(1) การมีคณะกรรมการจัดการคุณภาพข้อมูลระดับเครือข่าย และการกำหนด
บทบาทของคณะกรรมการที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

(2) รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตาม
มาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น มีความชัดเจน ง่าย ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน
การติดตามนิเทศงาน และประเมินผล รวมทั้งการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเพื่อเป็นการ
สะท้อนผลการปฏิบัติงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาและวางแผนการดำเนินงาน
ในวงรอบต่อไปข้างหน้าได้อย่างทันท่วงที เป็นการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดได้
เป็นอย่างดี

(3) การทำงานเป็นทีม การได้รับความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการ
ดำเนินงาน จะทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของคุณภาพข้อมูลที่ดี จะส่งผลให้เกิดการ
นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไป

(4) การติดตามนิเทศงานในระหว่างการทำงาน จะช่วยทำให้รับรู้ปัญหาและ
สามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจที่จะทำงานต่อเนื่องจน
บรรลุผลสำเร็จ

(5) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในระดับเครือข่าย เป็นประจำทุกเดือน และมีความ
ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ เกิดทักษะ และมีความมั่นใจในการทำงาน และสามารถนำไปปฏิบัติได้
อย่างถูกต้อง

(6) การมีช่องทางการติดต่อสื่อสาร ในการสะท้อนข้อมูลที่ยากและสับสน เป็นการ
ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงาน และเพื่อกระตุ้นให้มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเป็นประจำอย่าง
ต่อเนื่อง โดยสามารถที่ศึกษา ค้นคว้า แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการจัดการข้อมูลให้มีคุณภาพและได้
มาตรฐาน

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย



จากผลการศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด มีข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ดังนี้

5.4.1.1 จากผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ การได้รับมอบหมายงาน และการอบรมชี้แจงมีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม ดังนั้น ควรกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรงและรับผิดชอบรองในการจัดทำข้อมูล โดยจัดทำคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้ชัดเจน รวมถึงควรจัดอบรมชี้แจงเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าใจและมีความมั่นใจในการจัดการข้อมูล 43 แฟ้ม และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

5.4.1.2 จากข้อค้นพบของการวิจัยนี้ ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศติดตาม ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น จึงควรนำรูปแบบการจัดการคุณภาพดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ ดังมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ดังนี้

1) ควรมีช่องทางการสื่อสารในการสะท้อนข้อมูลที่ยากและสะดวก มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และต้องทำการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง

2) การทำงานเป็นทีมเครือข่าย โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนร่วมกันเพื่อพัฒนาระบบข้อมูล จะสามารถทำให้คุณภาพข้อมูลดีขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา

3) การวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ปัญหา และจัดบริการดูแลสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญในการจัดทำข้อมูลให้มีคุณภาพ ไม่เพียงแค่อำนาจตามตัวชี้วัด เพื่อส่งข้อมูลส่วนกลางเท่านั้น

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสุขภาพของจังหวัดร้อยเอ็ด

5.4.2.2 ควรวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีคุณภาพข้อมูลดี กับกลุ่มที่มีคุณภาพข้อมูลต่ำ สำหรับการจัดการคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม)

5.4.2.3 การวิจัยในวงรอบต่อไป การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ควรมีการติดตามผลในระยะยาว ภายหลังจากการใช้รูปแบบการวิจัยนี้ ผ่านไป 1-2 ปี เพื่อดูว่ามีปัจจัยอะไรที่มีผลต่อการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องหรือมีปัจจัยอะไรที่ส่งผลให้ต้องเลิกทำ



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). *เวทีประชาคมสร้างสรรค์สุขภาพเด็กไทย*.
นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติศักดิ์ คະชาวงค์. (2550). *การประยุกต์ใช้วัฏจักรเดมมิ่งในการจัดการคุณภาพฐานข้อมูล
สถานีนามัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- คัมภีร์ สุดแท้. (2553). *การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- จรณ์ท แก้วก้งวาน. (2548). *การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล*. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://dmbj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1213 [สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2558].
- ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ. (2534). *ข้อมูลข่าวสารบนเส้นทางการพัฒนาสาธารณสุข*. ขอนแก่น: ศิริชัย
การพิมพ์.
- ชื่นจิต หรัยลอย. (2551). *ความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม ของสถานีนามัย จังหวัดชัยนาท*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ณัฐกร จันทรรัตน์. (2550). *การตรวจสอบฐานข้อมูลด้านสาธารณสุข (18แฟ้มมาตรฐาน) ในระดับสถานีนามัย
จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ณัฐศักดิ์ จันทรผล. (2552). *การพัฒนารูปแบบการบริหารงานสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่เน้นการ
กระจายอำนาจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม.
- ดุษฎีวัฒน์ มาป้อง และประกานต์ พัฒนสมบูรณ์. (2551). *ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการด้าน
สาธารณสุขตามชุดมาตรฐานข้อมูลสถานีนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน (18 แฟ้ม) ใน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี*. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์. (2557). *เอกสารประกอบการเรียนการสอนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต : การจัดการคุณภาพในงานสาธารณสุข*. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทศนา แคมมณี. (2550). *รูปแบบการเรียนการสอนทางเลือกที่หลากหลาย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- _____. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุบผา อนันต์สุชาติกุล. (2551). *เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเรื่องการพัฒนาการเรียนรู้อ :*
การวิจัยพัฒนาการเรียนรู้อ. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- ประดิษฐ์ ศิริสอน. (2551). แผนการประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) ในการบริหารจัดการระบบข้อมูลรายงานเอดส์ให้มีประสิทธิภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปัญญา ทองนิล. (2553). รูปแบบการพัฒนาสมรรถภาพการสอนโดยการบูรณาการแบบสอดแทรกสำหรับนักศึกษาครูเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- มารดี วิทยาดำรงชัย. (2549). กระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหลักศิลาเหนือ จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มาลี สืบกระแสน. (2552). การพัฒนารูปแบบองค์การแห่งการเรียนรู้ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม.
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2550). การจัดการคุณภาพจาก: จาก TQC ถึง TQM, ISO 9000 และการประกันคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- รุ่งนภา จิตรโรจนรักษ์. (2548). การพัฒนารูปแบบการบริหารของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. (2557). รายงานผลการตรวจสอบข้อมูลข้อมูล 43 แฟ้มเบื้องต้น. สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการสารสนเทศ (เอกสารรายงาน). ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน.
- _____. (2559ก). สรุปรายงานการตรวจราชการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน.
- _____. (2559ข). สรุปผลการประชุมแบบมีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมานจังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน.
- ลักษมี สารบรรณ. (2551). *คุณภาพ Quality*. กรุงเทพฯ: เจ.ที.ซี. ชัฟฟลาย.
- วรภัทร์ ภูเจริญ. (2541). *แนวทางการประเมินคุณภาพภายในสถานศึกษา*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- วิทยา พลาอาด, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2554). ปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ จังหวัดสตูล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(3), 18-29.
- วีระพล บดีรัฐ. (2543). *PDCA วงจรสู่ความสำเร็จ*. กรุงเทพฯ: ประชาชน จำกัด.
- วีระวุธ เฟื่องชัย. (2555). การจัดการคุณภาพฐานข้อมูลการให้บริการวัคซีน ตามระบบฐานข้อมูล 18 แฟ้ม ในสถานีนอนามัย อำเภอชนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศศิธร ไชยสัง. (2554). การจัดการคุณภาพฐานข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้วยทับทันจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ. (2555). *คู่มือการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพ เพื่อการส่งออก 43 แฟ้ม*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.



- สาธิต ภิรมย์ไชย.(2543). *คู่มือการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างผสมผสานในพื้นที่ระดับตำบล*. กรุงเทพฯ: เสมาธรรม, 2543.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2557). *เอกสารประกอบการประชุมแนวทางการบันทึกและส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม (เอกสารรายงาน)*. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่ม 1 การบริหารงบประมาณจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2553). *คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต.
- _____. (2557). *คู่มือการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- _____. (2558). *แนวทางการดำเนินงานระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual data) ปี 2558*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557ก). *การประชุมคณะกรรมการบริหารระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2558 (เอกสารนำเสนอ)*. วันอังคารที่ 10 มีนาคม 2558 ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
- _____. (2557ข). *คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำราญ อนุเวช. (2549). *การพัฒนาการจัดการระบบข้อมูลเมืองไทยแข็งแรงของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุจรรยา ทั้งทอง. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(3), 37-47.
- สุเทพ วัชรปิยานันท์. (2557). *การดำเนินงานการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- สุมัทนา กลางคาร และวรวจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์ – สารเปเปอร์.
- อรรถพงษ์ ดีเสมอ. (2554). *การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยทะเบียนในจังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อุษารัตน์ ดิตเทียน. (2557). ข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม การจัดการเพื่อใช้ประโยชน์. ใน *สรุปการอภิปรายโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก วันที่ 13 มีนาคม 2557 เวลา 14.30 – 16.00 น. ห้อง Queen's Park 3 (ชั้น 2) กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 30-35.



- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Carr, W. & Kemmis, S. (1986). *Becoming Critical : Education, Knowledge and Action Research*. Victoria: Falmer Press.
- Crosby, Phillip B. (1979). *Quality is Free*. New York: McGraw - Hill.
- Deming, W.E. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Good, Carter V. (2005). *Dictionary of Education*. 5th ed. New York: McGraw-Hill.
- Jones, SS., Adams, JL., Schneider, EC., Ringel, JS. & McGlynn, EA. (2010). Electronic Health Record Adoption and Quality Improvement in US Hospitals. *The American Journal of Managed Care*, 16(12), SP64-71.
- Joseph, K.T. (1960). *The Effects of Mass Communication*. New York: The Free Press.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press.
- Kerr, KA., Norris, T. & Stockdale, R. (2008). *The Strategic Management of Data Quality in Healthcare*. *Health Informatics Journal*, 14(4), 259-266.
- Kulbir, S. (1984). *Methodology of Research in Education*. New Delhi: Sterling Publishers Private Limited.
- Mitchell, T. R. & Larson, J.R. (1987). *People in Organizations: An Introduction to Organizational Behavior*. 3rd ed. New York: McGraw- Hill.
- Procter, Paul. (1978). *Longman Dictionary of Contemporary English*. London: Longman.
- Weiskopf, N.G. & Weng, C. (2012). *Methods and Dimensions of Electronic Health Record Data Quality Assessment: Enabling reuse for Clinical Research*. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 20(1) : 144 – 151.
- Wiersma, W. (1995). *Research Methods in Education*. 6 th ed. Massachusetts: Allyn and Bacon A Simon and Schuster Company.
- Willer, R.H. (1967). *Leader and Leadership Process*. Boston: Irwin / McGraw-Hill.
- Zuber – Skerritt, O. (1992). *Action Research in Higher Education*. London: Kogan Page.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 025 / 2559

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แพ้ม ในเครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัย : นางสาวตียา ภูคกงั่ว

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดร้อยเอ็ด

วันที่รับรอง : 30 มิถุนายน 2559

วันหมดอายุ : 29 มิถุนายน 2560

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้
ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา
หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สงครามชัย สีทองดี)

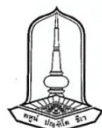
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย



PH2



คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบคำขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

1. ชื่อ - สกุล นิสิต นางสาวติยา ภูคกงั่ว รหัสประจำตัว 57011480036
2. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ
3. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
(ภาษาอังกฤษ) The Development of Standardize Data Quality Management Model for 43 Folders in Primary Care Unit Network, Chaturaphakphiman district, Roi-Et Province
4. สถานที่ในการทดลองใช้เครื่องมือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด
5. กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึก ตรวจสอบ และจัดส่งข้อมูล 43 แฟ้ม จำนวน 30 ตัวอย่าง
6. ระยะเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือ วันที่ 20 - 29 กุมภาพันธ์ 2559

ลงชื่อ นิสิต
(นางสาวติยา ภูคกงั่ว)
วันที่ 23 มกราคม 2559

7. คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ / อาจารย์ที่ปรึกษา เห็นชอบแล้ว

ลงชื่อ
(ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์)
วันที่ 23 มกราคม 2559

8. ดำเนินการแล้ว

ลงชื่อ
(ผศ.ดร. ศิริวรรณ เทรินโบล์)
คณบดี / ประธานคณะกรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ
ว./ค./ป. 23 มกราคม 2559





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๙๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุมัติครุภัณฑ์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ

ด้วย นางสาวติยา ภูคกงั่ว รหัสนิสิต ๕๗๐๑๑๔๘๐๐๓๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล และ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด มีความเหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ในครั้งนี้ ขอขออนุมัติครุภัณฑ์จากท่านโปรดอนุญาตให้ นางสาวติยา ภูคกงั่ว ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

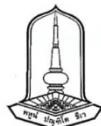
ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



PH3



คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบคำขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

1. ชื่อ - สกุล นิสิต นางสาวติยา ภูคกงั่ว รหัสประจำตัว 57011480036
2. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ
3. ชื่อเรื่อง(ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอดุสิตพัฒนา จังหวัดร้อยเอ็ด
(ภาษาอังกฤษ) The Development of Standardize Data Quality Management Model for 43 Folders in Primary Care Unit Network, Chaturaphakphiman district, Roi-Et Province
4. สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย (กรุณาระบุให้ชัดเจน) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอดุสิตพัฒนา จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่ง
5. กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึก ตรวจสอบ และจัดส่งข้อมูล 43 แฟ้ม
6. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 - 31 พฤษภาคม 2559

ลงชื่อ นิสิต
(นางสาวติยา ภูคกงั่ว)
วันที่ 23 มกราคม 2559

7. คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ / อาจารย์ที่ปรึกษา เห็นชอบแล้ว

ลงชื่อ
(ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)
วันที่ 23 มกราคม 2559

8. ดำเนินการแล้ว

ลงชื่อ
(ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)
คณบดี / ประธานคณะกรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ
ว.ค.บ. ๒๖ มกราคม ๒๕๕๙





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๙๑

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๕ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

ด้วย นางสาวติยา ภูคกงั่ว รหัสนิต ๕๗๐๑๑๔๘๐๐๓๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์ และ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้อนุญาตให้ นางสาวติยา ภูคกงั่ว เก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ภาคผนวก ค
หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๒ ๘๒

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๒ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางดวงเดือน ศรีมาดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำขอวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวติยา ภูคกงั่ว รหัสนิสิต ๕๗๐๑๑๔๔๐๐๓๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล และ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๒๕๖

คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๖ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายสุดใจ สีหานาม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวรติยา ภูคกงั่ว รหัสนิสิต ๕๗๐๑๑๔๘๐๐๓๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอดุทรพิกตพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์ และ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๖๗๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายยุทธนา ผือโย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวติยา ภูคกงั่ว รหัสนิสิต ๕๗๐๑๑๔๘๐๐๓๖ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ - คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล และ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา นิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ลายเซ็น)

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ (ด้วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๔๐๒
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



รหัส

--	--

แบบสอบถาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง

- แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ อุปสรรค ปัญหาและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด”
- แบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม	
- ในการสอบถามครั้งนี้ คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใดจึงขอ ให้ท่านตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือเขียนอธิบายสั้นๆ เพิ่มเติมในช่องว่างที่ระบุไว้

- เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง
- อายุ.....ปี
- สถานภาพสมรส () 1.โสด () 2.สมรส () 3.หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
- การศึกษา () 1.อนุปริญญาหรือเทียบเท่า () 2. ปริญญาตรี () 3. ปริญญาโทหรือสูงกว่า
- ตำแหน่ง

() 1. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน () 2. นักวิชาการสาธารณสุข	
() 3. พยาบาลวิชาชีพ () 4. นักวิชาการคอมพิวเตอร์	
() 5. แพทย์/ทันตแพทย์ () 6. เกษตรกร () 7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
- ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม.....ปี.....เดือน
- ท่านได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบข้อมูล 43 แฟ้ม หรือไม่

() 1.ได้รับมอบหมาย	() 2.ไม่ได้รับมอบหมาย
---------------------	------------------------



8.ท่านทราบหรือไม่ว่า การบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา จะส่งผลต่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ และส่งผลต่อการจัดสรรเงิน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

() 1.ทราบ และตระหนักดีต่อผลกระทบที่ได้รับ

() 2.ทราบ แต่ไม่สนใจเพราะไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง () 3.ไม่ทราบ

9.ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการนิเทศ / ติดตามเกี่ยวกับข้อมูล 43 เพิ่ม หรือไม่

() 1.ไม่เคย () 2.เคย ระบุ จำนวน.....ครั้ง

10.ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจงหรือไม่

() 1.ไม่เคย () 2.เคย ระบุ จำนวน.....ครั้ง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการข้อมูล 43 เพิ่ม	ใช่	ไม่ใช่
โปรแกรมและฐานข้อมูล		
1.HOSXP, JHCIS เป็นโปรแกรมหลักในการบันทึก จัดเก็บและส่งออกข้อมูล 43 เพิ่ม		
2.การตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถตรวจสอบได้โดยใช้โปรแกรม OPSP2010		
3.การพัฒนากระบวนการเชื่อมโยงข้อมูลมาตรฐาน (Standard Data Set) เริ่ม 18 เพิ่ม ในระดับสถานีอนามัย และ 12 เพิ่ม ในระบบโรงพยาบาล		
การบันทึก/การจัดเก็บ		
4. การบันทึกข้อมูลเพื่อการส่งออกข้อมูล 43 เพิ่ม ต้องบันทึกทันทีหลังให้บริการเท่านั้น		
5. เพิ่มสะสมกำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปฐฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ธันวาคม ของทุกปี		
6.ลักษณะการจัดเก็บหรือประเภทของการข้อมูลที่จัดเก็บแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ เพิ่มสะสม เพิ่มบริการ และเพิ่มบริการกิ่งสำรวจ		
การตรวจสอบ/วิธีการตรวจสอบ		
7.เงื่อนไขในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ถูกกำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข		
8.ในปี 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับตรวจสอบข้อมูลเพียง 37 เพิ่ม สำหรับโรงพยาบาล		
9.ในปี 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับตรวจสอบข้อมูลเพียง 21 เพิ่ม สำหรับ รพ.สต.(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)		
10.การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดต่างๆ คิดจากเพิ่มบุคคล (Person) type 1-4		
11.การคิดคะแนน (Point) การให้บริการผู้ป่วย 1 คนใน 1 วันจะได้ 1 คะแนน (บริการหลายครั้งใน 1 วันจะคิด 1 คะแนน)		



ความรู้เกี่ยวกับการจัดการข้อมูล 43 เพิ่ม		ใช่	ไม่ใช่
การจัดส่งข้อมูล			
12.การจัดส่งข้อมูลให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องส่งภายใน 30 วันหลังให้บริการ จึงจะถือว่าเป็นข้อมูลทันเวลา			
13.โรงพยาบาล ให้ส่งข้อมูลโดยตรงผ่านทางเว็บไซต์ http://op.nhso.go.th/op			
14. รพ.สต.(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ให้ส่งข้อมูลไปที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
นโยบายและการใช้ประโยชน์			
15.การดำเนินการจัดเก็บข้อมูลมาตรฐานโครงสร้าง43 เพิ่ม เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข			
16.ข้อมูล 43 เพิ่ม เป็นข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันในการวางแผน กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ			



ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับการจัดการตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แพ้ม

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.การบันทึกข้อมูล 43 แพ้ม มีความยุ่งยากซับซ้อน					
2.คำนิยามของข้อมูล 43 แพ้ม มีความชัดเจนสามารถเข้าใจได้ และง่ายในการปฏิบัติงาน					
3.ข้อมูล 43 แพ้ม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันในการวางแผน และกำหนดนโยบายต่างๆ ขององค์กร					
4.ข้อมูล 43 แพ้มมีประโยชน์ คือ การให้บริการที่รวดเร็วขึ้น ลดภาระในการจัดทำรายงานของหน่วยงาน					
5.การประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้ข้อมูลจาก 43 แพ้มมีประสิทธิภาพ และน่าเชื่อถือ					
6.การจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลจาก 43 แพ้ม มีความน่าเชื่อถือ มีความถูกต้อง และเป็นธรรม					
7.อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่เพียงพอและพร้อมใช้งาน จะส่งผลต่อการบันทึกข้อมูลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น					
8.โปรแกรม HOSXP มีความทันสมัย มีความสะดวก ใช้งานง่าย ทำให้ลดระยะเวลาในการให้บริการ					
9.ผู้บริหารหน่วยงานเห็นความสำคัญ โดยมีนโยบายที่ชัดเจน และสนับสนุนการดำเนินงานข้อมูล 43 แพ้ม					



ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10.หัวหน้าหน่วยงานมีการควบคุม กำกับ และ ติดตามตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้ม สม่่าเสมอและ ต่อเนื่อง					



ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แพ้ม

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

- ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านหรือหน่วยงานได้ปฏิบัติประจำตามข้อความนั้น
(ปฏิบัติได้ 81-100 %)
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านหรือหน่วยงานได้ปฏิบัติบ่อยครั้งตามข้อความนั้น
(ปฏิบัติได้ 61- 80%)
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านหรือหน่วยงานได้ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้งตามข้อความนั้น
(ปฏิบัติได้ 1-60 %)
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านหรือหน่วยงานไม่เคยปฏิบัติเลยตามข้อความนั้น

การจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แพ้ม	การปฏิบัติ			
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1.ท่านได้ร่วมประชุมในการวางแผนดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการข้อมูล 43 แพ้ม				
2.ท่านบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSXP ได้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา				
3. ท่านได้บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSXP ตามวิธีการขั้นตอนที่หน่วยงานกำหนด				
4.เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานหน่วยงานให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ				
5.เมื่อพบปัญหาจากการปฏิบัติงานท่านแก้ปัญหาด้วยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองและ/หรือการซักถามเพื่อนร่วมงาน				
6.ก่อนส่งข้อมูลไปยังส่วนกลางท่านได้ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล				
7. ท่านส่งข้อมูล 43 แพ้ม ภายใน 30 วันหลังให้บริการ				
8. ท่านจัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีผู้มารับบริการ				
9. ท่านได้นำข้อมูล 43 แพ้ม ไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์และพัฒนางานให้ดีขึ้น				
10. หัวหน้าหน่วยงานมีการควบคุม กำกับ และติดตามตรวจสอบข้อมูล 43 แพ้มอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง				



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูล
คำชี้แจง : ให้ท่านระบุปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดทำข้อมูล 43 แฟ้ม

3.1 ปัญหาและอุปสรรค

1.ด้านการบันทึก

.....

.....

.....

.....

2.ด้านการส่งออกข้อมูล

.....

.....

.....

.....

3.ด้านการตรวจสอบข้อมูล

.....

.....

.....

.....

4.ด้านวัสดุอุปกรณ์ (คน,งบประมาณ, คอมพิวเตอร์,การเชื่อมต่อเครือข่าย Internet เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

5.ด้านการควบคุม กำกับ ติดตาม

.....

.....

.....

6.ด้านอื่นๆ (นโยบายของผู้บังคับบัญชา, การสนับสนุน, แรงจูงใจ)

.....

.....

.....



3.2 ข้อเสนอแนะ

1.ด้านการบันทึก

.....

.....

.....

2.ด้านการส่งออกข้อมูล

.....

.....

.....

3.ด้านการตรวจสอบข้อมูล

.....

.....

.....

4.ด้านวัสดุอุปกรณ์ (คน,งบประมาณ, คอมพิวเตอร์,การเชื่อมต่อเครือข่าย Internet เป็นต้น)

.....

.....

.....

5.ด้านการควบคุม กำกับ ติดตาม

.....

.....

.....

6.ด้านอื่น ๆ (นโยบายของผู้บังคับบัญชา, การสนับสนุน, แรงจูงใจ)

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม



แบบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม
ก่อนและหลังดำเนินการวิจัย ครั้งที่..... วัน /เดือน/ปี

แฟ้มข้อมูล	ความถูกต้อง (Accuracy)			ความครบถ้วน (Completeness)			ความทันเวลา(Timeline)		
	จำนวน record		%	จำนวน record		%	จำนวน record		%
	ทั้งหมด	ผ่าน		ทั้งหมด	ผ่าน		ทั้งหมด	ผ่าน	
1. PERSON									
2. ADDRESS									
3. DEATH*									
4.CARD*									
5. DRUG ALLERGY									
6. HOME*									
7 .SERVICE									
8.APPOINTMENT*									
9. ACCIDENT*4									
10. DIAGNOSIS _OPD									
11.PROCEDURE _OPD									
12. DRUG _OPD									
13. CHARGE _OPD									
14. ADMISSION									
15. DIAGNOSIS _IPD									



แฟ้มข้อมูล	ความถูกต้อง (Accuracy)			ความครบถ้วน (Completeness)			ความทันเวลา(Timeline)		
	จำนวน record		%	จำนวน record		%	จำนวน record		%
	ทั้งหมด	ผ่าน		ทั้งหมด	ผ่าน		ทั้งหมด	ผ่าน	
16. PROCEDURE_IPD									
17. DRUG_IPD									
18 .CHARGE_IPD									
19.SURVEILLANCE									
20. WOMEN*									
21. FP									
22 .EPI									
23 .NUTRITION									
24.PRENATAL									
25 .ANC									
26. LABOR									
27. POSTNATAL									
28. NEWBORN									
29. NEWBORNCARE									
30. DENTAL									
31.SPECIALPP*									
32 .NCDScreen									
33 .CHRONIC									



แฟ้มข้อมูล	ความถูกต้อง (Accuracy)			ความครบถ้วน (Completeness)			ความทันเวลา(Timeline)		
	จำนวน record		%	จำนวน record		%	จำนวน record		%
	ทั้งหมด	ผ่าน		ทั้งหมด	ผ่าน		ทั้งหมด	ผ่าน	
34. CHRONICFU									
35. LABFU									
36.COMMUNITY_SERVICE									
37 .DISABILITY									
38. ICF									
39.FUNCTIONAL									
40 .REHABILITATION									
41 .VILLAGE									
42.COMMUNITY_ACTIVITY									
43 .PROVIDER									

*หมายถึงแฟ้มที่ส่วนกลางไม่ได้ใช้ในการประมวลผล (จำนวน 6 แฟ้ม) และแฟ้มที่ต้องจัดส่งให้ สปสช. ตรวจสอบและประมวลผล จำนวน 37 แฟ้ม

.....ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบบันทึกการสังเกตการณ์

วัน เดือน ปี ที่ทำกิจกรรม.....สถานที่.....

ชื่อกิจกรรมหลัก.....

กิจกรรมย่อย	การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	การแสดงความคิดเห็น/เสนอแนะ ในขณะดำเนินกิจกรรม	ข้อดี / ข้อเสีย



แบบบันทึกผลการสรุปกิจกรรม (ถอดบทเรียน)

AAR (After Action Review)

ลำดับ	กิจกรรม(X)	สิ่งที่คาดหวัง/ ต้องการ	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	เหตุผล? ทำไมแตกต่าง หรือเหมือนกัน	ข้อสังเกต/ข้อดี/ ข้อเสีย	สิ่งที่ต้องปรับปรุง/ปรับแก้ และควรทำต่อไป	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							



ภาคผนวก จ

โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด



**โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
ประจำปีงบประมาณ 2559**

1. หลักการและเหตุผล

ตามที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีนโยบายในการใช้ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและงานส่งเสริมป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูล 43 แฟ้ม ตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา และให้สถานพยาบาลบันทึกและจัดส่งออกข้อมูลในรูปแบบ 43 แฟ้ม ทั้งนี้ในการบันทึกและส่งออกข้อมูล มีข้อมูลที่บันทึกจำนวนมากและมีรายละเอียดที่ซับซ้อน เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกข้อมูลในแต่ละสถานพยาบาลยังขาดความรู้และทักษะในการจัดการข้อมูล ทำให้ข้อมูลขาดคุณภาพทั้งด้านความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ส่งออก และส่งไม่ทันเวลา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ร่วมกันในระดับประเทศ ใช้กำหนดนโยบาย และการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน รวมถึงเป็นการเสียโอกาสที่จะได้รับการจัดสรรงบประมาณตามตัวชี้วัด และผลงานบริการต่างๆ เป็นต้น

จากการดำเนินงานข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน ในปีที่ผ่านมา พบว่า ยังมีปัญหาด้านความรู้และทักษะการบันทึกข้อมูลของบุคลากร ดังนั้นงานเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ซึ่งเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูล การส่งออกข้อมูล การปรับโครงสร้างฐานข้อมูลและปรับข้อมูลพื้นฐานของข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน ในโปรแกรม HOSxP และ HOSxP PCU แก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล และผู้จัดส่งรายงาน ให้สามารถปรับปรุงฐานข้อมูลเพื่อให้รองรับการบันทึกข้อมูลและส่งรายงานให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ ผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลและผู้จัดส่งรายงาน มีความรู้และทักษะในการจัดการฐานข้อมูลให้ได้ตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
- 2.2 เพื่อให้การส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
- 2.3 เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้รับผิดชอบข้อมูลในเครือข่าย
- 2.4 เพื่อเป็นช่องทางในการเพิ่มรายได้แก่หน่วยบริการ

3. กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 50 คน

- 3.1 ผู้ดูแลระบบ ผู้รับผิดชอบในการบันทึกและผู้จัดส่งรายงาน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 26 คน (คณะกรรมการ 43 แฟ้ม และหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน)



3.2 ผู้ดูแลระบบ ผู้รับผิดชอบในการบันทึกและผู้จัดส่งรายงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 24 คน (รพ.สต.แห่งละ 2 คน)

4. กลวิธีดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

1. จัดประชุมชี้แจงโครงการแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบข้อมูลในเครือข่าย
2. ร่วมกันกำหนดวันตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งออกทุกสถานบริการในเครือข่าย
3. แต่งตั้งคณะทำงานโดยใช้ทีมข้อมูลประจำอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบ
4. ประสานงานทีมวิทยากร จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ในการจัดประชุม

ขั้นดำเนินการ

1. จัดประชุมปฏิบัติการ การบันทึกข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลักสูตร 2 วัน
 - 1.1 การบันทึกข้อมูลบริการทางการแพทย์ 43 แฟ้ม และการตรวจสอบข้อมูล
 - 1.2 ทำการปรับปรุงข้อมูลที่มีปัญหาให้สมบูรณ์ก่อนส่งไปยัง HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - 1.3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การบริหารจัดการข้อมูลของแต่ละสถานบริการ
2. เก็บรวบรวมสถิติการส่งข้อมูลแต่ละสถานบริการ ในเครือข่ายทุกรายเดือน
3. เปรียบเทียบข้อมูล 43 แฟ้ม ของแต่ละหน่วยบริการภายใน CUP จตุรพักตรพิมาน

ขั้นประเมินผล

1. สรุปผลการดำเนินงาน
2. ประเมินผลโครงการจากผลการตรวจสอบข้อมูล OP/PP individual ทุกเดือน
3. สรุปโครงการ ปัญหาและวิธีการพัฒนา

5. ระยะเวลาดำเนินงาน

วันที่ 30-31 มีนาคม 2559

6. งบประมาณและแหล่งงบประมาณ

งบประมาณในการดำเนินงานตามโครงการ เบิกจ่ายจากเงินบำรุงโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ปีงบประมาณ 2559 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

- 6.1 ค่าสมนาคุณวิทยากร 2 วันๆ ละ 7 ชั่วโมง ชั่วโมงละ 600 x 2 วัน เป็นเงิน 8,400 บาท
 - 6.2 ค่าชดเชยน้ำมันเชื้อเพลิงในการเดินทางของวิทยากร ระยะทาง 270 กิโลเมตร รวมไป-กลับ 468 กิโลเมตรๆ ละ 4 บาท เป็นเงิน 1,872 บาท
 - 6.3 ค่าอาหารกลางวันผู้เข้าร่วมประชุม 50 คน x 60 บาท x 2 มื้อ เป็นเงิน 6,000 บาท
 - 6.4 ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม 50 คน x 25 บาท x 4 มื้อ เป็นเงิน 5,000 บาท
 - 6.5 ค่าป้ายประชาสัมพันธ์โครงการป้ายไวนิลขนาด 1.5 เมตร x 2 เมตร เป็นเงิน 720 บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 21,992 บาท (สองหมื่นหนึ่งพันเก้าร้อยเก้าสิบสองบาทถ้วน)



7. สถานที่ดำเนินการ

ห้องประชุมคำแพง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

8. การประเมินผล

8.1 ฐานข้อมูลโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีการปฏิบัติตามโครงสร้างข้อมูล 43 แห่งประจำปี 2559 ของสำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

8.2 สถานบริการในเครือข่ายส่งข้อมูลเข้า HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้ถูกต้อง ทันเวลา และครอบคลุมร้อยละ 100

8.3 การบันทึกข้อมูลและส่งรายงานข้อมูล 43 แห่ง ไปยังสำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. สถานบริการในเครือข่ายมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและส่งข้อมูลเข้า HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้ถูกต้อง

2. บุคลากรที่รับผิดชอบงานระบบข้อมูลมีสมรรถนะในการจัดการข้อมูลได้เป็นอย่างดี

3. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้รับผิดชอบข้อมูลภายในเครือข่าย

4. ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามผลงานเพิ่มขึ้น

10. ผู้รับผิดชอบโครงการ

งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

11. ผู้เสนอโครงการ

.....
(นางรติยา วิภักดิ์)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

.....
(นายยุทธนา ผือโย)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

12. ผู้เห็นชอบโครงการ

.....
(นายแพทย์สุพัชร์ศักย์ พันธุ์ศิลา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

.....
(นายสำรวม จำปาขันธุ์)
สาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน

13 ผู้อนุมัติโครงการ

.....
(นายปิติ ทั้งไพศาล)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด



ตารางกำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ
โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม
วันที่ 30 – 31 มีนาคม 2559
ณ ห้องประชุมคำแพง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

วันที่ 30 มีนาคม 2559

08.30 – 09.00 น. ลงทะเบียน

09.00 – 09.30 น. ประธานกล่าวต้อนรับและเปิดการประชุม

09.30 – 10.30 น. แนวนโยบายการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ 43 แฟ้ม ปี 2559

10.30 – 10.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง

10.45 – 12.00 น. สรุปการปรับโครงสร้างฐานข้อมูลตามนโยบาย สนย. และ สปสช. ปี 2559

12.00 – 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

13.00 – 14.30 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ แฟ้ม PERSON, ADDRESS, DEATH, CHRONIC, CARD, SERVICE, DIAGNOSIS_OPD, HOME, APPOINTMENT, NCDSCREEN, CHRONICFU, LABFU, CHARGE_OPD, ADMISSION และ CHARGE_IPD

14.30 – 14.45 น. รับประทานอาหารว่าง

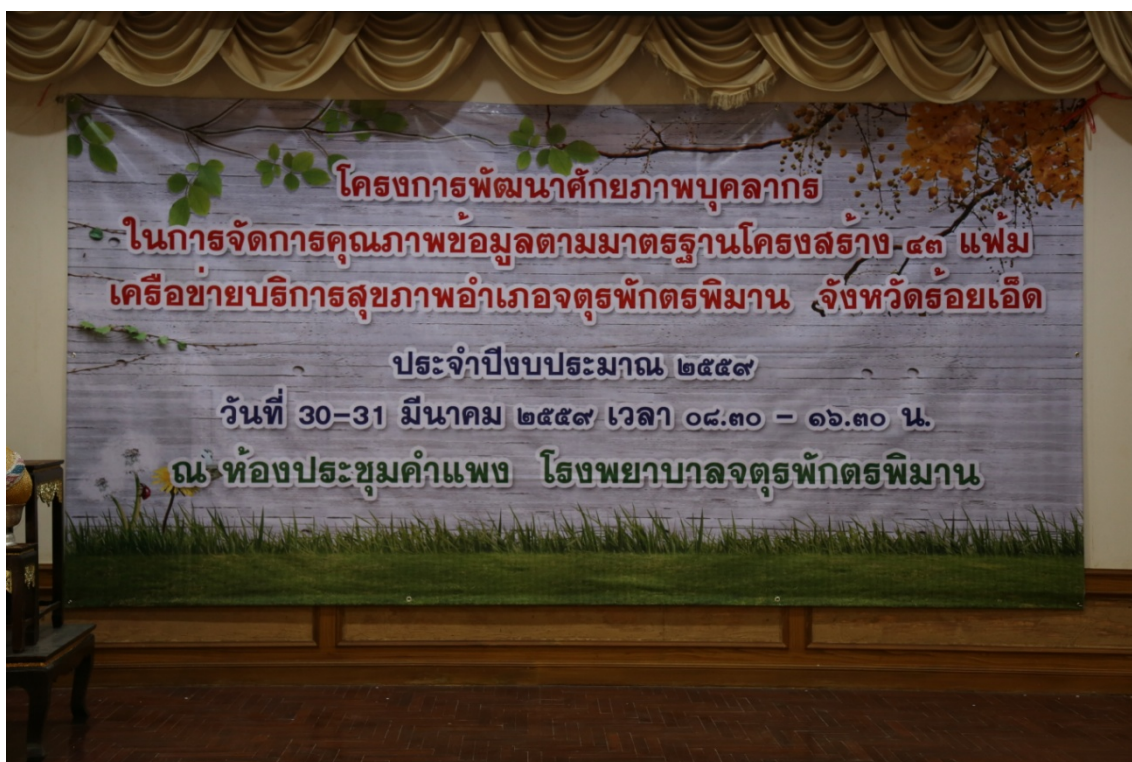
14.45 – 16.30 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ แฟ้ม CHRONIC, CARD, SERVICE, DIAGNOSIS_OPD, APPOINTMENT, HOME, NCDSCREEN, CHRONICFU, LABFU, CHARGE_OPD, ADMISSION และ CHARGE_IPD

วันที่ 31 มีนาคม 2559

- 08.30 – 10.30 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ แฟ้ม DIAGNOSIS_IPD, DRUG_IPD, PROCEDURE_IPD, PROVIDER, VILLAGE,
- 10.30 – 10.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.45 – 12.00 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ แฟ้ม SPECIALPP, ACCIDENT และCOMMUNITY_SERVICE
- 12.00 – 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 – 14.30 น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ แฟ้ม DISABILITY, FUNCTIONAL, COMMUNITY_ACTIVITY, DENTAL, DRUGALLERGY, ICF, REHABILITATION, CARE_REFER, CLINICAL_REFER, DRUG_REFER,
- 14.30 –14.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 14.45 – 16.00น. สาธิตและฝึกปฏิบัติการบันทึกข้อมูลระบบบริการทางการแพทย์ แฟ้ม INVESTIGATION_REFER, PROCEDURE_REFER, REFER_HISTORY, REFER_RESULT
- 16.00 – 16.30 น. สรุป อภิปรายผล ตอบปัญหาทั่วไป และปิดการประชุม

ภาคผนวก ฉ
ภาพประกอบการจัดกิจกรรม













ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางรติยา วิกักดิ์
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2519
จังหวัด และประเทศที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2537 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสมเด็จพระพิทยาคม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2539 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (เวชสถิติ) วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2559 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 45180
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 159 หมู่ที่ 7 ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 45150

