

รายงานผลการศึกษา

โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย

Report on the project of developing the mechanisms and macroindicators
of monitoring and evaluation primary care systems in Thailand

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
เครือข่ายวิจัยและพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ร่วมกับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทสรุป สำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นพัฒนากลไกการกำกับประเมินผล และชุดตัวชี้วัดในด้านผลลัพธ์งานของระบบบริการปฐมภูมิที่วัดผลและเปรียบเทียบกันได้ระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ต่างๆ มากกว่าตัวชี้วัดที่กระบวนการบริการ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในกระบวนการดำเนินงานที่แตกต่างกันได้ตามสภาพพื้นที่ แต่หากไม่สามารถวัดที่ผลลัพธ์งานได้ ก็ใช้ตัวชี้วัดของคุณภาพกระบวนการดำเนินงานแทน ชุดตัวชี้วัดที่พัฒนามุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ของระบบบริการปฐมภูมิที่สัมพันธ์กับความสามารถของระบบในด้านความเสมอภาค คุณภาพ ความมีประสิทธิภาพ และการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชน และการพึ่งตนเองของประชาชน

การพัฒนาตัวชี้วัด และระบบติดตาม ประเมินผล ในการศึกษา นี้ จะเป็นการศึกษาที่ใช้หลักการทฤษฎี ประกอบกับตัวอย่างการดำเนินงานจริงในพื้นที่ รวมทั้งใช้เป็นเงื่อนไขในการสร้างเครือข่ายการพัฒนาและกลไกการกำกับ ประเมินผลหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปพร้อมกัน

การศึกษานี้ใช้กระบวนการทบทวนเอกสาร เกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิ และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการประชุมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อค้นหาชุดตัวชี้วัดที่เหมาะสม และมีการศึกษาระบบข้อมูลและกระบวนการเก็บข้อมูลของหน่วยบริการในพื้นที่ศึกษา เพื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ข้อมูลจริง และความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดนั้นๆ แล้วนำมาคัดกรองหาตัวชี้วัด และตัววัดที่เหมาะสม และนำไปทดลองเก็บข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกันทั้งที่เป็นลักษณะเมือง ชนบท ในส่วนภูมิภาค 18 อำเภอ (44 หน่วย) และเขตกรุงเทพฯ 6 เขต วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาคัดเลือกชุดตัวชี้วัด และกระบวนการติดตามที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอต่อไป

จากผลการศึกษา พบว่า ในประเทศต่างๆ ทางตะวันตกส่วนใหญ่เน้นการประเมินระบบบริการสุขภาพ ในภาพรวมทั้งระบบที่รวมบริการทุกระดับ ส่วนตัวชี้วัดที่ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิจะเน้นที่การประเมินผลบริการทางคลินิก เน้นด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ไม่มีผลลัพธ์บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เนื่องจากบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในต่างประเทศให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก และมีบางประเทศเช่น สหราชอาณาจักรที่มีการประเมินในด้านคุณภาพของกระบวนการของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ไม่ได้ประเมินที่ผลลัพธ์บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน ฉะนั้นในการศึกษานี้จึงต้องพัฒนาชุดตัวชี้วัด จากการแปลแนวคิด หลักการของระบบบริการปฐมภูมิที่ดี และคัดเลือกงานที่ประเมินจากบริบทที่เหมาะสมกับประเทศไทย

มีการคัดเลือกระบบงานย่อยที่น่าจะสะท้อนคุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดี (Tracer) เป็น 2 ระบบงานย่อย คือ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) และการดูแลแม่และเด็ก ที่ต้องมีการดูแลประชาชนเป้าหมายแบบผสมผสาน ต่อเนื่อง เป็นองค์รวม เสริมศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน และ เสริมในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

ผลการศึกษาชุดตัวชี้วัด และสถานการณ์ของข้อมูลตามตัวชี้วัดใน 2 ระบบย่อยนี้ พบว่าในส่วน of ระบบงานดูแลผู้เป็นเบาหวานนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังไม่มีเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบตามตัวชี้วัด ส่วนระบบงานแม่และเด็ก พบว่าผลของข้อมูลที่มีการเก็บปัจจุบัน มีลักษณะที่ไม่สามารถ

แยกความแตกต่างระหว่างพื้นที่ได้ และไม่ไวต่อการประเมินคุณภาพระบบงาน จึงต้องมีการปรับตัวชีวิต ผลลัพธ์ และเพิ่มการเก็บข้อมูลที่แสดงคุณภาพของกระบวนการ และมีการพัฒนาระบบเก็บข้อมูลของ หน่วยบริการปฐมภูมิไปพร้อมกัน ก่อนที่จะเริ่มทดลองดำเนินการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ระบบข้อมูลเพื่อการติดตาม ประเมินผล ที่มีการพัฒนาในการศึกษานี้ ประกอบด้วย การประเมิน ด้านระบบงาน ด้านกระบวนการบริการ และด้านผลลัพธ์บริการ ซึ่งมี 2 ส่วน คือ ผลลัพธ์ทางด้าน คลินิก และผลลัพธ์ด้านความรู้ และการปฏิบัติตัวของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเก็บข้อมูลทั้งที่ เป็นการประเมินโดยผู้ให้บริการในหน่วยนั้น ร่วมกับการเก็บข้อมูลประเมินจากนักวิจัยภายนอก เก็บ ข้อมูลทั้งที่หน่วยบริการ และเก็บข้อมูลในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระบบงาน กระบวนการ และผลลัพธ์ของทั้ง 2 ระบบ พบว่า ระบบงาน ดูแลผู้เป็นเบาหวานนั้น มีความแตกต่างกันสูงมากระหว่างพื้นที่ และระหว่างภาค ส่วนระบบงานดูแลหญิง ตั้งครรภ์ ที่เป็นส่วนงานย่อยที่เน้นหนักในการประเมินภายใต้ระบบงานแม่และเด็ก มีความแตกต่างกันไม่ มาก แต่มีความแตกต่างในด้านรายละเอียดคุณภาพของกระบวนการ ซึ่งต้องการผู้ประเมินที่อยู่ใกล้ชิด และส่วนกลางควรใช้วิธีการการประเมินระบบคุณภาพของระบบงานในหน่วยบริการแทนการประเมิน ด้านผลลัพธ์

รายละเอียดที่เป็นข้อค้นพบจากการศึกษา ประเมินผล ระบบงาน 2 ระบบย่อย นี้มีดังนี้

1. หน่วยบริการปฐมภูมิใดๆ ที่เป็นเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อจำกัดในการตัดสินใจเพื่อ การดำเนินการด้วยตนเอง มีความจำเป็นต้องให้มีการทำงานร่วมกันกับโรงพยาบาลและหน่วยบริหารใน ระดับอำเภอ
2. ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลและหน่วยบริหารในระดับอำเภอ มีบทบาทสนับสนุน และเสริม บบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ มากน้อยแตกต่างกัน
3. ระบบงานที่ใช้ เป็น tracer ของการประเมินติดตามผลลัพธ์บริการหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้ในงานนี้ คือ ระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน ระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ พบว่า 2 ระบบนี้มีสถานการณ์ของระบบที่ต่างกัน และ เหมือนกัน คือ

ระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างมาก ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

- ระบบที่มีแต่การจ่ายยา และให้กับให้ข้อมูลเบื้องต้นที่เหมือนกันในทุกคน
- ระบบที่เพิ่มในด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์
- ระบบที่ดูแลอย่างผสมผสาน และเสริมการพึ่งตนเองของกลุ่มเป้าหมาย

และในกลุ่มพื้นที่เหล่านี้ ก็ยังมีความแตกต่างในด้านการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย

ระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ หน่วยบริการส่วนใหญ่มีการจัดบริการที่ไม่ต่างกันมากนัก เพราะเป็นระบบที่มีการ กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานในรายละเอียด ความแตกต่างที่พบได้ คือ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ใน การตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้น เช่นการใช้ ultra-sound และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการให้ความรู้ของ แม่และสามี ในรูปของรร.พ่อแม่ แต่มีคุณภาพของกระบวนการแตกต่างกัน

ระบบงานทั้งสองส่วนนี้ เป็นส่วนที่มีความเชื่อมต่อ และสัมพันธ์กันมากระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับโรงพยาบาล ไม่อาจแยกจากกันเด็ดขาดได้ ยกเว้นต้องเลือกประเมินเฉพาะบริการที่เป็นบทบาทของ หน่วยบริการปฐมภูมิแต่เพียงส่วนเดียว ไม่มีผลกระทบจากโรงพยาบาล เช่น การค้นหากลุ่มเป้าหมาย การ

ดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสให้ครอบคลุม แต่จากคำจำกัดความของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่กำหนดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการต้องมีแพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกรร่วมให้บริการด้วย ฉะนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิจึงหมายรวมบริการบางส่วนของโรงพยาบาลร่วมด้วย ไม่เพียงเฉพาะสถานีอนามัย หรือ ศูนย์บริการในชุมชนแต่เพียงอย่างเดียว

คุณภาพของระบบทั้งสองส่วนนี้ มีปัจจัยที่กระทบมาจากต้นทุนสุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน รวมทั้งค่านิยม วัฒนธรรมพื้นฐานการดำรงชีวิตที่ต่างกัน เช่น การที่แต่ละภาคมีแนวโน้มความอ้วน สภาพของไค หรือ การบริโภคแตกต่างกัน ตลอดจนการยอมรับต่อหน่วยบริการ และสภาพพื้นฐานทางกายภาพต่างกัน ทำให้บทบาทของหน่วยบริการต่างกัน เช่น การยอมรับต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทำให้การใช้ผลลัพธ์ของบริการสองระบบนี้เป็นตัวแทนคุณภาพของระบบ จำเป็นต้องมีการประเมินบริบท และสภาพแวดล้อมพื้นฐานควบคู่ไปด้วย เพื่อประกอบในการเปรียบเทียบ และแปลผลต่อไป

4. ระบบข้อมูลที่บ้านที่สถานบริการเกี่ยวกับระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบัน มีลักษณะถูกแยกส่วนเป็นตอนๆ มากขึ้น ทำให้การประมวลข้อมูลที่เชื่อมต่อระหว่างกระบวนการบริการกับผลลัพธ์บริการทำได้ยากลำบากมากขึ้น และบางส่วนมีปัญหาความคลาดเคลื่อน ในขณะที่ระบบข้อมูลด้านผู้ป่วยเบาหวานมักเป็นข้อมูลบริการรายบุคคลที่บ้านที่ใน OPD card ไม่มีการประมวลรวม ฉะนั้นการประเมินผลระบบนี้ต้องมีการพัฒนาฐานข้อมูล และกระบวนการประมวลขึ้นใหม่
5. จากข้อมูลตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นการตายของแม่และทารกนั้น พบว่ามีอุบัติการณ์ต่ำมาก ผลการคลอดผิดปกติมีปัจจัยด้านพฤติกรรมของแพทย์ในการเลือกวิธีการคลอดเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ระดับน้ำหนักเด็กแรกเกิดมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ที่เห็นชัดเจนในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะมากเช่น พื้นที่ชาวเขา หรือ เขตชุมชนแออัด สัดส่วนของ Early ANC พบมากขึ้นในพื้นที่ที่มีความเป็นเมือง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สัดส่วนของการได้รับบริการ ANC 4 ครั้งมาตรฐานในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน แต่เป็นลักษณะการต่างตามปัจจัยทางสภาพประชากรร่วมด้วย ส่วนเรื่องร้อยละของการฝากครรภ์ได้มาตรฐาน และค้นหากลุ่มเสี่ยงได้นั้น พบว่าต้องใช้การศึกษาจากข้อมูลรายละเอียดหลายชุดในการประเมิน ไม่อาจบอกหรือสรุปด้วยการประเมินแบบสั้นๆ ได้ ซึ่งควรเป็นการประเมินจากระบบภายในจังหวัดมากกว่าในระดับประเทศ
6. จากข้อมูลตามตัวชี้วัด เพื่อประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวานนั้น พบว่ามีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ชัดเจนในเรื่องสัดส่วนของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ค่า BMI เส้นรอบเอว ระดับปฏิบัติ ความรู้ ความเข้าใจ และความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนการวัดระดับไขมันในเลือด พบว่ามีความแตกต่างตามลักษณะพื้นที่ มากกว่าความต่างตามลักษณะคุณภาพของหน่วยบริการ และความแตกต่างของการทำงานด้านไค เป็นภาวะของผู้ป่วยที่แปรตามระยะเวลาของการมีพยาธิสภาพเพิ่มขึ้น และสภาพพื้นฐานของประชากร

ข้อเสนอต่อระบบการติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ให้ใช้ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของพื้นที่ เช่น เส้นรอบเอวที่สะท้อนความอ้วน การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เพื่อแสดงถึงปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่เป็นฐานข้อมูลประกอบการวางแผนให้ความรู้ และการป้องกันภาวะเสี่ยง ที่ตรงเป้า และสอดคล้องกับสถานการณ์พื้นที่มากขึ้น
2. ในระบบข้อมูลตามตัวชี้วัดต่างๆ ในด้านแม่และเด็ก นั้นสามารถใช้เพื่อติดตาม กำกับผลกระทบระยะยาวได้ แต่หากใช้ระบบรายงานเช่นปัจจุบัน จะมีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ จึงเสนอให้มีการปรับฐานข้อมูลและวิธีเก็บใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้น และควรมีการเก็บข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงเฉพาะเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มอพยพ กลุ่มวัยรุ่น
3. ระบบเบหาวาน ใช้เรื่องการประเมินระบบบางตัว ผลลัพธ์เบื้องต้น ร่วมกับการประเมินความพึงพอใจต่อระบบ ความรู้ การปฏิบัติตัวของประชาชน และ ประเมินระดับ HBA1c เป็นระยะๆ ดังนี้

ข้อเสนอต่อตัวชี้วัดที่เหมาะสมต่อการประเมินหน่วยบริการ ในด้านระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน

ตัวชี้วัด	วิธีประเมิน	ระดับการใช้งาน
1. คุณภาพของจุดบริการ ที่ประเมินจากลักษณะการทำงานเป็นทีม และการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย	ใช้ผู้ประเมินภายนอก (อาจเป็นระดับจังหวัด หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน) สัมภาษณ์ จากผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับการดูเอกสาร	เป็นการเปรียบเทียบแบบแผนหลักระหว่างหน่วยบริการ
2. ระบบการคัดกรองผู้ป่วย ที่มีลักษณะเชิงรุก และมีระบบจัดการเพื่อติดตาม สร้างความเข้าใจให้แก่กลุ่มเสี่ยง และประชากรทั่วไปร่วมด้วย		
3. สัดส่วนของผู้ป่วยที่อ้วน (พิจารณาจากเส้นรอบเอว)	จัดการให้เกิดฐานข้อมูลในระดับปฏิบัติที่หน่วยบริการ และให้มีผู้ประเมิน เปรียบเทียบเป็นระยะ	ระดับหน่วยบริการ เปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ หรือระหว่างพื้นที่
4. สัดส่วนของผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่		
5. สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1C < 7 % ในกลุ่มที่เป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 5 ปี	ให้มีระบบที่ตรวจประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาเดียวกัน และกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีมาตรฐานเหมือนกัน	เปรียบเทียบในภาพรวมระหว่างหน่วยบริการในระดับ CUP
6. ระดับความรู้ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้เป็นเบาหวาน	ใช้แบบทดสอบมาตรฐาน ที่ประเมินโดยบุคคลภายนอก ประเมินในช่วงเวลาเดียวกัน	เปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ หรือจะใช้ภายในหน่วยบริการเองได้ โดยที่มีระบบการเก็บข้อมูลที่สอดคล้องจากผู้ให้บริการ
7. ระดับความพึงพอใจต่อบุคลากร ที่ให้บริการด้านเบาหวานของหน่วยบริการ		

4. การติดตามประเมินผลบริการด้านแม่และเด็ก ไม่ควรใช้ข้อมูลในระดับผลกระทบได้แก่ ร้อยละการป่วย การตาย เพียงส่วนเดียวเพราะ ไม่มีความไวพอ จำเป็นต้องใช้ตัวชี้วัดในระดับของกระบวนการ และระบบงาน ร่วมกับการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความพอใจของผู้ใช้บริการร่วมด้วย กระบวนการประเมินระบบ ก็ต้องใช้การประเมินส่วนย่อยหลายส่วนร่วมกัน ไม่อาจใช้ตัวใดตัวหนึ่งได้ และควรเป็นการประเมินจาก หน่วยบริหารในระดับพื้นที่จังหวัด เพื่อติดตามในรายละเอียดได้ ไม่ควรเป็นการประเมินในระดับมหภาค แต่ตัววัดในระดับมหภาคควรเป็นการประเมินคุณภาพของระบบติดตามประเมินผลของจังหวัดแทนว่ามี คุณภาพเพียงใด ร่วมกับตัวชี้วัดในระดับผลลัพธ์สุขภาพ ผลลัพธ์ที่เป็นคุณภาพของกระบวนการ อันได้แก่ ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามมาตรฐาน ก็ยังเป็นตัววัดที่สะท้อนคุณภาพบริการได้ แต่ ต้องปรับกระบวนการเก็บข้อมูลใหม่ให้สอดคล้องกับวิธีการที่เปลี่ยนไป คือ เปลี่ยนไปเก็บที่โรงพยาบาลที่ เป็นสถานที่คลอดแทนการเก็บที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอต่อตัวชี้วัดที่เหมาะสมเพื่อติดตาม ประเมินคุณภาพของหน่วยบริการในด้านการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ มีดังนี้

ตัวชี้วัด	วิธีประเมิน	ระดับการใช้งาน
1. คุณภาพของจุดบริการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ ที่มุ่งเน้นประเมินทักษะและ ทักษะติดต่อการดูแลของผู้ให้บริการ โดยตรง และการทำงานร่วมกันเป็น ทีมกับผู้ให้ความรู้ และบริการใน ชุมชน	ผู้ประเมินภายนอกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ สัมภาษณ์ และสังเกตลักษณะการ ให้บริการ ร่วมกับการศึกษาแบบ บันทึกลงในการให้บริการ	ประเมินในระดับจังหวัด และใช้เปรียบเทียบระหว่าง หน่วยบริการได้ แต่ต้อง ปรับมาตรฐานผู้ประเมินให้ ตรงกัน
2. สัดส่วนของกลุ่มเสี่ยงที่ถูกวินิจฉัย และให้การดูแลที่เหมาะสม	ใช้กระบวนการ Audit chart จากผู้เชี่ยวชาญ	ประเมินในระดับจังหวัด ใช้เพื่อพัฒนาภายในหน่วย บริการ และเปรียบเทียบ ระหว่างหน่วย
3. สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ บริการ 4 ครั้งมาตรฐาน	ใช้การเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล และ หน่วยงานระดับอำเภอรวบรวมจาก หลายแหล่งเพื่อประมวลในภาพรวม แทนการเก็บเองโดยหน่วยบริการ ปฐมภูมิ หน่วยปฐมภูมิ ควรมุ่งเน้นในกลุ่ม ประชากรเคลื่อนย้าย หรือกลุ่มด้อย โอกาส เพิ่มเติม	เปรียบเทียบระหว่างหน่วย บริการ ในระดับจังหวัด และ ในระดับประเทศ และ อาจมุ่งเน้นไปที่ประชากร กลุ่มด้อยโอกาส
4. สัดส่วนของ teenage pregnancy	เก็บจากฐานข้อมูลหน่วยบริการ หรือให้หน่วยบริการรายงาน	เป็นการเฝ้าระวังสถานการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ต่างๆ
5. สัดส่วนของทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อย	เก็บรวบรวมที่สถานที่คลอด และ จำแนกตามเขตรับผิดชอบหน่วย	เฝ้าระวังสภาวะทางสังคม ของกลุ่มประชากรเฉพาะ

ตัวชี้วัด	วิธีประเมิน	ระดับการใช้งาน
	บริการ	
6. ระบบติดตาม ประเมินผลหน่วยบริการในระดับจังหวัด	พิจารณาจากระบบงานในการไปติดตาม นิเทศคุณภาพของหน่วยบริการ และการ audit chart การรวบรวมประมวลผลลัพธ์สุขภาพของแม่และเด็ก เพื่อเฝ้าระวัง และพัฒนาระบบงาน	เป็นการประเมินเปรียบเทียบภาพรวมในระดับจังหวัด แทนการประเมินที่หน่วยบริการแต่ละแห่ง

5. ให้มีการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างคุณภาพของระบบบริการบางด้านกับผลลัพธ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกันของกลุ่มเป้าหมาย
6. ให้มีการศึกษาถึงตัวชี้วัดของบริบท ที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์สุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง

โดยรวมแล้ว ยังควรมีการทดลองดำเนินการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดที่เสนอข้างต้น และมีการติดตาม ประมวลผลเปรียบเทียบในพื้นที่อื่นเพิ่มขึ้น เพื่อพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่จำเพาะกับการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป และควรมีการศึกษาหาระบบงานย่อยที่สะท้อนผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ที่จำเพาะกับหน่วยบริการปฐมภูมิ แทนการดูผลงานด้านแม่และเด็ก

Executim Summary

This study aims to develop the mechanisms of monitoring and evaluation, including the measurable and comparable outcome indicators of primary care development systems. For the flexibility of using and comparing developed indicators in different contexts, those indicators will be the outcome rather than the process indicators. The developed set of indicators is related to the capacities of the primary care systems in areas of equity, quality, efficiency, and responsiveness of the population, people' involvement including their self-reliance.

The methodologies used to develop the set of indicators and the monitoring and evaluation systems, is comprehensive results of using principle, theoretical reviews and the field studies of units of practices. This study also promotes a developed network on monitoring and evaluation of the primary care system.

The methodologies composed of literature reviews on primary care concepts and relevant indicators, expert meetings to identify the appropriate indicators, including in-depth studies on the health care systems in study areas. In-depth studies will identify the situation of data availability and feasibility to develop possible and appropriate indicators. Data collection from the preliminary indicators is tested in primary care units in urban and rural settings, including 18 districts in rural (44 units) and in 6 districts in Bangkok Metropolitan Area (BMA). Data analysis and results are compared among different areas for the selection of the appropriate set of indicators and the monitoring systems, including the further recommendations.

The results of the review show that in the western countries mostly have been conducted the assessment of the health care systems as a whole. While the indicators at the primary care unit are mainly focused at the evaluation of the clinical outcomes, which are prominently on care provision rather than prevention and promotion aspects. Such finding is due to the primary care unit in aboard provides mainly health care whereas some countries, such as the United Kingdom, has been carried out the quality process of evaluation in the primary care units but not for health prevention and promotion. Therefore, this study attempt to develop the set of indicators which could be applied to the principle of primary care and selected indicators are appropriated to the context of Thailand.

The tracers, which reflect the characteristics of good primary care; diabetic and maternal care, are selected in this study. These tracers represent the identity of providing

integrated, continuous and holistic care, including advocate health promotion, health prevention and self-reliance to the specific population.

The results of the survey on situation and information of selected indicators are: the relevant data of diabetic care systems at the primary care unit have not been systematic collected, while of the maternal care have been collected, but less reliable, the available data cannot identify the difference between the study sites, and present low-sensitivity of the quality systems. Thus, the study team decides adjusting the considered outcome indicators, increasing data collection relevant to the quality process and, developing the management of information systems in primary care units prior to the data collection of the identified indicators.

Information tools for monitoring and evaluation in this study are the assessment of the health systems design, process of delivery services, and outcome of services provided. The outcome of services focuses at the clinical outcome and humanistic outcome. The data collection includes both in health care units and communities, done by the providers in the health care units together with the external researchers.

The key findings from data analysis of the health systems assessment, delivery process at practice level, and the outcome of services provided in selected tracers are:

1. The diabetic care systems are highly different among the sites and regions.
2. The maternal care systems are little different among the sites but there are more details in the process of quality. This requires the internal evaluators at local levels. At the central level, the assessment of the quality systems of care in units of care should be adopted rather than the assessment of the outcome assessment or detailed process assessment.

Details of the key study findings in the selected tracers are:

1. Primary care unit under the Ministry of Public Health has a limit to making decision of the service systems design, working with the hospital and administrative units at the district levels is needed.
2. Current roles of the district hospitals and administrative units to providing supports and advocating the functions of the primary care units are quite varied.
3. As mentioned the selected tracers, diabetic and maternal care to evaluate the outcome assessment in the primary care units. The results find the difference of these two systems as follows:

- Diabetic systems of care in various settings are high difference which can be categorized into 3 groups, which are i) system that offers prescribing medication and the same prototype information for every patients; ii) system that additional offer disease screening and medical complications; and ii) system that provides integrated care and promote self-reliance to the patients. However, the supporting systems for primary care units in each study site are various.
- Maternal systems of care in various settings are similar because there have been implemented a standard of care of clinical practice guideline for a long time. Some differences are the availability of the medical equipments for diagnosis such as ultra-sound, laboratory investigation, couple counseling, and school for parents. However, the quality of the process of care is different in various contexts.

These selected systems are inter-related and involved between the primary care units and the hospital, and cannot be avoidably separated. To evaluate the services of the primary care unit alone can be done in some certain activities that are separated from the hospital function such as active case finding and screening for the target population, increase the coverage of marginalized groups in community. However, the primary care unit, which defined by the National Health Security Office, states that the services can be collaboratively provided by physician, dentist and pharmacist. Thus, the primary care unit would include the services from the hospital, not only from the community health center or primary care unit alone.

Influencing factors that affect the quality of the systems are average health status of the population in terms of their attitudes, local cultures and life styles in different settings. The differences of the population in each region in obesity, kidney function, eating style and culture, including the acceptance of the health care units and geographical factor affect to the different roles of the health care units. One example is an acceptance of pregnant women to the role of primary care units for taking care them. Therefore, to evaluate the quality outcome of selected systems, one should assess the general context and surrounding environment to further compare and translate the results of the study.

4. The records on maternal care at the health service units are scattering, some are deviated and more difficult to be analyzed the relevancy on the process and

outcomes of the services. While diabetic patients' records, most are personal records in OPD card and there is incomprehensive and not-yet-analyzed data. Therefore, to develop the necessary databases and systems of analysis are needed.

5. From the analysed data on the outcome indicators of maternal care, the results show that i) low incidence of mother and child death; ii) the obstetric doctors' behaviours for choosing labour techniques affect to the abnormal labour.; iii) birth weight is varied, especially in remote and slum areas; iv) proportion of early ante-natal care (ANC) is increasing in urban areas but the standard of 4 times ANC is varied depending on the study areas and population contexts; v) percentage of ANC and screening for high-risk groups can be absolutely concluded by the data collected through available various records with modified method from the present record. Due to the limited reliability of these data, therefore this indicator should be assessed through the internal provincial systems rather than the macro level for the whole country.
6. The study of the outcome indicators of diabetic care clearly shows the difference among the study sites on the proportion of Hemoglobin A1C (Hb A1C) level, Body Mass Index(BMI), knowledge, understanding, practice and satisfaction of the units of practices. The difference of lipidemia level is more varied according to the geographical areas than the quality aspects of the practice units while the difference of micro-albumin level are depending on the patients' stages of disease and their general status.

The recommendations for the monitoring and evaluation systems including an appropriate set of indicators of the primary care units, especially in the selected tracers; diabetic and maternal care are reported in the final section.

สารบัญ

หน้า

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i-vi
Executim Summary	VII-X
สารบัญ	1
รายการตาราง	3
รายการภาพประกอบ	5
ผลการศึกษาโครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย	
วัตถุประสงค์เฉพาะ	1
ขอบเขตการศึกษาและพัฒนา	1
แนวคิดชุดตัวชี้วัดผลลัพธ์	2
หน่วยการศึกษาและวิธีดำเนินงานวิจัย	2
กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยประเมินผลลัพธ์ระบบปฐมภูมิ	3
ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน(ระยะที่หนึ่ง)	4
พื้นที่ดำเนินการ (ระยะที่หนึ่ง)	5
ระยะเวลาดำเนินการ(ระยะที่หนึ่ง)	7
ผลการศึกษาส่วนที่หนึ่ง	
กรอบแนวคิดของตัวชี้วัดและการพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ระบบบริการปฐมภูมิ	8
ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิในเชิงปฏิบัติการ	10
ความหมายหน่วยบริการปฐมภูมิในเชิงกระบวนการ	10
สรุปผลลัพธ์ของระบบบริการปฐมภูมิ	11
สรุปกรอบการประเมินผลของระบบบริการปฐมภูมิ	12
ร่างชุดตัวชี้วัดและสถานการณ์ของระบบข้อมูลตามตัวชี้วัด	15
สถานการณ์ข้อมูลจากการลงเก็บข้อมูลโดยทีมวิจัย	23
จำนวนตัวอย่างข้อมูลที่เก็บได้ทั้งหมด (DM-MCH)	39
ผลการศึกษาส่วนที่สอง	
แนวการประเมินคุณภาพของระบบ	34
แนวการเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรและวิธีการเก็บข้อมูล	37
ผลการประเมินด้านผลลัพธ์สุขภาพ และความเห็นของประชาชนเป้าหมาย	43
ผลลัพธ์คลินิกของผู้เป็นเบาหวาน	43
ผลลัพธ์ด้านการยอมรับ ให้คุณค่าต่อความรู้สึก ความเข้าใจต่อการดูแลตนเอง (Humanistic outcome)	50
การปฏิบัติตัว ความรู้ความเข้าใจของผู้เป็นเบาหวาน	50

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

คุณภาพชีวิตของผู้เป็นเบาหวาน	52
ความพึงพอใจของผู้เป็นเบาหวานต่อหน่วยบริการและบริการในด้านต่างๆ	53
ผลลัพธ์การประเมินของระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล	
ผลลัพธ์การบริการ	55
ผลการประเมินความรู้ ความคิดเห็นของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่	64
ผลประโยชน์ด้านระบบงาน	
ผลการประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน	68
1) ระบบสนับสนุนในระดับภาพรวมทั้งอำเภอ	68
2) ระบบจัดการข้อมูล	69
3) ระบบการคัดกรอง	70
4) ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ณ จุดบริการ	71
5) ระบบการให้ความรู้ ความเข้าใจ และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน	74
ผลการประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวานในด้านบริการ ณ จุดบริการและการให้ความรู้	75
ผลการประเมินระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์	79
1) ระบบ CUP	79
2) ระบบการดูแล ณ จุดบริการ	81
3) การให้ความรู้	82
4) ระบบข้อมูล	
สรุปข้อค้นพบจากการศึกษา	85
ข้อเสนอต่อระบบการติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิ	87

รายการตาราง

หน้า

ตาราง

บทนำ

1. ตารางรายชื่อสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัย 6

ผลการศึกษารายส่วนที่หนึ่ง

1. ร่าง ชุดตัวชี้วัดส่วนที่เป็น OUTPUT/OUTCOME ในการประเมินระบบงานแม่และเด็ก และระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 16
2. จำนวนสถานบริการที่มีข้อมูลในแต่ละตัวชี้วัด 17
3. ตารางแสดงจำนวนหน่วยบริการที่มีข้อมูลตามตัวชี้วัดแต่ละข้อ 20
4. ข้อมูลตามตัวชี้วัดคุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 24
5. สถานการณ์ของระบบข้อมูล ตามตัวชี้วัดที่กำหนด และข้อเสนอต่อการพัฒนาตัวชี้วัดด้านแม่และเด็ก 28

ผลการศึกษารายส่วนที่สอง

1. ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 34
2. งานอนามัยแม่และเด็ก (เน้นที่ ANC) 35
3. จำนวนตัวอย่างข้อมูลที่เก็บได้ทั้งหมด (DM-MCH) 39

ผลการประเมินด้านผลลัพธ์สุขภาพ และความเห็นของประชาชนเป้าหมาย

1. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอวของผู้เป็นเบาหวานในเขตรับผิดชอบหน่วยบริการ แยกตามภาค 43
2. ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่สูบบุหรี่ 44
3. ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับ HbA1C ระดับต่างๆ แบ่งตามระยะเวลาการป่วย 45
4. ค่าระดับฮีมาโกลบินเอวันซี ของผู้เป็นเบาหวาน แยกตามภาค และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 45
5. ค่าระดับฮีมาโกลบินเอวันซี ของผู้เป็นเบาหวาน แยกตาม CUP และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 45
6. ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง แยกตามเพศ และ อำเภอ (CUP) 46
7. ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ แยกตามเพศ และ ระดับ CUP 47
8. ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับ HDL ต่ำ แยกตามเพศ และ อำเภอ (CUP) 47
9. สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะสูงกว่าปกติ แบ่งตามเพศ และพื้นที่ 48
10. สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะสูงกว่าปกติ แบ่งตามระยะเวลาการป่วย และ พื้นที่ 49
11. สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับครีเอตินินสูงกว่าปกติ แบ่งตามระยะเวลาการป่วย และ พื้นที่ 49
12. ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ แยกตาม CUP 50
13. สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่มีความรู้ด้านต่างๆ ในระดับน้อย แยกตาม CUP 51
14. ระดับคะแนนที่แสดงคุณภาพชีวิต ด้านต่างๆ ของผู้เป็นเบาหวาน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ป่วยน้อย และ มากกว่า 5 ปี 52
15. ระดับคะแนนที่แสดงคุณภาพชีวิต ด้านต่างๆ ของผู้เป็นเบาหวาน แยกตาม CUP 52
16. ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของผู้เป็นเบาหวานต่อหน่วยบริการด้านต่างๆ 53

รายการตาราง (ต่อ)

หน้า

ตาราง

17. ร้อยละของการฝากครรภ์ จากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด (% ANC ทั้งอำเภอ, % คลอดที่ ANC ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป)	55
18. สัดส่วนของการฝากครรภ์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	56
19. สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่สอ./ PCU ใน 4 ไตรมาส	56
20. ร้อยละของการฝากครรภ์ในไตรมาสแรก แยกตาม CUP	57
21. ตารางแสดงอายุของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตาม CUP	58
22. สัดส่วนของการคลอดด้วยวิธีการต่างๆ จำแนกตาม CUP	59
23. สัดส่วนของทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อย (% LBW)	59
24. ระดับฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามพื้นที่	60
25. ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลแต่ละด้านในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก	61
26. ความครบถ้วนของการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในแบบบันทึกหญิงตั้งครรภ์	62
27. ความครบถ้วนของการบันทึกผลการตรวจร่างกายหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละครั้งที่มารับบริการ	62
28. ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลด้านการวินิจฉัย การรักษา และการดูแลหญิงตั้งครรภ์	63
29. ผลการประเมินการวินิจฉัยภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เทียบระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ประเมิน chart	64
30. ค่าเฉลี่ยรวมของระดับการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ ในแต่ละพื้นที่	65
31. ระดับคะแนนของการวัดพัฒนากิจของหญิงตั้งครรภ์ในระยะต่างๆ จำแนกตามพื้นที่	65
32. ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ในด้านต่างๆ	66
33. ค่าเฉลี่ยความเห็นต่อความรู้/ข้อมูลที่ได้รับ (ค่าเฉลี่ยของความเห็นต่อความรู้ใน 11 เรื่อง)	67
ผลการประเมินด้านระบบงานของการดูแลผู้เป็นเบาหวาน	
1. ระดับของระบบสนับสนุนในระดับภาพรวมทั้งอำเภอ	68
2. ระดับของระบบจัดการข้อมูล	69
3. ระดับของระบบการคัดกรอง	70
4. ระดับของระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ณ จุดบริการ	72
5. ระดับของระบบการให้ความรู้ ความเข้าใจ และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน	74
6. ผลการประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวานในด้านบริการ ณ จุดบริการ และการให้ความรู้	75
ผลการประเมินระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ (MCH)	
1. ระดับของระบบ CUP	79
2. ระดับของระบบการดูแล ณ จุดบริการ	81
3. ระดับของการให้ความรู้ (สอ/PCU/รพ.)	82
4. ระดับของระบบข้อมูล	83

รายการตาราง (ต่อ)

หน้า

ตาราง

ข้อเสนอต่อระบบการติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ตารางข้อเสนอต่อตัวชี้วัดที่เหมาะสมต่อการประเมินหน่วยบริการ ในด้านระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน	87
2. ตารางข้อเสนอต่อตัวชี้วัดที่เหมาะสมเพื่อติดตามประเมินคุณภาพของหน่วยบริการ ในด้านระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์	88

รายการภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ

บทนำ

กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยประเมินผลลัพธ์ระบบบริการปฐมภูมิ	3

ผลการศึกษาส่วนที่หนึ่ง

1. ความเชื่อมโยงของผลลัพธ์งานของส่วนต่างๆ ต่อสุขภาพของประชาชน	8
2. กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ	12
3. แสดงองค์ประกอบชุดตัวชี้วัดผลของระบบบริการปฐมภูมิ	13
4. แสดงองค์ประกอบชุดตัวชี้วัดผลของระบบบริการบริการปฐมภูมิ (Tracer ของ MCH-DM)	13

รายงานผลการศึกษา

โครงการเพื่อพัฒนาและติดตาม ประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย บทนำ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

1. พัฒนาตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ) ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตามทิศทางการพัฒนาที่เหมาะสมของประเทศไทย
2. พัฒนาระบบกำกับ และประเมินผล ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ศึกษาที่มีบริบทหลากหลาย
3. วิเคราะห์ เปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ศึกษาที่มีบริบทหลากหลาย
4. วิเคราะห์ถึงเงื่อนไข ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ศึกษาที่มีบริบทต่างๆ
5. สังเคราะห์ข้อเสนอแนะกลไกการกำกับและประเมินผลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพ
6. สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทที่หลากหลาย

ขอบเขตการศึกษา และพัฒนา

การศึกษานี้ในระยะที่หนึ่งมุ่งเน้นพัฒนากลไกการกำกับประเมินผล และชุดตัวชี้วัดในด้านผลลัพธ์งานของระบบบริการปฐมภูมิที่วัดผลและเปรียบเทียบกันได้ระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ต่างๆ มากกว่าตัวชี้วัดที่กระบวนการบริการ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในกระบวนการดำเนินงานที่แตกต่างกันได้ตามสภาพพื้นที่ แต่หากไม่สามารถวัดที่ผลลัพธ์งานได้ ก็อาจจะต้องใช้ตัวชี้วัดของคุณภาพกระบวนการดำเนินงานแทน

ชุดตัวชี้วัดที่จะพัฒนาจะมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ของระบบบริการปฐมภูมิที่สัมพันธ์กับความสามารถของระบบในด้านความเสมอภาค คุณภาพ ความมีประสิทธิภาพ และการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชน และการพึ่งตนเองของประชาชน

การสร้าง และพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์จะใช้ Tracer 2-3 เรื่องที่สะท้อนองค์ประกอบการทำงานที่สำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ เช่น การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน) การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (กลุ่มแม่และเด็ก หรือ กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น)

ชุดตัวชี้วัด และการติดตาม ประเมินผลที่จะพัฒนาในการศึกษานี้ จะเป็นทั้งระบบการติดตาม ประเมินผลในระดับพื้นที่ปฏิบัติการ และระดับมหภาค

การพัฒนาตัวชี้วัด และระบบติดตาม ประเมินผล ในการศึกษานี้ จะเป็นการศึกษาที่ใช้หลักการทฤษฎี ประกอบกับตัวอย่างการดำเนินงานจริงในพื้นที่ รวมทั้งใช้เป็นเงื่อนไขในการสร้างเครือข่ายการพัฒนาและกลไกการกำกับ ประเมินผลหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปพร้อมกัน

แนวคิดชุดตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. เป็นตัวชี้วัดที่มีความไวและความจำเพาะ
2. เป็นตัวชี้วัดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและระบบบริการสูง
3. มีความเป็นไปได้ในการจัดเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมและถูกต้อง
4. ผู้บริหารระดับต่างๆ สามารถนำมาใช้เพื่อการตัดสินใจวางแผนงานและการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น
5. เป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่พิจารณาจากมุมมองทั้งด้านวิชาชีพ ด้านประชาชน และด้านนโยบาย ผู้จัดสรรทรัพยากร

หน่วยการศึกษา

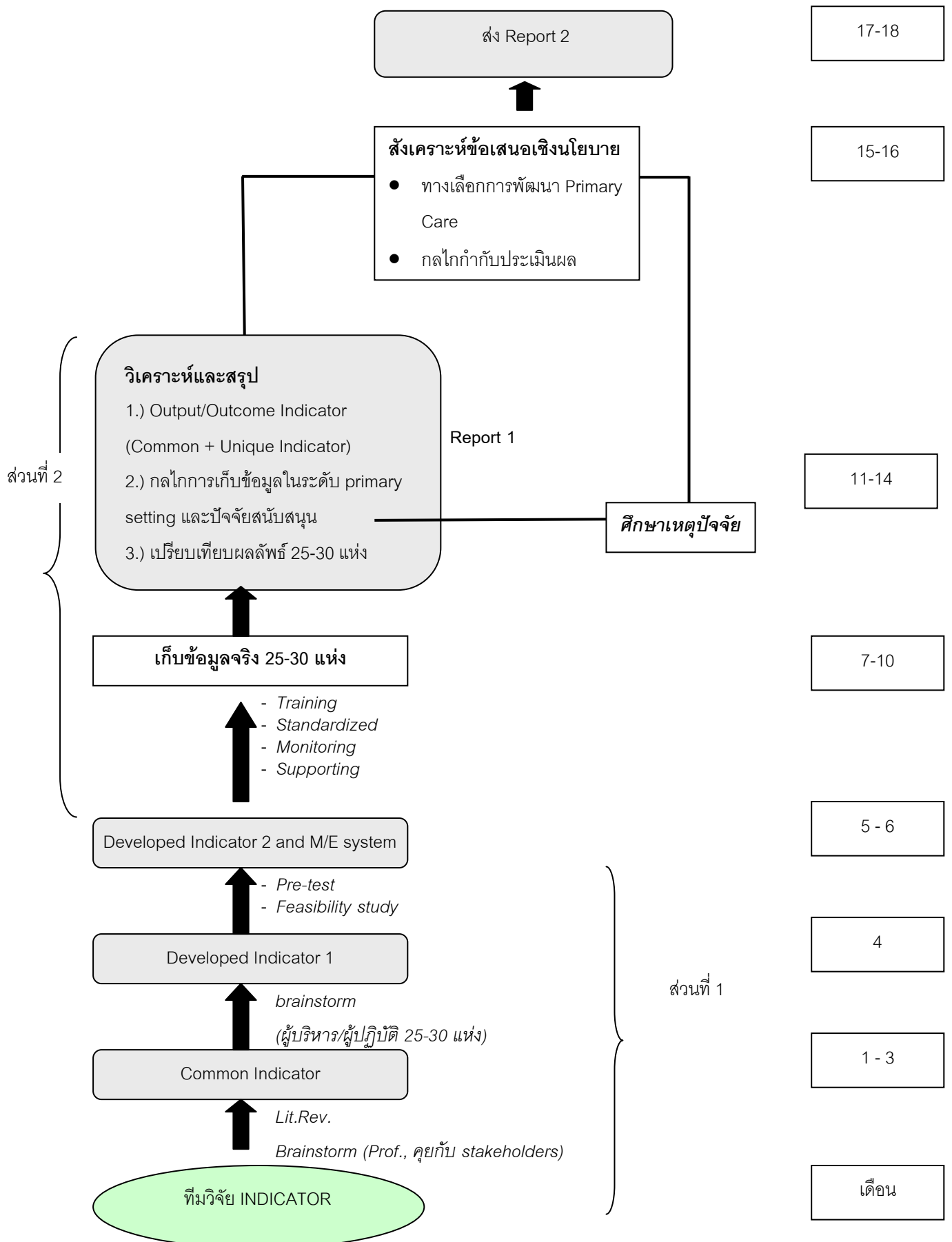
หน่วยของการติดตามประเมิน คือหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายในระดับ CUP เดียวกัน ซึ่งบางพื้นที่จะหมายรวมถึงงานบางส่วนของโรงพยาบาลที่มีบทบาทในการให้บริการตามชุดบริการพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย (มีบุคลากรพื้นฐานตามเกณฑ์ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ)

วิธีดำเนินงานวิจัย

เป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยหลายวิธีที่คัดเลือกให้เหมาะสมกับเนื้อหาและสถานการณ์ อันได้แก่

- การทบทวนสังเคราะห์จากเอกสาร
- การตรวจสอบและใช้ข้อมูลสถิติที่มีอยู่
- การประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติงาน
- การสังเกต และการสัมภาษณ์
- การตรวจวัดทางคลินิก
- ถ้าใช้วิธีต่างๆ แล้ว ไม่ได้ข้อมูลตรง อาจจำเป็นต้องสำรวจ (SURVEY)

กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยประเมินผลลัพธ์ระบบบริการปฐมภูมิ



ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

ระยะที่หนึ่ง

1. สร้างกรอบแนวคิดของตัวชี้วัดโดยรวม และเตรียมการ

- เป็นการพัฒนารอบแนวคิดของตัวชี้วัดผลลัพธ์งานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งหมด ที่เห็นว่าเหมาะสมกับประเทศไทยในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว
- สร้างและพัฒนาตัวชี้วัดเชิงแนวคิด โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ที่มีในต่างประเทศ และในประเทศไทย สังเคราะห์และปรับให้เข้ากับความเป็นจริงในสังคมไทยที่มีพลวัตอยู่เสมอ เน้นการสร้างตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับระยะการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ใช้กระบวนการพัฒนาที่ผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด มีการพิจารณาถึงมุมมองและความต้องการของประชาชนร่วมด้วย และเน้นไปที่ผลลัพธ์ ผลกระทบต่อประชาชนเป็นหลัก
- เตรียมการผู้เกี่ยวข้อง และสร้างให้เป็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติ และนักวิชาการที่สนใจในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยใช้กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดเป็นฐานของการเรียนรู้และการพัฒนาระบบงานร่วมกัน

2. พัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์และแนวทางการประเมินผล

- พัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์งานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามทิศทางของระบบบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และมีรูปธรรมการดำเนินงานในระยะที่ผ่านมาค่อนข้างชัดเจน เช่น ผลงานในด้านบริการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน โดยใช้วิธีการทบทวนจากเอกสาร การวิจัย ระบบข้อมูลตัวชี้วัดที่มีในปัจจุบัน และการประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ
- ศึกษาฐานข้อมูล และพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ข้อมูลตามตัวชี้วัด

3. ดำเนินการเก็บข้อมูล ประเมินผลลัพธ์งานของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ต่างๆ ตามตัวชี้วัดด้วยวิธีการเก็บหลายลักษณะตามธรรมชาติของข้อมูลในพื้นที่การศึกษาทั้งหมด

4. ประมวล วิเคราะห์สรุป และรายงานผล ส่วนที่หนึ่ง

สรุป วิเคราะห์ผลลัพธ์งานเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ และเสนอตัวชี้วัด output/outcome indicator ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม พร้อมกับกลไกการเก็บข้อมูล ในระดับพื้นที่

5. ศึกษา กลไก เงื่อนไข ทรัพยากร และระบบสนับสนุน

ศึกษาถึงกลไก เงื่อนไข ทรัพยากรและระบบสนับสนุนที่จำเป็นในการดำเนินงานติดตาม ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามตัวชี้วัด โดยนักวิจัยภายนอกเก็บข้อมูลเชิงลึกในพื้นที่ ด้วยหลายวิธีการตามลักษณะของข้อมูล

6. ศึกษาสังเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่

เป็นการศึกษาย้อนหลังถึงกระบวนการดำเนินงาน ปัจจัย องค์ประกอบที่ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ศึกษาเปรียบเทียบ และสังเคราะห์เป็นปัจจัยความสำเร็จ และบทเรียนการดำเนินงานเบื้องต้น

7. สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบกำกับ ประเมินผลลัพธ์ และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

สังเคราะห์จากผลการดำเนินการทดสอบในพื้นที่จริงที่มีบริบทแตกต่างกัน พร้อมกับการระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ

พื้นที่ดำเนินการ

ระยะที่หนึ่ง คัดเลือกเครือข่ายร่วมในการศึกษาและพัฒนา ประมาณ 20 แห่ง (CUP)

เกณฑ์การคัดเลือก

- เป็นพื้นที่ที่ผู้บริหารในระดับCUPมีความสนใจ และพร้อมที่จะร่วมมือดำเนินการพัฒนาระบบกำกับ ประเมินผลและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- มีลักษณะประชากร สภาพพื้นที่ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ในลักษณะที่มีบริบทแตกต่างกัน และเป็นบริบทหลักของแนวโน้มสภาพสังคมไทยในอนาคต
- กระจายใน 4 ภาคๆ ละ 2-3 จังหวัด แต่ละจังหวัดเลือก 1-3 อำเภอ เป็นอำเภอเมือง และอำเภอในเขตชนบท ส่วนกรุงเทพฯ เลือกรับตามผู้ให้บริการ (โรงเรียนแพทย์ 2-3 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดของสำนักกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลเอกชน)

บริบทของพื้นที่ศึกษา

คัดเลือกพื้นที่ศึกษาที่เป็นบริบทหลักๆ สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต ได้แก่

- เขตเมือง : พื้นที่ชุมชนแออัด พื้นที่อุตสาหกรรม พื้นที่บริการและท่องเที่ยว
- เขตกึ่งเมือง กึ่งชนบท
- เขตชนบท : พื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่เกษตรที่ราบสูง พื้นที่เกษตรกรรมร่วมกับอุตสาหกรรมนอกระบบ พื้นที่ชายฝั่งทะเล
- พื้นที่ที่มีประชากรลักษณะเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มมุสลิม กลุ่มชาวเขา กลุ่มแรงงานต่างด้าว และแรงงานเคลื่อนย้าย

รายชื่อสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

ภาค/จังหวัด	อำเภอ	รพ.	PCU รพ.	สอ.ทั่วไป	สอ.ผลงานดี
ภาคใต้					
สงขลา	เมือง		PCU เมืองรพ.สงขลา	PCU ควนหิน	PCU หัวเขา (อิสลาม)
	ระโนด	✓	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	สอ.สามอ่าง ต.ตะเคียนะ	PCU บ่อตรุ
ยะลา	เมือง		PCU ตลาดเก่า	สอ.บุญเรือง	สอ.บุรี
	รามัน	✓		สอ.เกาะรอ	สอ.โกตาบารู
ภาคเหนือ					
เชียงใหม่	แมริม		ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนแก้ว		สอ.สะลวง
	สันทราย	✓	PCU นองหาร	สอ.หนองมะจับ	
	สะเมิง	✓		สอ.บ้านป้อ	
พิษณุโลก	เมือง		✓	ศสช.สระโคก	ศสช.บ้านกร่าง
ภาคกลาง					
สมุทรปราการ	เมือง		PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	PCU พุทธรักษา	PCU เทพารักษ์
ลพบุรี	เมือง		PCU อบต.ท่าศาลา	PCU ดงตาล	PCU ท่าตลาด
	ชัยบาดาล	✓		สอ.ท่ามะนาว	สอ.บัวชุม
อยุธยา	นครหลวง	✓		สอ.หนองปลิง	สอ.ท่าช้าง
ภาคอีสาน					
ขอนแก่น	เมือง		ศูนย์มิตรภาพ	สอ.โคกสี	ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง
	น้ำพอง	✓	✓	สอ.คำแก่นคูณ ต.ม่วงหวาน	สอ.ศรีประเสริฐ ต.วังชัย
ร้อยเอ็ด	เมือง		PCU เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	PCU สังข์สงยาง ต.สะอาดสมบูรณ์	PCU เฉลิมพระเกียรติสี่แก้ว
	พนมไพร	✓		สอ.ดอนกลอย	PCU โพธิ์ชัย
กาฬสินธุ์	กมลาไสย	✓		สอ.หนองบัว	สอ.โพนงาม
เลย	ภูกระดึง	✓			สอ.หนองหิน
กรุงเทพฯ					
	ศิริราช		หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช		
	สำนักอนามัย		ศูนย์บริการสาธารณสุข 16		
			ศูนย์บริการสาธารณสุข 45		
			ศูนย์บริการสาธารณสุข 3		
	รพ.นพรัตน์		PCU บี๊กุ่ม		
	สำนักการแพทย์		ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลหนองจอก		

ระยะเวลาดำเนินการ ระยะที่หนึ่ง 18 เดือน

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และ เครือข่ายวิจัยและ
พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

หน่วยงานสนับสนุน และร่วมดำเนินการ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการศึกษาส่วนที่หนึ่ง

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ และการศึกษาวิจัยต่างๆ พบว่า การประเมินผลของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเทศทางด้านตะวันตก จะประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน 2 ลักษณะใหญ่คือ

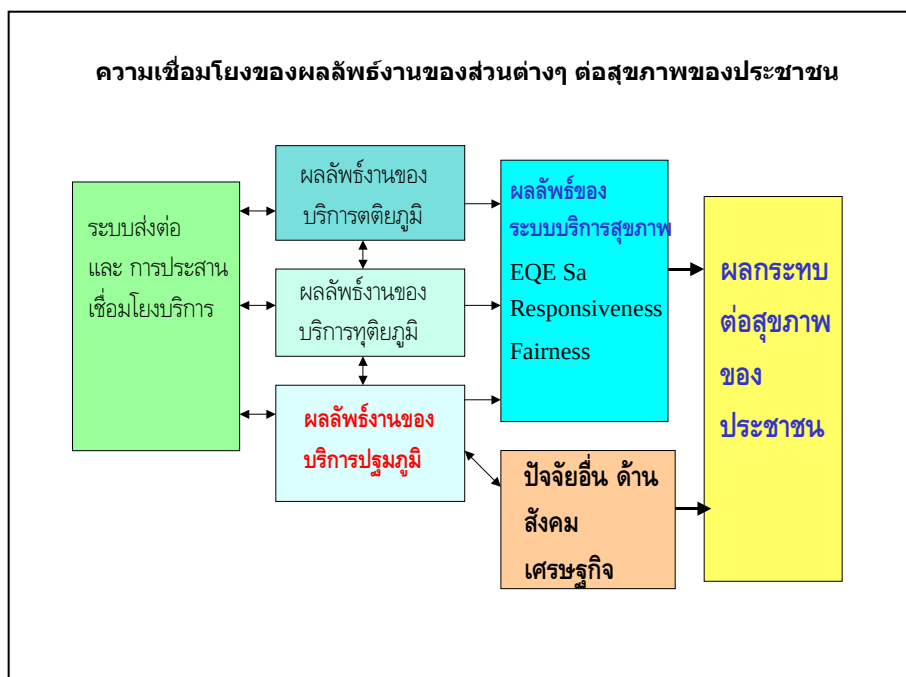
1. การประเมินที่กระบวนการบริการ การจัดการหน่วยบริการให้ได้ตามมาตรฐาน หน่วยบริการปฐมภูมิในบริบทของต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการอิสระเอกชน และให้บริการโดยแพทย์เป็นหลัก ซึ่งต่างจากบริการส่วนใหญ่ในประเทศไทย
2. การวัดผลลัพธ์ของบริการ ด้านต่างๆ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อบริการ การเข้าถึงบริการ โดยผ่านกระบวนการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน และการประเมินผลลัพธ์ของคลินิกบริการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หอบหืด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

กรอบแนวคิดของตัวชี้วัด และการพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ ระบบบริการปฐมภูมิ

จากการทบทวนเอกสารวิชาการ ร่วมกับข้อมูลสถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย คณะผู้วิจัย ได้สรุปกรอบแนวทางการประเมินผล ด้วยกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์งานของระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพส่วนอื่นๆ ที่มีผลกระทบท่อภาวะสุขภาพของประชาชน

ภาพที่ 1



2. เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นระบบบริการที่จัดให้บริการแบบองค์รวมและต่อเนื่อง (HOLISTIC AND CONTINUITY OF CARE) โดยมีการเชื่อมโยงของส่วนต่างๆ ให้มากที่สุด (INTEGRATED CARE) เช่น การป้องกัน การส่งเสริม การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นระบบบริการที่มี

1. **ความเสมอภาค (EQUITY)** หมายถึง ระบบบริการที่ให้โอกาสประชาชนทุกคนได้รับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเท่าเทียมกัน (EQUALITY) ตามความต้องการด้านสุขภาพที่เหมือนกัน (EQUAL NEED TO EQUAL ACCESS)

ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย (ACCESSIBILITY) ใน 4 ด้าน คือ

1.1) ด้านกายภาพ (PHYSICAL ACCESSIBILITY)

1.2) ด้านการเงิน (ECONOMIC ACCESSIBILITY)

1.3) ด้านความรู้สึก (PSYCHOLOGICAL ACCESSIBILITY)

1.4) ด้านข้อมูลความรู้ (INFORMATION ACCESSIBILITY)

2. **คุณภาพบริการ (QUALITY)** หมายถึง บริการที่ได้รับสามารถลดอัตราป่วย อัตราตาย ลดระยะเวลาการเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความทุกข์ทรมานได้มากที่สุดและจริงเท่าที่ความรู้จะเอื้ออำนวย ตามทรัพยากรที่สังคมสามารถจัดสรรได้ และเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

3. **ประสิทธิภาพของระบบบริการ (EFFICIENCY)** หมายถึง การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดผลประโยชน์คุ้มค่าสูงสุด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรที่ใช้ในการผลิต กับ ผลผลิตที่เกิดขึ้น

4. **ความรับผิดชอบต่อสังคม (SOCIAL ACCOUNTABILITY)** หมายถึง ระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาที่มีอยู่ (RELEVANCY) และเป็นระบบที่โปร่งใส (TRANSPARENCY) สามารถตรวจสอบได้ และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

THE FOUR VALUES OF SOCIAL ACCOUNTABILITY

4.1) RELEVANCY

4.2) QUALITY

4.3) COST EFFECTIVENESS

4.4) EQUITY

3. ความหมาย "ระบบบริการปฐมภูมิ" (พ.ศ. 2542) (5)

คำจำกัดความ ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิดและหลักการ

หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health services / interface) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนใน

ท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุลง

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ(มีหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ) ที่มีส่วนทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน (Quality) ที่ประชากรเข้าถึงได้อย่างเสมอภาค (Equity) เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองตรงกับสภาพความจำเป็นสุขภาพของประชาชนที่มีพลวัตได้อย่างทันสถานการณ์ (Social accountability)

ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงปฏิบัติการ

1. เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ อย่างต่อเนื่อง โดยมีได้จำกัดเฉพาะประชากรที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล แต่ต้องดูแลทั้งหมด ทั้งที่เป็นการรู้สภาวะสุขภาพ และหามาตรการสร้างเสริมสุขภาพ
2. เป็นที่ปรึกษาของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม
3. ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และบริการทั้งที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ในสถานะที่เป็นบริการด่านแรก และเน้นการบริการที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน โดยเรียงลำดับตามความสำคัญ และตามลักษณะการดำเนินงานดังนี้

3.1 ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยตรง ซึ่งประกอบด้วย การให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานกับการรักษาพยาบาล ดำเนินการคัดกรองปัญหา ความเสี่ยง ให้วัคซีน ควบคุมป้องกันโรคในระดับบุคคล ให้คำแนะนำ ความรู้และทักษะเพื่อการสร้างศักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

3.2 ร่วมมือประสานงาน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยงานส่วนนี้หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีบทบาทในส่วนการเสนอประเด็น แต่การดำเนินงานจะเป็นลักษณะที่ทำงานร่วมกับประชาชนและหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรง (โดยที่มีหน่วยงานอื่นมีบทบาทโดยตรงในการวางแผนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกว้าง และส่วนที่เป็น public health policy และการดำเนินงานด้าน สาธารณสุขอื่นๆ จะเป็นบทบาทของหน่วยงานท้องถิ่น โดยที่มีงบประมาณต่างหากที่มีใช้งบ U C)

3.3 ให้บริการ รักษาพยาบาล ดูแลเบื้องต้นในปัญหา/โรค ที่พบบ่อย โดยมีการกำหนดขอบเขตของสภาพปัญหาหรือรายชื่อโรคที่ควรดูแลได้ให้ชัดเจนในระดับปฐมภูมิ

4. ติดตาม ประสาน การให้บริการประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดบริการที่บูรณาการ ต่อเนื่อง ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถให้บริการได้เอง

ความหมายบริการปฐมภูมิเมื่อพิจารณาเชิงกระบวนการ บริการปฐมภูมิมิลักษณะดังนี้

- 1) เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรค เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ
- 2) เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing / longitudinal care) ในระหว่างการป่วยแต่ละครั้ง ดูแลต่อเนื่องในกรณีที่ป่วยเรื้อรัง ดูแลประชากรในความรับผิดชอบตั้งแต่มาก่อน

ป่วยจนถึงขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกัน ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

- 3) เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (Comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
- 4) เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคม เมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (Co-ordinated care)

ฉะนั้นกล่าวโดยสรุป **ผลลัพธ์งานของหน่วยบริการปฐมภูมิ** ควรประกอบด้วย

1. มีผลการติดตาม ประเมินสภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน ในชุมชนที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ทันท่วงที และชุมชนได้รับรู้ข้อมูล สถานการณ์อย่างต่อเนื่อง
2. ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบในระดับบุคคล และเป็นกลุ่มชุมชน ตระหนัก และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ (Self care) อย่างเหมาะสม และ มีการพึ่งตนเองได้อย่างสมดุล
3. ประชาชนในความรับผิดชอบที่มีการเจ็บป่วยทั้งกายและใจ ที่เป็นปัญหาพื้นฐาน ปัญหาที่พบบ่อยทั้งที่เป็นลักษณะเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ได้รับการแก้ไขที่ระดับปฐมภูมิอย่างองค์รวมต่อเนื่องและผสมผสาน ในขณะการเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางก็จะได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับชุมชนอย่างเหมาะสม ทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้รับการแก้ไข และเป็นที่ไว้วางใจของประชาชน
4. ประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในการแก้ปัญหา / พัฒนาสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การติดตามสภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างทันท่วงที

สรุปผลลัพธ์ของระบบบริการปฐมภูมิ ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่เป็นผลลัพธ์ของบริการผสมผสานรายบุคคลและครอบครัว ที่ควรเป็นบริการที่ผสมผสานองค์รวม ต่อเนื่อง ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้ตรง และมีประสิทธิภาพ
2. กลุ่มที่เป็นผลลัพธ์งานที่ทำให้ประชาชนดูแลตนเอง และพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมสมดุล ซึ่งหมายถึงประชาชนได้รับข้อมูล ความรู้ต่อปัญหาและการดูแลสุขภาพ ได้รับการฝึกทักษะ และสร้างความเข้าใจให้สามารถปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. กลุ่มผลลัพธ์บริการที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นรายกลุ่มประชากร มีการประสานเพื่อให้มีมาตรการด้านต่างๆ เพื่อป้องกันโรค เชื้อต่อการสร้างสุขภาพ กระตุ้น และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

ก4. กรอบแนวทางในการประเมินระบบบริการ

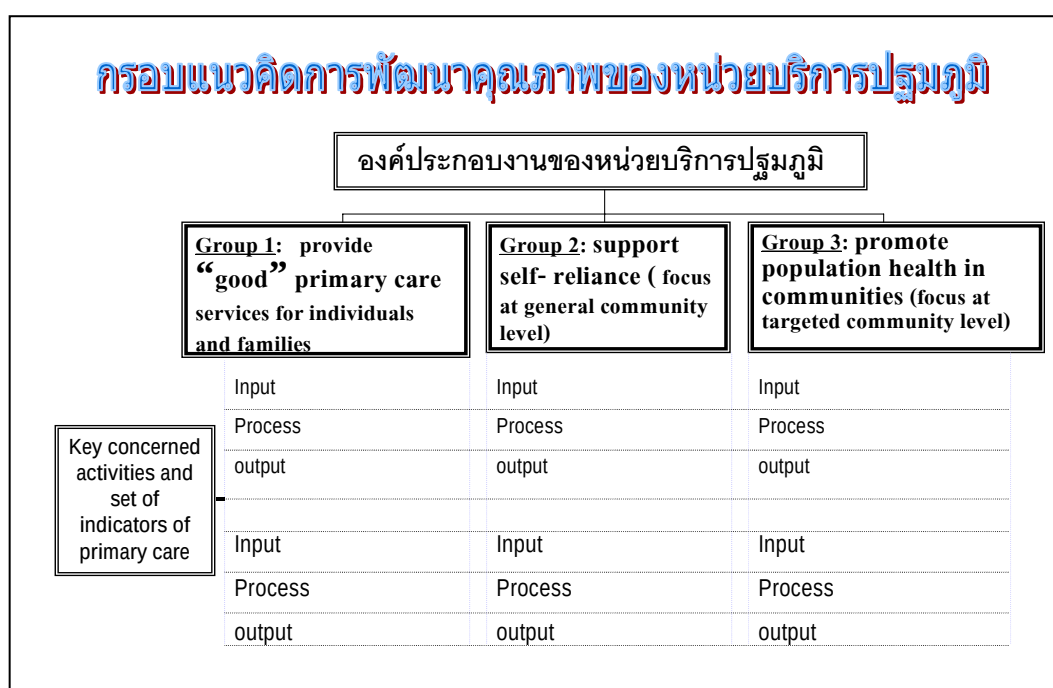
ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์บริการ (output / outcome) ทั้งนี้การประเมินแต่ละส่วนจะให้ข้อมูลและประโยชน์ต่อการใช้งานในระดับที่ต่างกัน

สรุป กรอบการประเมินผลของระบบบริการปฐมภูมิ

จึงประกอบด้วยทั้งการประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ที่เกี่ยวกับผลงานของระบบบริการปฐมภูมิ ทั้ง 3 กลุ่ม / ลักษณะ ดังภาพที่ 2

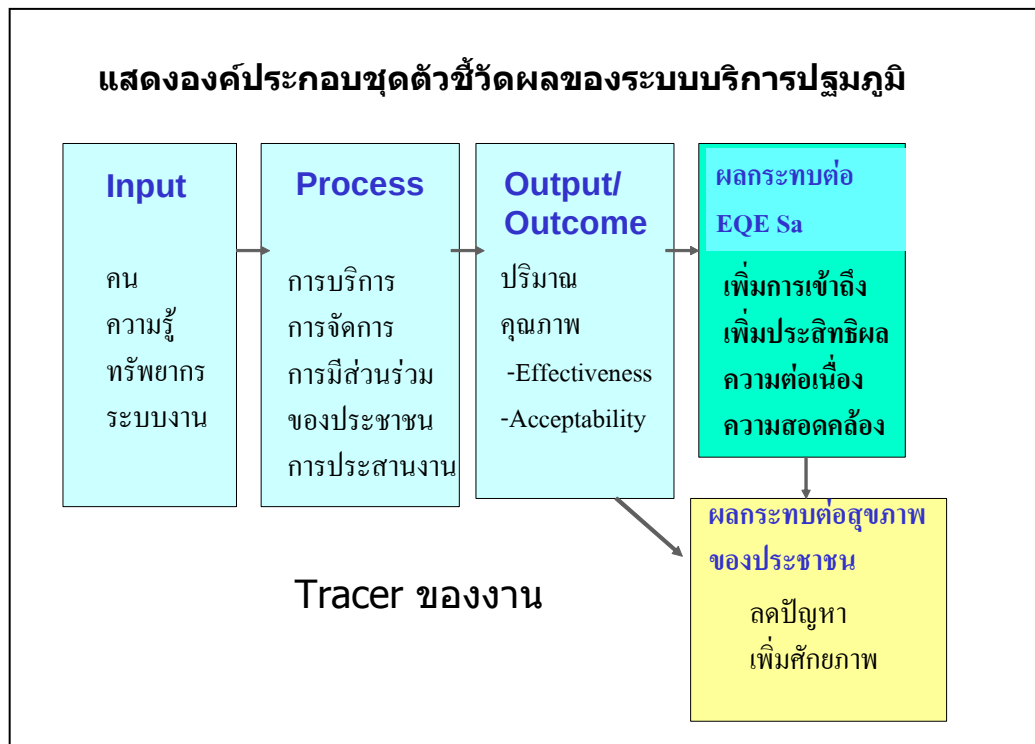
แต่จากการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิปัจจุบัน (สุพัตรา และคณะ ปี พ.ศ. 2548) ส่วนใหญ่จะยังเน้นที่การให้บริการผสมผสาน มากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มประชากรเป็นรายกลุ่ม และเป็นเชิงรุกจริงๆ **การประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในระยะแรกจึงเน้นที่ส่วนของการจัดบริการที่ดีเป็นหลัก** แต่ขณะเดียวกันบริการที่ดีในระดับปฐมภูมิ จะต้องมีความสำคัญ คือ เสริมการดูแลตนเอง และการพึ่งตนเองของประชาชนด้วย จึงทำให้ กรอบการประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระยะแรกนี้ **ควรประเมินผลลัพธ์ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชนร่วมด้วย** แม้ว่าหน่วยบริการปัจจุบันยังดำเนินการเรื่องนี้ได้ไม่เต็มที่ แต่เพื่อให้เห็นทิศทางการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเอกลักษณ์ชัดเจนมากขึ้น

ภาพที่ 2



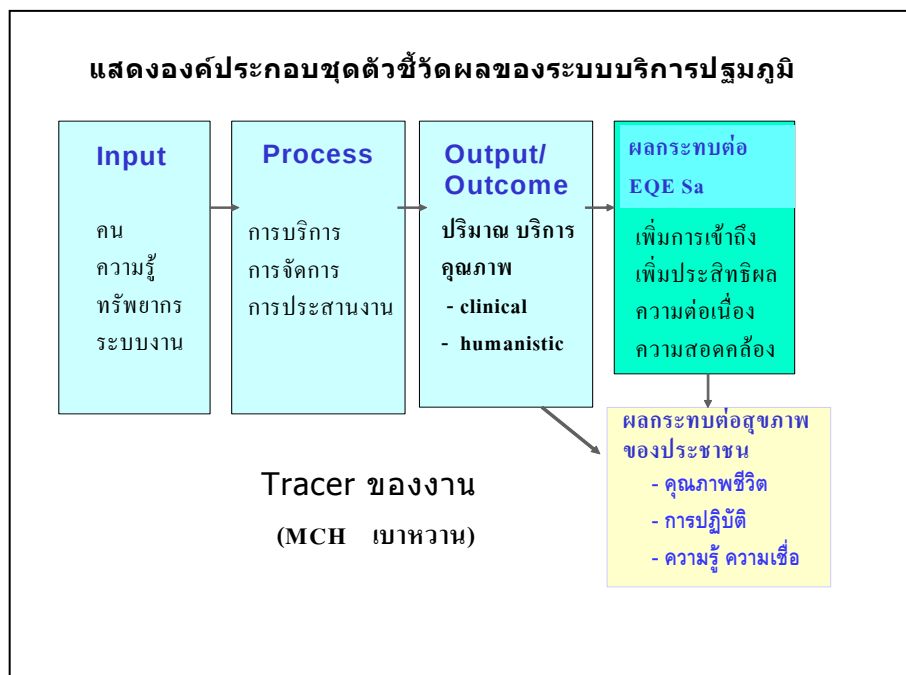
และเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนย่อยส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ฉะนั้นการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ จะต้องเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในระดับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย และจะเน้นการประเมินส่วนที่ควรเป็นผลลัพธ์บริการโดยตรงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังภาพที่ 3 กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรจะทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายขึ้น ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับสภาพความต้องการ และสังคม เศรษฐกิจของผู้รับบริการมากขึ้น

ภาพที่ 3



ด้านผลลัพธ์บริการ ที่มีทั้งด้านที่เป็นปริมาณความครอบคลุมบริการ และด้านคุณภาพ ที่คำนึงถึงประสิทธิผลของบริการ และความยอมรับของประชาชนต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งในอีกด้านหนึ่งสามารถปรับให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน คือ ผลลัพธ์งานที่เป็นด้านคลินิก (ซึ่งเน้นที่ประสิทธิผล) และผลลัพธ์ด้านการยอมรับ ให้คุณค่าต่อความรู้สึก ความเข้าใจต่อการดูแลตนเอง ซึ่งสรุปเป็นผลลัพธ์ด้าน humanistic outcome ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4



ส่วนที่เป็นผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ในการศึกษาจะเน้นไปที่การปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษานี้ เพื่อให้สามารถประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันได้ชัดเจน จึงเลือกระบบบริการเพียงบางส่วนของบริการทั้งหมดเข้ามาเป็น tracer ของระบบบริการทั้งหมด โดยเลือกบริการที่สามารถสะท้อนเอกลักษณ์สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ ซึ่งเลือกระบบ 2 ระบบ คือ

1. ระบบบริการด้านแม่และเด็ก

เพื่อสะท้อนการบริการแก่ประชากรที่ไม่ป่วย เป็นบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่รายบุคคล และครอบครัว สามารถสะท้อนถึงการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นองค์รวมได้

เป็นบริการที่มีการดำเนินการมาต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีการดำเนินการทุกพื้นที่ เป็นบริการที่เบ็ดเสร็จในระดับอำเภอ รวมทั้งเป็นประเด็นที่ผู้บริหารให้ความสนใจ

2. ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เพื่อสะท้อนการบริการแก่ผู้ป่วยที่เป็นโรค และเป็นการบริการที่ต้องการความต่อเนื่อง และการดูแลแบบเป็นองค์รวม เป็นการดูแลเพื่อคงสภาพความเจ็บป่วย และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

เป็นปัญหาสำคัญในทุกพื้นที่ เป็นภาระมาก และเป็นประเด็นที่สามารถวัดในด้านต่างๆ ทั้งในด้านความเสมอภาค คุณภาพ และการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการของประชาชนได้ดี

เป็นประเด็นที่ผู้บริหารระดับนโยบายให้ความสำคัญ

แต่ขอบเขตการประเมิน การรวบรวมข้อมูลต้องดูรวมทั้งอำเภอ เนื่องจากกระบวนการดูแลด้านนี้ต้องสัมพันธ์กับการให้บริการโดยโรงพยาบาล และการบริหารจัดการระดับอำเภอร่วมด้วย

จากกรอบแนวคิด การประเมินทั้งหมด จึงนำมาสู่การค้นหาคำศัพท์ ตัววัดในการประเมินระบบส่วนต่างๆ ซึ่งการศึกษานี้ จะพยายามหาคำศัพท์ที่เห็นว่าเหมาะสม ซึ่งอาจมีจำนวนมากในระยะแรก แล้วจึงนำมาสู่การประมวลเพื่อคัดออก หาคำศัพท์ที่วัดได้ตรง ไร และจัดเก็บได้ง่าย ด้วยวิธีการทางสถิติ ร่วมกับการประเมินผลเชิงคุณภาพ

ร่างชุดตัวชี้วัด และ สถานการณ์ของระบบข้อมูลตามตัวชี้วัด

แนวการพัฒนาตัวชี้วัด และแนวทางศึกษาระบบข้อมูลเพื่อการประเมินตามตัวชี้วัด

เมื่อได้ระบบบริการที่เป็น tracer และกรอบประเด็นที่ต้องการพัฒนาดังกรอบข้างต้น จึงนำมาสู่การพัฒนาตัวชี้วัด ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เริ่มจากการค้นหา คัดเลือกตัวชี้วัด โดยใช้วิธีเริ่มจากการทบทวนเอกสารทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ในประเด็นที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพโดยรวม และส่วนที่เป็นระบบเฉพาะ 2 ระบบ เลือกหาตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนประเด็นคุณภาพทั้งในส่วนที่เป็นลักษณะของบริการปฐมภูมิ (บริการของครัวเรือน ต่อเนื่อง สนับสนุนการพึ่งตนเอง ประสานงาน) และส่วนที่สะท้อนประเด็นลักษณะของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ (EQESa) โดยเริ่มเลือกจากนักวิจัย แล้วสอบถามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในแต่ละระบบ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกรองประเด็น และน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวชี้วัด รวมทั้งความเป็นไปได้ในการจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด

กรอบการพัฒนาตัวชี้วัด คือ

- ควรเป็นตัววัดที่ง่าย เชื่อถือได้ ความเป็นไปได้ในการจัดเก็บ
 - เป็นตัววัดคุณภาพทั้งที่เป็นมุมมองของวิชาชีพ และมุมมองของผู้ใช้บริการ
 - มีการพิจารณาบริบท ควบคู่ไปกับตัวแปร ตัววัดแต่ละชุด ซึ่งหมายถึง พิจารณาว่าในกรณีที่บริบทต่างกัน จะมีตัววัดใดเป็นตัววัดร่วม และตัววัดใดที่ควรปรับตามบริบทหลัก
2. นำตัววัดนั้นสอบถามผู้ปฏิบัติงานถึงฐานข้อมูล และการจัดเก็บที่มีในปัจจุบัน ด้วยวิธีการสอบถามด้วยแบบสำรวจ ซึ่งได้ผลดังภาคผนวกที่ 3
 3. ลงสำรวจระบบบริการ เบื้องต้นในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อดูความเป็นไปได้ในการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นฐานเดิม และการจัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ดูแล ความน่าเชื่อถือของข้อมูล พร้อมกับออกแบบกระบวนการประเมินผล และการจัดเก็บที่เป็นไปได้ โดยสำรวจระบบทั้งส่วนที่เป็นรพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป รพ.ชุมชน สถานีอนามัย สถานบริการในส่วนของรพ.แพทย์ กรุงเทพมหานคร
 4. สรุปแนวทางและเครื่องมือการจัดเก็บข้อมูล กำหนดค่านิยามเชิงปฏิบัติการของตัวชี้วัดต่าง ๆ
 5. พัฒนาเครื่องมือการประเมินใหม่ ในส่วนที่เป็นการประเมินทางด้าน humanistic ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิต ความรู้ ความเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพเรื่องนั้น การปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งในส่วนนี้เริ่มตั้งแต่การค้นหาประเด็นการประเมิน ด้วยการทบทวนเอกสาร และการศึกษาเชิงคุณภาพ การหาตัววัดที่เหมาะสม การสร้างแบบคำถาม การทดสอบความเข้าใจ และทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบประเมิน และปรับปรุงเป็นฉบับสมบูรณ์

ตารางที่ 1 ร่าง ชุดตัวชี้วัดส่วนที่เป็น OUTPUT/OUTCOME ในการประเมินระบบงานแม่และเด็ก และระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

	MATERNAL AND CHILD HEALTH	DIABETES MELITUS
EQUITY	• % ANC, % EARLY ANC • % คลอดสถานบริการ • % coverage ของ ANC, EPI, FP	% ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึงบริการ (ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในทะเบียนเปรียบเทียบกับความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่ควรจะมีในพื้นที่นั้น) % ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาตามมาตรฐาน (รวมทั้งการได้รับอินซูลินเมื่อมีข้อบ่งชี้) % ผู้ป่วยที่ได้รับการทบทวนภาวะแทรกซ้อนตามระยะเวลาที่เหมาะสม
QUALITY	• % ANEMIA ที่รักษาจนปกติในระยะตั้งครรภ์ • % การได้ยาด้านไวรัสในมารดาที่ anti HIV + VE / INCIDENCE การเกิด VERTICAL TRANSMISSION • MATERNAL MORBIDITY (% PPH, % PUERPERAL INFECTION) ให้ระวังข้อมูลต่ำกว่าจริงในพื้นที่เขตเมือง • MATERNAL MORTALITY RATE • NEONATAL MORBIDITY (% LBW, % BIRTH ASPHYXIA) ให้ดูคู่กับ% การคลอดที่สถานบริการเครือข่ายด้วย - % detection แม่ที่ไม่พร้อม • NEONATAL MORTALITY RATE • SELF CARE PERFORMANCE • SATISFACTION • เพิ่ม QOL ของแม่ ความสามารถของแม่ในการดูแลตนเองและลูก หรือความพร้อมของแม่	• % ประชาชนเป้าหมายที่มีความรู้การป้องกันเบาหวาน • % ผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอ (COMPLIANCE) • % ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C) • % ผู้ป่วยที่ได้รับการทบทวน ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน • % ผู้ป่วยที่มี BMI > 27 Kg/m² (OBESITY) < 17 Kg/m² (MALNUTRITION) • % ผู้ป่วยที่มี HYPERLIPIDEMIA • % ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง • % ผู้ป่วยเบาหวานที่ admit เกี่ยวกับ DM ในรอบ 1 ปี • % CHRONIC COMPLICATIONS • QUALITY OF LIFE • SELF CARE PERFORMANCE - Self Management
EFFICIENCY	• % มารดาที่นอนรพ. > 2 วัน หลังการคลอดปกติ (PROLONGED MATERNAL STAY AFTER NORMAL DELIVERY MORE THAN 2 DAYS)	• % ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความเสี่ยง และระวังดูแลตนเอง • % ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองและได้รับการดูแลต่อเนื่อง

MATERNAL AND CHILD HEALTH		DIABETES MELITUS
	• % EPI เด็ก 0-5 ปี / INCIDENCE ของโรคที่สามารถ ป้องกันได้ด้วย EPI PROGRAM • % FP / % การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ • % ANC สอ. เทียบกับทั้งหมด • หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 17 ปี และได้รับการดูแลแนะนำ	• % ผู้ป่วยที่คุมได้จากการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย (Non-MEDICAL TREATMENT)
SOCIAL ACCOUNTABILITY	• ACCEPTABILITY • RELEVANCY • COST EFFECTIVENESS • MATERNAL MORTALITY RATE • NEONATAL MORTALITY RATE	• PSYCHOLOGICAL WELL-BEING • PHYSICAL WELL-BEING • KNOWLEDGE OF DIABETES • SELF CARE PERFORMANCE AND COPING • PATIENT SATISFACTION - % ประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองให้เพิ่มประเมินด้านภาวะจิตใจ การทำงานได้ และการจัดการกับความเครียด

สถานการณ์ของระบบข้อมูลที่มีในปัจจุบัน ตามร่างตัวชี้วัด

โครงการฯ ดำเนินการโดยแปลงตัวชี้วัด เป็นชุดข้อมูลที่ต้องการในการคำนวณตามตัวชี้วัด และสอบถามกับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมายการศึกษาทั้งหมด (โรงพยาบาล 10 แห่ง PCU รพ. 11 แห่ง สถานีอนามัย 33 แห่ง) ถึงแหล่งข้อมูล และความเป็นไปได้ในการหาข้อมูลตามตัวชี้วัด ได้ข้อมูลตามตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 จำนวนสถานบริการที่มีข้อมูลในแต่ละตัวชี้วัด ☐

ตัวชี้วัด	ข้อมูล	ข้อมูลที่มีระดับ	ไม่มี	มี (เอกสาร/ข้อมูลดิบ)	มีข้อมูลใน Computer
1.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึงบริการ	1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล (ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน)	สอ.	4	5	8
		PCU	0	6	11
		รพ.	0	2	15
2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่กินยาสม่ำเสมอ	2. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่กินยาสม่ำเสมอ	สอ.	6	6	5
		PCU	2	9	6
		รพ.	3	4	10
3.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลใน	3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ค่า HbA1C < 7%	สอ.	15	2	0
		PCU	13	3	1
		รพ.	9	4	4

ตัวชี้วัด	ข้อมูล	ข้อมูล ที่ระดับ	ไม่มี	มี (เอกสาร/ ข้อมูลดิบ)	มีข้อมูลใน Computer
เลือดได้ดี (HbA1C) 4.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI > 27 kg/m² 5.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI < 17 kg/m² (Obesity) 6.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI < 17 kg/m² (Malnutrition) 7.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HT ร่วมด้วย 8.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง 9.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มี Diabetic Emergencies ในรอบ 1 ปี 10.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มี Chronic Complications	4. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI > 27 kg/m ²	สอ.	9	7	1
		PCU	6	8	3
		รพ.	8	5	4
	5. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI < 17 kg/m ²	สอ.	11	5	1
		PCU	9	5	3
		รพ.	8	4	5
	6. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี Hyperlipidemia	สอ.	11	5	1
		PCU	5	9	3
		รพ.	4	6	7
	7. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี HT ร่วมด้วย	สอ.	5	7	5
		PCU	1	9	7
		รพ.	1	4	12
	8. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี Diabetic Emergencies ที่มาใช้บริการ	สอ.	13	3	1
		PCU	6	7	4
		รพ.	4	4	9
	9. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา (เช่น ตามัว จอประสาทตาเสื่อม เลือดออกในวุ้นลูกตา ประสิทธิภาพของจอรับภาพเสื่อม)	สอ.	13	3	1
		PCU	9	4	4
		รพ.	4	5	8
10.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมได้จากการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย (Non-Medical Treatment) 11.สัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ สอ./PCU	11. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (เช่น ชาตามปลายมือปลายเท้า เห็นภาพซ้อน องศาตาไม่แข็งตัว)	สอ.	11	5	1
		PCU	8	6	3
		รพ.	5	5	7
	12. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง (เช่น อัมพาต / อัมพฤกษ์)	สอ.	11	5	1
		PCU	6	9	2
		รพ.	4	6	7
	13. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดเท้า, ขา, นิ้ว	สอ.	12	4	1
		PCU	5	8	4
		รพ.	3	6	8
	14. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผล	สอ.	11	6	0

ตัวชี้วัด	ข้อมูล	ข้อมูลที่ระดับ	ไม่มี	มี (เอกสาร/ข้อมูลดิบ)	มีข้อมูลใน Computer
จากจำนวนผู้รับบริการที่ รพ.	ขนาดใหญ่	PCU	7	6	4
		รพ.	3	8	6
	15. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ Admit ด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ได้แก่ แผลเรื้อรัง, โรคแทรกซ้อน, ภาวะฉุกเฉิน (เฉพาะ รพ.)	สอ.			
		PCU			
		รพ.	2	7	8
	16. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่	สอ.	12	5	0
		PCU	9	7	1
		รพ.	10	3	4
	17. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่คุมได้โดยไม่มีใช้ยา	สอ.	12	4	1
		PCU	8	6	3
		รพ.	6	5	6
	18. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของ สอ./PCU/รพ.	สอ.	5	4	8
		PCU	0	8	9
		รพ.	3	3	11
	19. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการทั้งหมดในอำเภอ (ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งอำเภอ)	สอ.	11	4	2
		PCU	7	6	4
		รพ.	2	5	10
	20. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน	สอ.	13	4	0
		PCU	12	5	0
		รพ.	12	5	0
	21. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	สอ.	14	3	0
		PCU	12	5	0
		รพ.	14	3	0
	22. ความสามารถในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวาน	สอ.	14	3	0
		PCU	13	4	0
		รพ.	14	3	0
	23. ความพึงพอใจ (Patient satisfaction)	สอ.	11	6	0
		PCU	10	7	0
		รพ.	11	6	0

จากตารางจะเห็นว่าข้อมูล ส่วนที่เป็นคุณภาพของกระบวนการนั้น หน่วยบริการส่วนใหญ่จะยังไม่มีฐานข้อมูล และบางส่วนที่ตอบว่ามี แต่เป็นลักษณะของข้อมูลดิบ ส่วนที่บันทึกในคอมพิวเตอร์จะเป็นลักษณะที่บันทึกตามประวัติการรักษาในระบบของโรงพยาบาลทั่วไป ไม่มีระบบที่แยกข้อมูลด้านผู้ป่วยเบาหวานเป็นการเฉพาะ

ยกเว้นมีที่เดียว คือ ที่รพ.พุทธชินราชพิษณุโลก อย่างไรก็ตามจากแบบสอบถามยังมีปัญหาความเข้าใจต่อคำนิยามที่ไม่ตรงกัน และไม่ถูกต้อง โครงการจึงใช้วิธีการให้ทีมวิจัยลงไปสำรวจดูระบบเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการหาฐานข้อมูลในการประเมินอีกครั้งหนึ่ง

สถานการณ์ข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก

ค่านิยาม

- มาตรฐานการ ANC ใช้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข
- High Risk Pregnancy จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง
- การได้รับยาต้านไวรัสในมารดา anti HIV + ve หา incidence การเกิด vertical transmission
- PPH ใช้คำจำกัดความทางคลินิกแทน คือ คนไข้มีอาการ
ผิดปกติ V/S เปลี่ยนแปลง เช่น $P \geq 100$ ครั้ง/นาที,
 $BP \leq 90/60$ mmHg หรือ Pulse Pressure ≤ 20
mmHg
- BIRTH ASPHYXIA จำแนกเป็นการขาด O_2 เล็กน้อย (5-7 คะแนน) การ
ขาด O_2 มาก (0-4 คะแนน)
- FP จำแนกเป็น การคุมกำเนิดชั่วคราว และการคุมกำเนิด
ถาวร
- PAP SMEAR ใช้เกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข
- การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ใช้เกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข
- EPI จำแนกตามชนิดของวัคซีนและจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่
ป้องกันได้ด้วย EPI Program
- MALNUTRITION จำแนกตามความรุนแรงระดับ 1, 2, 3

ตารางที่ 3 จำนวนหน่วยบริการที่มีข้อมูลตามตัวชี้วัดแต่ละข้อ ☐

(รพ. 10 แห่ง พชียุรพ. 11 แห่ง สอ.33 แห่ง)

ตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	ไม่มี ข้อมูล	มีข้อมูล		
			สอ.	PCU	รพ.
1.% HEALTH INSURANCE ของแม่	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีสิทธิประกันสุขภาพ		12	17	13
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด		12	17	12
2.% HEALTH INSURANCE ของทารก (อายุ 0-1 เดือน)	ตัวตั้ง : จำนวนทารกที่มีสิทธิประกันสุขภาพ		10	14	12
	ตัวหาร : จำนวนทารกที่เกิดมีชีวิตทั้งหมด		12	16	12
3.% ANC ที่ สอ./PCU	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU		12	17	10
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในเขต สอ./PCU		11	15	7
*4.% ANC ที่ สอ./PCU และ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU และได้รับ การดูแลตามมาตรฐาน		12	17	10

ตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	ไม่มีข้อมูล	มีข้อมูล		
			สอ.	PCU	รพ.
	ตัวหาร : จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU ทั้งหมด		12	17	11
5.% ANC ทั้งอำเภอ	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์		9	12	14
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด		7	9	11
6.% EARLY ANC (1 st trimester)	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือน		8	11	11
	ตัวหาร : จำนวนหญิงฝากครรภ์ทั้งหมด		12	17	11
7. % Teenage Pregnancy (อายุ 13 -19 ปี)	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุช่วง 13-19 ปี		9	12	12
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด		11	15	7
8. % High Risk Screening	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรก		11	15	14
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด		11	15	7
*9. % High Risk Pregnancy	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง		9	12	14
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด		11	15	7
*10.% High Risk Pregnancy ที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้รับการรักษาตามมาตรฐาน		7	10	13
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงทั้งหมด		6	10	13
11.% การติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ขาดนัดให้มารักษาต่อเนื่อง	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มารักษาลงการติดตาม		4	8	7
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่ขาดนัดทั้งหมด		4	8	7
12.% Anemia ที่รักษาจนปกติ ในระยะตั้งครรภ์ (Hct $\geq$ 33%) * เฉพาะ Iron-deficiency anemia	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็กได้รับการรักษาจน Hct $\geq$ 33% ในระยะตั้งครรภ์		7	11	15
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็กทั้งหมด		7	12	14
*13.% การได้รับยาต้านไวรัส ในมารดา anti HIV + ve	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ anti HIV + ve และได้รับยาต้านไวรัสครบตามมาตรฐาน		3	7	15
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ anti HIV + ve ทั้งหมด		3	7	15
14.% หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีคู่และ anti HIV +ve แล้ว ตั้งครรภ์ซ้ำ	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีคู่และ anti HIV + ve แล้วตั้งครรภ์ซ้ำ		4	8	14
	ตัวหาร : จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีคู่และ anti HIV		4	7	11

ตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	ไม่มีข้อมูล	มีข้อมูล		
			สอ.	PCU	รพ.
	+ ve ทั้งหมด				
15.% คลอดสถานพยาบาล	ตัวตั้ง : จำนวนแม่คลอดที่สถานพยาบาล		5	9	16
	ตัวหาร : จำนวนแม่คลอดทั้งหมด		6	9	16
16.% คลอดที่ ANC ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	ตัวตั้ง : จำนวนคลอดที่ ANC ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป		8	12	15
	ตัวหาร : จำนวนหญิงคลอดทั้งหมด		6	9	16
17. % มารดาที่นอนรพ. > 2 วันหลังการคลอดปกติ	ตัวตั้ง : จำนวนมารดาที่นอนรพ. > 2 วันหลังคลอดปกติ		1	3	14
	ตัวหาร : จำนวนมารดาที่คลอดปกติทั้งหมด		2	5	17
*18.% PPH	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงหลังคลอดตกเลือด >500 ซีซี ภายใน 24 ชม.		1	2	16
	ตัวหาร : จำนวนหญิงหลังคลอดทั้งหมด		4	7	16
19.% PUERPERAL INFECTION	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงหลังคลอดที่มีการติดเชื้อระบบสืบพันธุ์หลังคลอด 2 สัปดาห์		2	5	15
	ตัวหาร : จำนวนหญิงหลังคลอดทั้งหมด		4	7	16
20. % LBW	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กเกิดมีชีพน้ำหนัก $\leq 2,500$ กรัม		7	10	16
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด		12	16	12
*21.% BIRTH ASPHYXIA	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กแรกเกิดที่มี Apgar Score ≤ 7 ที่จุด 5 นาที		2	4	17
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด		12	16	12
22. MATERNAL MORTALITY RATE	ตัวตั้ง : จำนวนผู้มีความตายจากโรคที่เกิดโดยตรงจากการมีครรภ์การคลอด และ 1 เดือนหลังคลอด		5	6	15
	ตัวหาร : จำนวนเด็กคลอดมีชีพ 100,000 ราย		4	5	15
23. PERINATAL MORTALITY RATE	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กตายคลอดและเด็ก นน.ตัวเกิน 1,000 กรัมตายใน 1 สัปดาห์หลังคลอด		4	5	17
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย		3	4	17
*24. % FP	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-45 ปี) ที่มีการวางแผนครอบครัว		11	15	14
	ตัวหาร : จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีคู่ทั้งหมด		11	15	11
*25. % PAP SMEAR	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์		12	16	13
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตามเกณฑ์ทั้งหมด		12	16	12

ตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	ไม่มีข้อมูล	มีข้อมูล		
			สอ.	PCU	รพ.
*26. % การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตามเกณฑ์		12	16	13
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตามเกณฑ์ทั้งหมด		12	16	12
*27.% EPI	ตัวตั้ง : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์		12	17	13
	ตัวหาร : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด		12	17	13
28.% MALNUTRITION	ตัวตั้ง : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ขาดสารอาหาร		12	15	12
	ตัวหาร : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด		12	17	13
29.% Breast Feeding	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กที่กินนมแม่อย่างน้อย 4 เดือนแรก		8	10	15
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตทั้งหมด		12	16	12

จากตาราง แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่หน่วยบริการให้ความเห็นว่าข้อมูลตามตัวชี้วัดทั้งหมดเนื่องจาก เป็นข้อมูลตามตัวชี้วัดที่ต้องรายงานให้กับกระทรวงสาธารณสุขเป็นประจำ แต่หน่วยบริการที่เป็นสถานีนอนามัย จะตอบว่ามีข้อมูลน้อยกว่าโรงพยาบาล แต่ก็มีข้อมูลที่สอ.ไม่น่าจะมีข้อมูล แต่สอ.ก็แจ้งว่ามีข้อมูล ซึ่งอาจสะท้อนความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน แต่มีข้อสงสัยถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูล เนื่องจากตัวชี้วัดส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลที่หน่วยปฏิบัติต้องประเมินด้วยตนเอง (ยกเว้นข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง ได้แก่ ข้อมูลการตายของแม่และเด็ก น้ำหนักเด็กแรกคลอด) ซึ่งที่ผ่านมาไม่มีระบบการตรวจสอบที่ชัดเจนว่าประเมินตนเองได้ถูกต้องหรือไม่ และข้อมูลจากรายงานที่ได้รับ พบว่าส่วนใหญ่หน่วยบริการจะรายงานว่ามีผลงานได้ตามเกณฑ์ เห็นความแตกต่างระหว่างพื้นที่ได้น้อย

สถานการณ์ข้อมูล จากการลงเก็บข้อมูลโดยทีมวิจัย

ซึ่งจากการศึกษา โดยทีมวิจัย ได้ข้อสังเกตในระบบข้อมูลดังต่อไปนี้

ข้อมูลด้านระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ด้านทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่มีแต่ข้อมูลของผู้มารับบริการที่หน่วยบริการนั้นๆ และส่วนใหญ่ยังไม่มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูล หรือเป็นทะเบียนที่ใช้ในการติดตาม มีข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่ไม่ว่าจะรักษาที่ใดเฉพาะในส่วนของสถานีนอนามัย หรือ พืชที่มีประชากรไม่มาก หรือที่เป็นพื้นที่ชนบท หากเป็นพื้นที่เขตเมืองที่มีประชากรหนาแน่นจะไม่มีฐานข้อมูลมูลของประชากรทั้งหมดที่เป็นเบาหวานเนื่องจากเข้าถึงข้อมูลได้ยาก และประชากรมีการเคลื่อนย้ายบ่อย

ฉะนั้น เมื่อฐานข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน จึงวิเคราะห์การเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมของบริการกับกลุ่มเป้าหมายได้จำกัด

ข้อมูลที่บ่งถึงคุณภาพบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับยาสม่ำเสมอ หากเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก และสถานีนอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนจะมีระบบเช็คว่าการขาดนัดมาน้อยเพียงใด แต่รพ.ใหญ่มักจะไม่มีการเช็ค เนื่องจากมีผู้ป่วยปริมาณมาก

แต่หากพิจารณาจากคุณภาพบริการโดยพิจารณาในด้านระดับน้ำตาลที่คุมได้ดี พบว่าส่วนใหญ่จะไม่มี การทบทวนนี้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นการทบทวนจากระดับ plasma glucose เป็นหลัก มีเพียงรพ.ใหญ่ 1-2 แห่งที่มีระบบการเช็คด้วย HbA1C

การบันทึกเรื่องปัจจัยเสี่ยง มีเฉพาะเรื่อง BMI แต่มักบันทึกไว้เฉยๆ ไม่ได้นำมาใช้ประมวลผล หรือ วิเคราะห์หรือใช้ในการวางแผนการดูแลที่ชัดเจน

ปัจจัยเสี่ยง เรื่อง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา นั้นมีการบันทึกหรือตรวจสอบเรื่องนี้้น้อยมาก

ส่วนการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย มีบางแห่งที่มีแผนการให้ความรู้ที่ชัดเจน แต่มักจะเป็นชุดความรู้ที่ ให้เหมือนกันกับทุกคน ไม่ได้แยกแยะตามลักษณะปัญหา และระยะการป่วย

ระบบตรวจร่างกายเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน พบว่าหากเป็นโรงพยาบาลใหญ่ และรพ.ชุมชนบางแห่งจะมีการ ตรวจเช็คเป็นระยะ แต่ส่วนใหญ่จะไม่มีระบบทบทวนว่าได้รับการตรวจเช็คตามที่กำหนดหรือไม่

รายการตรวจเช็คจะมีความแตกต่างกัน คือ รายการที่ตรวจเป็นส่วนใหญ่ คือ BUN , Creatinine ส่วน การตรวจไขมันในเลือดมีความแตกต่างกันในรายละเอียดการตรวจ และต่างกันในเรื่องความถี่การตรวจ ส่วนการ ตรวจเส้นเลือดในตา นั้น ส่วนใหญ่ตรวจได้น้อยเนื่องจากข้อจำกัดที่มีจักษุแพทย์ร่วมตรวจด้วยน้อย การตรวจ microalbumin มีน้อยมาก มีเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลใหญ่ที่เลือกตรวจบางกรณี เนื่องจาก ค่าใช้จ่ายสูง และมีข้อจำกัดในด้านห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลที่แสดงถึงผลลัพธ์ของผู้ป่วย ในด้านความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตนั้น หน่วย บริการส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบจัดเก็บข้อมูลด้านนี้ ยกเว้นการเป็นการศึกษาในโครงการเฉพาะ

ตารางที่ 4 ข้อมูลตามตัวชี้วัดคุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูล	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอ
1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล (ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน)	ข้อมูลนี้ส่วนใหญ่บันทึกเป็นรายคน บางส่วนรวบรวมเป็นทะเบียนในรูป กระดาษ มีเพียงส่วนน้อยมากที่บันทึกใน รูปอิเล็กทรอนิกส์	1.จัดทำโปรแกรมที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ ให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วย รายบุคคล ซึ่งมีข้อมูลตัววัดสถานะ สุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละด้าน และมี การกำหนดความหมายของการวัดแต่ละด้านที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่กินยา สม่ำเสมอ	ส่วนนี้ยังไม่มีเกณฑ์สม่ำเสมอที่เป็น มาตรฐานเดียวกัน และต้องการระบบ ทบทวน ซึ่งมีหน่วยบริการส่วนน้อยที่มีการ จัดเก็บข้อมูลนี้	
3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ค่า HbA1C < 7%	มีเพียงส่วนน้อยที่มีการตรวจ HbA1C	2. ให้มีการกำหนดให้ตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อการติดตามที่สม่ำเสมอ และจัดให้มีระบบ สนับสนุนด้านห้องปฏิบัติการ และ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

ข้อมูล	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอ
4. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI > 27 kg/m ² และ BMI < 17 kg/m ²	ส่วนใหญ่มีข้อมูล BMI เป็นรายคน แต่ไม่มีการรวบรวมผลในภาพรวม	3. กำหนดนิยาม และระบบการเฝ้าระวังที่ชัดเจน แล้วจัดเก็บรวมกับข้อ 1
7. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี HT ร่วมด้วย	มีการตรวจวัดความดันโลหิต และบันทึกเป็นรายบุคคล แต่ไม่ได้รวบรวม และวิเคราะห์ในภาพรวม	
16. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่	มีบันทึกบ้างเป็นรายคน แต่จำนวนน้อย และไม่มีการรวบรวมเป็นภาพรวม	
5. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี Hyperlipidemia	หน่วยบริการมีการเจาะตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่สม่ำเสมอ และส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	4. จัดระบบการตรวจเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และจัดระบบสนับสนุนเพิ่มขึ้น ส่วนการบันทึกข้อมูลรวมอยู่ในฐานเดียวกับข้อ 1
10. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (เช่น ไตวายเรื้อรัง ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ)	มีการตรวจด้วยระดับ urine albumin แบบ strip test และ creatinine เป็นส่วนใหญ่ มีจำนวนน้อยมากที่มีการตรวจระดับอัลบูมินในปัสสาวะที่มีความไวกว่า ระบบการบันทึกข้อมูล เป็นรายคน ไม่มีการรวบรวมผลรวม	
11. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (เช่น ชาตามปลายมือปลายเท้า เห็นภาพซ้อนองศาไม่ชัด)	หน่วยบริการส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจ neuropathy ที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยมากและพยาบาลที่ดูแลยังไม่ทักษะในการตรวจ ประเมิน	
9. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา (เช่น ตมัว จอประสาทตาเสื่อม เลือดออกในวุ้นลูกตา ประสาทรับภาพของจอรับภาพเสื่อม)	มีการเก็บข้อมูลเป็นรายคนที่ได้รับการตรวจ แต่ผู้ป่วยส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้รับการตรวจ ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	
8. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี Diabetic Emergencies ที่มาใช้บริการ	ไม่มีการกำหนด ความหมาย ที่ชัดเจนว่าประกอบด้วยภาวะอย่างไรบ้าง ข้อมูลมีการจัดเก็บบ้างเป็นรายคน ตามระบบ DRG	5. ให้มีการกำหนด ภาวะแทรกซ้อน ที่ต้องเฝ้าระวัง และมีการจัดการตั้งข้อมูลจากฐานข้อมูลอื่นที่มีในรพ. แล้วนำมารวบรวมกับฐานข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล ในข้อ 1
12. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง (เช่น อัมพาต / อัมพฤกษ์)	ไม่มีระบบบันทึกรวบรวมข้อมูลด้านนี้โดยตรง	

ข้อมูล	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอ
13. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดเท้า, ขา, นิ้ว	ไม่มีระบบบันทึกรวบรวมข้อมูลด้านนี้โดยตรง	
14. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลขนาดใหญ่	ไม่มีระบบบันทึกรวบรวมข้อมูลด้านนี้โดยตรง	
15. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ Admit ด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ได้แก่ แผลเรื้อรัง, โรคแทรกซ้อน, ภาวะฉุกเฉิน (เฉพาะ รพ.)	มีข้อมูลในบันทึกประวัติผู้ป่วยในรายคน แต่ไม่มีการดึงข้อมูลมาเชื่อมโยงกับทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด	
18. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของ สอ./PCU/รพ.	ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่มาใช้บริการ แต่การมีข้อมูลทั้งหมดในพื้นที่ขึ้นกับวิธีการค้นหาผู้ป่วย และการจัดเก็บข้อมูลทั้งหมดแม้ไปรับบริการที่อื่น	6. ให้มีการประสานกับข้อมูลชุมชน และจัดระบบเป็นฐานข้อมูลทะเบียน ไม่ว่าจะรักษาที่ใด และมีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการด้วย
19. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการทั้งหมดในอำเภอ (ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งอำเภอ)	ส่วนใหญ่จะมีข้อมูลเป็นรายหน่วยบริการ มีเพียงบางอำเภอเท่านั้นที่มีการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยบริการทุกแห่งเป็นภาพรวม รายอำเภอ	
20. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน	มีเพียงหน่วยบริการไม่กี่แห่งที่มีการประเมินด้านนี้ ในลักษณะที่เป็นงานวิจัย และยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลด้านนี้	7. ให้มีการพัฒนาแบบประเมินเฉพาะในเรื่องคุณภาพชีวิต ความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง เพื่อใช้ประเมินภายในหน่วยบริการเอง และสามารถใช้เป็น การประเมินจากองค์กรภายนอก เพื่อเทียบระหว่างหน่วยบริการได้
21. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	หน่วยบริการส่วนใหญ่ไม่มีการประเมินด้านนี้	
22. ความสามารถในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่มีการประเมินด้านนี้โดยตรง	
23. ความพึงพอใจ (Patient satisfaction)	มีการประเมินความพอใจของผู้มารับบริการในภาพรวม แต่ไม่ได้ประเมินเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน และมักไม่ได้ถามถึงความพอใจในส่วนที่เป็นกระบวนการบริการ	8. ให้มีการพัฒนาแบบประเมินความพอใจเฉพาะ โดยเน้นที่คุณภาพของกระบวนการให้บริการเพิ่มขึ้น จากแบบประเมินความพอใจทั่วไป

ข้อมูลด้านแม่และเด็ก

จากการศึกษาพบว่า ระบบบริการเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก คือ เป็นระบบที่ให้บริการที่รพ. มากขึ้นกว่าเดิม สถานือนามัยมีบทบาทน้อยลง ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรกที่ต้องไปตรวจเลือด และตรวจโดยแพทย์ที่รพ. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการที่สถานือนามัยน้อยลง

ระบบงาน และแบบระเบียนการบันทึกในด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนไปจากเดิมมาก บางแห่งมีการตัดข้อมูลบางส่วนให้สั้นลง ข้อมูลหลายส่วนมีการตัดออก ข้อมูลบางส่วนมีการปรับเปลี่ยนเป็นการบันทึกในคอมพิวเตอร์ และสมุดคู่มือของแม่ ไม่บันทึกเป็นเอกสาร ของหน่วยบริการได้แก่ที่สมุทรปราการ แต่บางแห่งก็ยังบันทึกเป็นทะเบียนผู้ป่วยเล่มใหญ่เหมือนเดิม ได้แก่ ที่จังหวัดยะลา ข้อมูลผลลัพธ์การคลอด และสุขภาพของแม่และเด็ก ถูกจัดเก็บแยกจากบันทึกบริการหญิงตั้งครรภ์ ฉะนั้นหากต้องการเก็บข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างกระบวนการบริการกับผลลัพธ์สุขภาพของแม่และเด็ก จะต้องมีการจัดเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง และหลายรายงาน ซึ่งต้องมีการจัดการมากกว่าเดิม

ข้อมูลที่สะท้อนความครอบคลุม และการเข้าถึงบริการ ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ จากการศึกษพบว่าหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาล และหน่วยบริการในเขตเมืองจะไม่มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่ มีแต่ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ หน่วยบริการที่จะมีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยบริการในชนบท ที่สามารถเชื่อมต่อกับอสม. ในการแจ้งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ทันสมัยตลอดเวลาได้ ฉะนั้นการประเมินว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการครอบคลุมหรือไม่ จึงต้องใช้จากการประมาณว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดควรมีเท่าไรจากการคำนวณเป็นหลัก เทียบกับหญิงที่มารับบริการ

ข้อมูลที่บอกถึงคุณภาพบริการ

ส่วนที่เป็นข้อเท็จจริงชัดเจน คือ จำนวนการป่วย และตายของแม่และทารกแรกคลอด เป็นข้อมูลที่สามารถหาข้อมูลดิบได้ชัดเจนจากโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งมักมีการเก็บรวบรวมชัดเจน และมีการรายงานให้แก่กระทรวงสาธารณสุข แต่การนำข้อมูลไปใช้เพื่อติดตาม ประเมิน ระยะยาว ไม่ชัดเจน แต่เป็นข้อมูลที่มีการขึ้นลงได้ง่าย เนื่องจากความซุกซนของอุปกรณ์ต่าง

นอกจากนี้มีข้อมูลที่ตอบได้ชัด คือ teenage pregnancy และอายุครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก แต่หน่วยบริการส่วนใหญ่ยังไม่ได้รวบรวมข้อมูลนี้ชัดเจน ยกเว้นข้อมูล teenage pregnancy ที่กระทรวงสาธารณสุขเริ่มกำหนดให้รายงานในปีที่ผ่านมา

คุณภาพของการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ มีระบบการบันทึกชัดเจน คือ การตั้งครรภ์ 4 ครั้ง คุณภาพ แต่ก็พบว่าความเข้าใจต่อคำนิยาม วัตถุประสงค์ของ 4 ครั้งคุณภาพ และวิธีนับรวบรวมจะมีความแตกต่างกัน ส่วนคุณภาพของการค้นหากลุ่มเสี่ยงและการดูแลกลุ่มเสี่ยงได้เหมาะสม ส่วนใหญ่หน่วยบริการไม่มีการตรวจสอบเรื่องนี้ จะเป็นการรายงานตัวเลขตามจำนวนเท่าที่เจ้าหน้าที่ค้นพบได้ แต่จะค้นพบได้ครอบคลุมดูแลเหมาะสมตามเกณฑ์หรือไม่ ไม่สามารถตอบได้

ตารางที่ 5 สถานการณ์ของระบบข้อมูล ตามตัวชี้วัดที่กำหนด และข้อเสนอต่อการพัฒนาตัวชี้วัดด้านแม่และเด็ก

ตัวชี้วัด	ข้อมูล	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอ
1.% HEALTH INSURANCE ของแม่	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีสิทธิประกันสุขภาพ	มีข้อมูลเป็นรายบุคคล แต่ยังไม่ได้รวบรวม	จัดระบบการเก็บรวบรวม และประมวลที่ชัดเจนได้
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด	ส่วนใหญ่จะมีข้อมูลเฉพาะหญิงที่มารับบริการ แต่ไม่ครอบคลุมหญิงทั้งหมดที่มาฝากครรภ์	ใช้การประมาณตัวเลขจากอัตราเกิดในปีที่ผ่านมาแทนได้
3.% ANC ที่ สอ./PCU	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU	ปัจจุบันประชาชนมีแนวโน้มใช้บริการที่รพ.มากขึ้น และมักมีการรับบริการมากกว่า 1 จุด	ให้มีการจัดระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อกันได้ หรือ ให้จัดเก็บข้อมูลชุดนี้ในภาพรวมที่สถานพยาบาลที่ทำคลอดอีก 1 จุด จะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและน่าเชื่อถือมากขึ้น
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในเขต สอ./PCU	ข้อมูลไม่ครบถ้วน ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด โดยเฉพาะในเขตเมือง ชานเมือง หรือ พื้นที่กว้าง	ใช้การประมาณตัวเลขจากอัตราเกิดในปีที่ผ่านมาแทนได้
5.% ANC ทั้งอำเภอ	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์	มีแต่ข้อมูลในแต่ละหน่วยบริการ การรวบรวมในภาพรวม เป็นเพียงการรวมตัวเลข มิได้ดูความซ้ำซ้อนของข้อมูล	หากจะใช้ข้อมูลส่วนนี้ต้องมีระบบการเก็บข้อมูลเป็นฐานรายบุคคล บันทึกในรูปอิเล็กทรอนิกส์ และสามารถต่อเชื่อมข้อมูลระหว่างหน่วยบริการได้
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด	มีแต่ข้อมูลที่มาใช้บริการเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทั้งหมด	ใช้การประมาณตัวเลขจากอัตราเกิดในปีที่ผ่านมาแทนได้
*4.% ANC ที่ สอ./PCU และได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU และได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	มีการบันทึกข้อมูลการตรวจที่หน่วยบริการ แต่ไม่มีการตรวจเช็คความทำได้ครบตามมาตรฐานหรือไม่ ยกเว้นแต่การนับว่าครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ ซึ่งตรวจโดยผู้ให้บริการเอง รวมทั้งปัจจุบันหญิง 1 คนรับบริการหลายจุด ทำให้ต้องมีการจัดเก็บข้อมูลที่ต่อเนื่อง จึงจะตอบข้อนี้ได้	ตัวชี้วัดนี้ยังเป็นตัววัดที่ใช้ได้ และเป็นไปได้ในการเก็บได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แต่ต้องจัดระบบเก็บข้อมูลที่สถานพยาบาลที่ทำคลอดเพิ่ม และตรวจสอบ ประมวลในภาพรวมตามเขตรับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการ จะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและน่าเชื่อถือมากขึ้น

ตัวชี้วัด	ข้อมูล	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอ
	ตัวหาร : จำนวนหญิงฝากครรภ์ ที่ สอ./PCU ทั้งหมด	ส่วนตัวหาร นั้นเนื่องจากหญิงไป รับบริการหลายจุด ฉะนั้นการ นิยามค่าการฝากครรภ์ที่ได้อาจ ตกลงว่าขอบเขตคือกี่ครั้ง อย่างไร	
6.% EARLY ANC (1 st trimester)	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่ เกิน 3 เดือน	มีบันทึกข้อมูลเป็นรายคน แต่ ขาดการประมวลผล	ต้องมีการทบทวน และ ประมวลผลผู้รับบริการอย่างเป็น ระบบเพิ่มเติมจากเดิม
	ตัวหาร : จำนวนหญิงฝากครรภ์ ทั้งหมด		
7. % Teenage Pregnancy (อายุ 13 -19 ปี)	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ มีอายุช่วง 13-19 ปี	มีบันทึก และเริ่มมีการรายงานผล ในระยะ 2 ปีนี้	
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ทั้งหมด		
8. % High Risk Screening	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ ได้รับการคัดกรอง ภาวะเสี่ยงตั้งแต่ฝาก ครรภ์ครั้งแรก	มีบันทึกข้อมูลเป็นรายคน แต่ไม่มี การทบทวนหรือตรวจสอบว่ามี การคัดกรองได้ครอบคลุมเพียงใด	
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ทั้งหมด		
*9. % High Risk Pregnancy	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงสูง	มีการบันทึก และรายงานผลเป็น ตัวเลข แต่ไม่มีการแปลความ และใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผน และพัฒนางาน	เป็นส่วนที่ซ้อนกับข้อ 7 และ 8
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ทั้งหมด		
*10.% High Risk Pregnancy ที่ ได้รับการรักษา ตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงสูงได้รับ การรักษาตาม มาตรฐาน	ไม่มีการตรวจสอบว่ามีผู้ที่มีภาวะ เสี่ยงสูง ได้รับการดูแลเหมาะสม หรือไม่	ให้เก็บข้อมูลต่อเนื่องจากข้อ 8 , 12, 13, 14 เมื่อพบว่าผิดปกติ
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ มีภาวะเสี่ยงสูง ทั้งหมด		
11.% การติดตาม กลุ่มเสี่ยงที่ขาด	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงที่มารักษา หลังการติดตาม	มีการบันทึกว่ามารักษาต่อเนื่อง และมีระบบการติดตาม แต่ไม่มี	

ตัวชี้วัด	ข้อมูล	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอ
นัดให้มารักษา ต่อเนื่อง		การประเมินผลว่าติดตามได้ผลหรือไม่	
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงที่ขาดนัด ทั้งหมด	ไม่มีฐานข้อมูล ที่ชัดเจน	
12.% Anemia ที่ รักษาจนปกติใน ระยะตั้งครรภ์ (Hct $\geq$ 33%) * เฉพาะ Iron- deficiency anemia	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้รับการรักษาจน Hct $\geq$ 33% ในระยะ ตั้งครรภ์	มีการบันทึกผล Hct ในบัตร ผู้รับบริการ แต่ไม่มีการทบทวน ว่าหลังรักษาดีขึ้นหรือไม่ จำนวน เท่าไร	เป็นข้อมูลที่เห็นชัด และน่าจะ แสดงคุณภาพการบริการได้อย่าง หนึ่ง แต่ต้องมีระบบการรวบรวม และประเมินผลที่ชัดเจนมากขึ้น
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็ก ทั้งหมด	ไม่มีการประเมินผลว่ามีหญิง ตั้งครรภ์กลุ่มนี้จำนวนเท่าไร มี แต่ส่วนที่ผิดปกติเสี่ยงกับการ เป็นทาลัสซีเมีย	ประมาณการจากจำนวนทั้งหมด ที่มีผลการตรวจ Hct ลบกับ จำนวนที่เป็นทาลัสซีเมีย
*13.% การได้รับ ยาต้านไวรัสใน มารดา anti HIV + ve	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ anti HIV + ve และ ได้รับยาต้านไวรัสครบ ตามมาตรฐาน	มีระบบการเก็บความลับผู้ป่วย แตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลส่วนนี้ไม่ ชัดเจน	มีความเป็นไปได้ในการใช้ตัววัดนี้ เพื่อประเมินคุณภาพการบริการ แต่ต้องระวังเรื่องความลับของ ผู้ป่วย
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ anti HIV + ve ทั้งหมด	มีข้อมูลดิบ	
14.% หญิงวัย เจริญพันธุ์ที่มีคู่ และ anti HIV +ve แล้ว ตั้งครรภ์ซ้ำ	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงวัยเจริญ พันธุ์ที่มีคู่และ anti HIV + ve แล้ว ตั้งครรภ์ซ้ำ	ไม่มีการประเมินผลเรื่องนี้ที่ ชัดเจน	ต้องมีบุคลากรที่ชัดเจนในการลง ไปตรวจสอบ และประมวลข้อมูล จึงจะแสดงผลส่วนนี้ได้ ซึ่งน่าจะ เน้นข้อมูลที่รพ. มากกว่าที่สอ./ PCU
	ตัวหาร : จำนวนหญิงวัยเจริญ พันธุ์ที่มีคู่และ anti HIV + ve ทั้งหมด		
15.% คลอด สถานพยาบาล	ตัวตั้ง : จำนวนแม่คลอดที่ สถานพยาบาล	มีข้อมูลที่โรงพยาบาล แต่ไม่ ครอบคลุมส่วนของเอกชน	ให้มีการประมวลข้อมูลการคลอด ที่รพ. แยกตามพื้นที่รับผิดชอบ ของหน่วยบริการแต่ละแห่ง
	ตัวหาร : จำนวนแม่คลอด ทั้งหมด	ไม่มีฐานข้อมูล ยกเว้นพื้นที่ที่มี การฐานข้อมูลชุมชนได้ดี	ใช้ฐานการประมาณการเหมือน หญิงตั้งครรภ์

ตัวชี้วัด	ข้อมูล	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอ
16.% คลอดที่ ANC ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	ตัวตั้ง : จำนวนคลอดที่ ANC ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	มีการรวบรวมในรพ.บางแห่ง และ สอ.บางแห่งมาตามเก็บข้อมูล แต่รพ.ไม่ได้เป็นหน่วยที่รายงาน	เป็นข้อมูลชุดเดียวกับข้อ 4 ได้ ที่ รวบรวมไปพร้อมกันที่จุดคลอด
	ตัวหาร : จำนวนหญิงคลอด ทั้งหมด	มีข้อมูล และการประมวผลใน ทุกโรงพยาบาล แต่ไม่ได้แยก ตามพื้นที่ภูมิลาเนาของ ผู้รับบริการ	
17. % มารดาที่ นอนรพ. > 2 วัน หลังการคลอด ปกติ	ตัวตั้ง : จำนวนมารดาที่นอน รพ. > 2 วันหลังคลอด ปกติ	มีข้อมูลดิบที่รพ. แต่ไม่มีการ ประมวล และรวบรวม	ให้มีการทบทวน เป็นส่วนหนึ่ง ของการประเมินคุณภาพบริการ ของรพ.
	ตัวหาร : จำนวนมารดาที่คลอด ปกติทั้งหมด		
*18.% PPH	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงหลังคลอด ตกเลือด >500ซีซี ภายใน 24 ชม.	มีข้อมูลดิบ แต่ไม่มีการรวบรวม และประมวลในเรื่องนี้	
	ตัวหาร : จำนวนหญิงหลังคลอด ทั้งหมด		
19.% PUERPERAL INFECTION	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงหลัง คลอดที่มีการติดเชื้อ ระบบสืบพันธุ์หลัง คลอด 2 สัปดาห์	มีข้อมูลดิบในแผนกผู้ป่วยใน และ มีการบันทึกในสมุดบันทึกของแม่ แต่บางแห่งไม่ครบถ้วน แต่ไม่มี การประมวลเป็นรายงาน	ประมวลผลได้ที่รพ.
	ตัวหาร : จำนวนหญิงหลัง คลอดทั้งหมด		
20. % LBW	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กเกิดมีชีพ น้ำหนัก $\leq 2,500$ กรัม	มีบันทึกและรายงานข้อมูลที่ โรงพยาบาล	ควรมีกรรมการระดับจังหวัด หรือ ระดับหน่วยบริการที่นำข้อมูลตัว วัด แต่ละตัวมาประมวล วิเคราะห์ และแปลผล
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีพ ทั้งหมด	มีบันทึกและรายงานข้อมูลที่ โรงพยาบาล	
*21.% BIRTH ASPHYXIA	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กแรกเกิดที่ มี Apgar Score ≤ 7 ที่จุด 5 นาที	มีบันทึกข้อมูลดิบที่รพ. แต่ไม่มี การประมวล รวบรวมผล	
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีพ ทั้งหมด		
22. MATERNAL MORTALITY	ตัวตั้ง : จำนวนผู้มีความตายจาก โรคที่เกิดโดยตรงจากการ	มีบันทึก และการรายงานผล และ ในบางพื้นที่มี การ conderence	

ตัวชี้วัด	ข้อมูล	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอ
RATE	มีครรภ์การคลอด และ 1 เดือนหลัง คลอด	case หาสาเหตุ	
	ตัวหาร : จำนวนเด็กคลอดมีชีพ 100,000 ราย		
23. PERINATAL MORTALITY RATE	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กตายคลอด และเด็ก นน.ตัวเกิน 1,000 กรัมตายใน 1 สัปดาห์หลังคลอด	มีบันทึกและการรายงานผลให้ ส่วนกลาง แต่ยังไม่ค่อยมีการนำ ผลมาทบทวน และหาทางพัฒนา	
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย		
*24. % FP	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงวัยเจริญ พันธุ์ (อายุ 15-45 ปี) ที่มีการวางแผน ครอบครัว	มีแต่ข้อมูลผู้มารับบริการที่หน่วย บริการนั้น แต่ไม่มีข้อมูลภาพ รวมที่ครบถ้วน	
	ตัวหาร : จำนวนหญิงวัยเจริญ พันธุ์ที่มีคู่ทั้งหมด	ใช้การประมาณการจากฐาน ประชากร	
*25. % PAP SMEAR	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงที่ได้รับการ ตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกตาม เกณฑ์	มีบันทึก และรวบรวมผลส่งตาม โครงการที่กสธ. และสปลช. กำหนด	
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตามเกณฑ์ ทั้งหมด		
*26. % การตรวจ คัดกรองมะเร็ง เต้านม	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็ง เต้านมตามเกณฑ์	มีบันทึก และรวบรวมผลส่งตาม โครงการที่กสธ. และสปลช. กำหนด	ควรมีการบันทึก และรวบรวม ต่อเนื่อง และจัดทำเป็น ฐานข้อมูลประชากรในความ รับผิดชอบด้วย มิใช่ทำเป็นครั้งๆ
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตามเกณฑ์ ทั้งหมด		
*27.% EPI	ตัวตั้ง : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์	มีข้อมูลจำนวนผู้มารับบริการ และมีการติดตามจากครัวเรือน เฉพาะในพื้นที่ที่มีระบบเชื่อมโยง กับชุมชนได้ดี	ควรเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่ม ด้อยโอกาส เช่น ประชากร เคลื่อนย้าย กลุ่มยากจน
	ตัวหาร : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด	ใช้การประมาณการจากฐาน ประชากร	

ตัวชี้วัด	ข้อมูล	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอ
28.% MALNUTRITION	ตัวตั้ง : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ขาดสารอาหาร	มีข้อมูลส่วนใหญ่จากฐานผู้มารับบริการที่หน่วยบริการ แต่ไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่ได้มารับบริการ	
	ตัวหาร : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด		
29.% Breast Feeding	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กที่กินนมแม่อย่างน้อย 4 เดือนแรก	มีข้อมูล แต่ไม่น่าเชื่อถือ เพราะต้องใช้การสอบถามจากแม่เอง ซึ่งอาจให้ข้อมูลทั้งที่ตรง และไม่ตรง	ไม่ควรนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดเพื่อการติดตาม ประเมินผล
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด		

จากการศึกษาระบบฐานข้อมูล และกระบวนการทำงานในหน่วยบริการ ได้ข้อสรุปว่า

การประเมินคุณภาพบริการด้านแม่และเด็ก จำเป็นต้องมีบุคคลภายนอกไปตรวจสอบ และรวบรวมข้อมูลดิบที่มีอยู่แล้วในสถานบริการ ตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และเพิ่มการจัดเก็บข้อมูลที่รพ. เพื่อแสดงข้อมูลที่เชื่อมกับหน่วยปฐมภูมิแต่ละแห่ง ข้อมูลจากระบบรายงานจะใช้เพื่อเฝ้าระวังได้บางตัว ได้แก่ ข้อมูลเรื่อง early ANC, teenage pregnancy, Low birth weight

การประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน จากการศึกษพบว่าฐานข้อมูลที่มีอยู่มีไม่เพียงพอในการประเมินผล รวมทั้งยังมีการจัดเก็บข้อมูลไม่เท่ากัน ทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ได้ ฉะนั้นหากจะประเมินระบบงานด้านนี้ ต้องมีการจัดการระบบงาน และเพิ่มกระบวนการตรวจ การเก็บข้อมูลให้เหมือนกันในทุกพื้นที่ จึงจะสามารถนำมาใช้เปรียบเทียบได้

จากข้อสรุปดังกล่าว โครงการฯ จึงได้วางแผนการจัดเก็บข้อมูลใหม่ ตามตัวชี้วัดบางตัวที่เห็นว่าสำคัญ ซึ่งคัดเลือกโดยใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในงานด้านนั้นๆ และจากการทบทวนเอกสาร สถานการณ์ข้อมูลที่มีในปัจจุบัน รวมทั้งมีการวางแผนการพัฒนาวีธีเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งที่เป็นข้อมูลส่วนที่เป็นระบบงาน กระบวนการบริการ และผลลัพธ์บริการ ดังรายละเอียดในการศึกษาส่วนที่สองต่อไป เพื่อเป็นการทดสอบกระบวนการเก็บข้อมูลใหม่ รวมทั้งการทดลองวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อศึกษาว่าข้อมูลชุดใดที่น้อยที่สุดที่สามารถชี้บ่งความแตกต่างของคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิได้

ผลการศึกษารoundที่สอง

การศึกษารoundนี้ เป็นการทดลองเก็บข้อมูลจริงตามตัวแปรและตัวชี้วัด ที่เห็นว่าจะใช้ติดตามประเมินผล หน่วยบริการปฐมภูมิได้ ผ่านระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และระบบแม่และเด็ก ซึ่งเลือกเน้นเฉพาะส่วนของการดูแล หญิงตั้งครรภ์ เพราะเห็นว่าประเมินผลลัพธ์ได้ชัดเจน และง่ายที่สุด

กระบวนการเก็บข้อมูล ได้ออกแบบเพื่อเก็บข้อมูลทั้งส่วนที่เป็นปัจจัยนำเข้า ด้านระบบงาน กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ด้านคลินิก ผลลัพธ์ด้านมนุษย์ (ความรู้ การปฏิบัติตัว คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้รับบริการ) ซึ่งประยุกต์จากฐานข้อมูลเดิมที่หน่วยบริการมีอยู่แล้ว และมีการปรับเปลี่ยนบางส่วน ดังแนวทางการเก็บข้อมูลต่อไปนี้

แนวการประเมินคุณภาพของระบบ

ตารางที่ 1. ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

องค์ประกอบ & เนื้อหา	จำนวน ตัวอย่าง	เครื่องมือ / วิธีการประเมิน	ช่วงเวลา
Input ระบบ & กระบวนการ			
ศึกษา และประเมินระบบทั้งหมด ทั้งการคัดกรอง การดูแลที่บ้าน การติดตาม การให้ความรู้ และการบริการ และความเชื่อมโยงกับระบบ CUP	20 CUP ใน 12 จังหวัด หน่วยปฐมภูมิ 40 แห่ง	- แบบสำรวจ ระบบบริการ โดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ - การสำรวจ ประเมินโดยนักวิจัย ด้วยวิธี สอดถาม สังเกต และเก็บจากข้อมูล เอกสาร - สังเกตกระบวนการบริการในวันที่มีบริการผู้ป่วยเบาหวาน - สัมภาษณ์ผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในด้านนโยบาย แนวทาง และความรู้ แนวปฏิบัติจริง ที่เกี่ยวกับระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	เม.ย. 48 พ.ค. - ก.ค.48
ความต่อเนื่องของการรับการรักษา การได้รับการพบแพทย์เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน		แบบทบทวน (แบบ DM1) ซึ่งทบทวนโดยเจ้าหน้าที่ ร่วมกับนักวิจัย	พ.ค.- มิ.ย. 48
ประวัติการสูบบุหรี่ BMI ระยะเวลาที่รู้ว่าเป็นเบาหวาน		ถามเพิ่ม ตรวจสอบ ในระหว่างการศึกษา โดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ	เริ่ม พ.ค. มิ.ย. 48
OUTPUT /OUTCOME ผลลัพธ์งานตามตัวชี้วัด ปี 2547		-ส่งแบบสำรวจให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (กลุ่มตัวอย่าง) ตอบ	
Clinical outcome ระดับการคุมน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อนต่าง	-รพ. 120 case -PCU / สอ. 40 case	เจาะเลือดตรวจตามเกณฑ์มาตรฐาน	มิ.ย. - ก.ย. 48

องค์ประกอบ & เนื้อหา	จำนวน ตัวอย่าง	เครื่องมือ / วิธีการประเมิน	ช่วงเวลา
สภาพ neuropathy		ตรวจเพิ่มโดยพยาบาล (neuropathy)	มิ.ย. – ส.ค. 48
Humanistic outcome (การปฏิบัติ, ความรู้, coping, QOL ความพอใจ)	-รพ. 120 case -PCU / สอ. 40 case	สัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ในชุมชน หลังจากที่ตรวจเลือดแล้ว	ส.ค. / ก.ย. 48
ปัจจัยที่กระทบต่อผลลัพธ์		จากการสัมภาษณ์ สังเกต กระบวนการ ระบบ สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ที่ศึกษาพร้อมกับ ประเมินระบบรอบแรก และเก็บข้อมูลเพิ่ม หลังจากที่วิเคราะห์ผลลัพธ์แล้ว	พ.ค. / ก.ย. พ.ย. 48.

ตารางที่ 2 งานอนามัยแม่และเด็ก (เน้นที่ ANC)

องค์ประกอบ & เนื้อหา	จำนวน ตัวอย่าง	เครื่องมือ / วิธีการประเมิน	ช่วงเวลา
Input ระบบ & กระบวนการ			
ดูระบบทั้งหมด ทั้ง FP, ANC, WBC, PPC และความเชื่อมโยงกับ CUP	20 CUP ใน 12 จังหวัด หน่วยปฐมภูมิ 40 แห่ง	- แบบสำรวจระบบ ตอบโดยหน่วยบริการ - การสำรวจ ประเมินระบบโดยนักวิจัย ด้วยวิธี สอบถาม สังเกต และพิจารณาจากข้อมูล เอกสาร - สังเกตกระบวนการบริการในวันที่มีบริการหญิง ตั้งครรภ์ - สัมภาษณ์ผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ในด้านนโยบาย แนวทาง และความรู้ แนว ปฏิบัติจริงเกี่ยวกับระบบแม่และเด็ก	เม.ย. 48 พ.ค.-
ความต่อเนื่องของการรับบริการ และความครอบคลุมบริการ		สำรวจจากฐานข้อมูล ที่บันทึกลงใน แบบ MCH1	พ.ค. มิ.ย.
คุณภาพ การ early detect risk และการดูแลที่เหมาะสม		- ทีมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญเก็บข้อมูลจากแบบ บันทึกการฝากครรภ์ / OPD Card ที่คลอดแล้ว ตั้งแต่ 1 ต.ค.47-31 ก.ค.48 - สังเกต กระบวนการทำงาน จริงในพื้นที่	มิ.ย./ ก.ค./ส.ค. 48
OUTPUT / OUTCOME			
ผลลัพธ์บริการ MCH ตามตัวชี้วัด ปี 2547		-ส่งแบบสำรวจให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (กลุ่มตัวอย่าง) ตอบ	
ด้าน clinical outcome ที่เป็น ลักษณะการคลอด สภาพแม่ และ		ศึกษาจากฐานข้อมูลที่มีในระบบที่รวบรวมตาม แบบ MCH 1 และรวบรวมวิเคราะห์โดยนักวิจัย	มิ.ย. – ส.ค. 48

องค์ประกอบ & เนื้อหา	จำนวน ตัวอย่าง	เครื่องมือ / วิธีการประเมิน	ช่วงเวลา
ทารก			
ด้าน humanistic outcome (การปฏิบัติ, พัฒนกิจ, ความพอใจ)	เก็บเฉพาะ PCU / สอ. 40 case	สำรวจแม่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในชุมชน	ส.ค. / ก.ย 48
ปัจจัยที่กระทบต่อผลลัพธ์		จากการสัมภาษณ์ สังเกต กระบวนการ ระบบ สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง (ส่วนหนึ่งทำพร้อม กับประเมินระบบรอบแรก และทำระหว่าง หรือ หลังจากที่วิเคราะห์ผลลัพธ์แล้ว)	พ.ค. / ก.ย. ต.ค. 48

เนื้อหา / ชุดข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ที่ทดลองเก็บจริง เฉพาะในส่วนกระบวนการและผลลัพธ์

ก. ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

1. **ข้อมูลการบริการ และผลลัพธ์ด้านคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน** ตามตัวชี้วัดที่มีการเก็บใหม่ จะมีการเก็บข้อมูลใหม่ ในกรณีที่หน่วยบริการมีข้อมูลเดิมไม่ครบถ้วน เป็น cross-sectional ในช่วงระยะ 2-3 เดือน (มิถุนายน 2548 – สิงหาคม 2548) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลโดยผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการนั่นเอง แต่มีการจัดระบบประสานงานใหม่ให้ชัดเจน

ข้อมูล และการตรวจ ในกรณีที่เป็นตัวอย่างศึกษา

เป็นข้อมูลเพื่อแสดง clinical outcome ของผู้รับบริการ โดยอิงตามมาตรฐานการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แนวทางเวชปฏิบัติ และแนวทางของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ร่วมกับการประชุมกับผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ข้อมูลประกอบด้วย

- 1) ชื่อ อายุ เพศ ที่อยู่ เลขที่ประจำตัว เบอร์โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (ถ้ามี)
- 2) ระยะเวลาที่เริ่มเป็นเบาหวาน
- 3) ประวัติการสูบบุหรี่
- 4) ประเภทเบาหวาน โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน
- 5) ข้อมูลว่าเจาะเลือด และตรวจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ครั้งสุดท้ายเมื่อ เดือน ปีพ.ศ.ใด
- 6) น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว
- 7) ผลการตรวจเท้า ดู neuropathy
- 8) ผลการตรวจเลือดเพื่อตรวจระดับ cholesterol, Triglyceride, HDL, BUN, Creatinine และ HbA1C

ตรวจปัสสาวะ เพื่อตรวจระดับ microalbumin

(ในกรณีที่สอ. เจาะเลือดพร้อมติดชื่อ แล้วส่งให้รพ. เพื่อบั่นซีรัม แล้วเก็บเข้าตู้เย็น เพื่อรอส่ง lab ตรวจต่อไป รวมทั้งปัสสาวะให้เก็บเข้าตู้เย็น แล้วจัดส่งให้รพ. เพื่อดำเนินการตรวจต่อไป)

ห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการตรวจตัวอย่างศึกษานี้ ใช้ห้องปฏิบัติการกลางหน่วยเดียว ที่กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นหน่วยที่มีระบบการประกันคุณภาพตามมาตรฐาน

- 9) สอบถามเรื่อง การปฏิบัติตัว คุณภาพชีวิต ความเห็นต่อบริการ (ส่วนนี้จะสอบถามตามหลังในชุมชน โดยทีมเฉพาะ ที่มีใช้บุคลากรในหน่วยงานนั้นๆ)

2. ข้อมูลที่เป็นด้าน *humanistic* ซึ่งจะสอบถามจากประชากรศึกษาที่ถูกสุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพนั้น (Health related quality of life) ใช้เครื่องมือที่พัฒนาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต ที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF)
- แบบประเมินความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองที่เหมาะสม
- แบบประเมินการปฏิบัติ ดูแลตนเอง
- แบบประเมินทัศนคติ และการปรับตัวของกลุ่มเป้าหมาย
- แบบประเมินความพอใจต่อบริการที่ได้รับ

แบบเก็บข้อมูลทั้งหมดผ่านการทดสอบ Face validity และ reliability

แบบสอบถามใช้วิธีการสัมภาษณ์ หรือ ตอบแบบสอบถามเอง เป็นการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว ในระหว่างเดือนมิถุนายน 2548 ถึง สิงหาคม 2548

ข้อมูลส่วนนี้ นักวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลในชุมชน หรือในสถานพยาบาล ขึ้นกับสถานการณ์พื้นที่ แต่มีการประสานให้เจ้าหน้าที่พื้นที่ประสานงาน นัดหมายให้ล่วงหน้า

ข. งานอนามัยแม่และเด็ก

1. ข้อมูลที่ให้สถานพยาบาลช่วยดำเนินการเก็บในกรณีงานอนามัยแม่และเด็ก

- เก็บตามตัวแปรที่เป็นมาตรฐาน คือ

การดูแลหญิงขณะตั้งครรภ์

การได้รับ ANC ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ พร้อมกับสถานพยาบาลที่รับบริการ

การได้ตรวจเช็ค hematocrit ครั้งแรก ครั้งที่สอง และการดูแลกรณีที่ Hct < 33 %

การได้รับวัคซีน ตามเกณฑ์

ผลการคลอด วิธีการคลอด น้ำหนักเด็กแรกคลอด สภาพของเด็ก

การติดตามหลังคลอด จำนวนครั้งการติดตาม และผลการตรวจ

ตามแบบฟอร์ม MCH 1 (ภาคผนวก)

- ข้อมูลจำนวนรวมในแต่ละกลุ่ม ตามแบบฟอร์ม MCH 2 (ภาคผนวก)

ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ค้น ANC card ของกลุ่มเป้าหมาย (เท่าที่มี) เตรียมไว้ให้ เพื่อการทบทวนโดยนักวิจัย

แนวการเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากร และวิธีการเก็บข้อมูล

การคำนวณจำนวนตัวอย่าง

เนื่องจากในการศึกษานี้ เป็นการศึกษาสภาพ และธรรมชาติของกลุ่มประชากรที่มารับบริการที่สถานพยาบาล ซึ่งสมมติฐานว่าเป็น normal distribution จึงเลือกใช้จำนวนตัวอย่างประชากรที่น้อยที่สุดที่ยังคงสภาพเป็น normal distribution คือ $n > \text{และ} = 30$ (ตาม the Central Limit Theorem)¹ และเพื่อจำนวนการผิดพลาดของการเก็บข้อมูล จึงได้วางแผนเก็บจำนวนตัวอย่าง ประมาณ 40 ราย ต่อ หนึ่งหน่วยสถานพยาบาล

¹ Alan Agresti, Babara Finlay, Statistical Methods for the Social Sciences, second edition; 84-87, 1986.

ก. ตัวอย่างผู้เป็นเบาหวาน

กรณีที่เป็นสอ./PCU

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่เป็นเบาหวานที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ PCU / สอ. จำนวน 40 คน โดยแยกเป็น 4 กลุ่มตามระยะเวลาที่รู้ว่าเป็นเบาหวาน คือ 0 – 5 ปี, 5+ -10ปี, 10+ - 15 ปี, มากกว่า 15 ปี กลุ่มละ 10 คน ในกรณีที่ไม่มีทั้งหมดน้อยกว่า 40 คน ให้เก็บทุกคน

ผู้เป็นเบาหวานในเขตรับผิดชอบ PCU แต่รับบริการที่รพ. ให้ PCU หารายชื่อทั้งหมดให้ เพื่อตามไปเก็บข้อมูลที่รพ. จำนวนอีก 40 คน (หรือเท่าที่มี ในกรณีที่น้อยกว่า 40) ในกรณีที่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จะเน้นเฉพาะผู้ที่รับบริการที่สถานพยาบาลนั้น

ผู้รับบริการเบาหวานที่สถานพยาบาลแต่นอกเขตรับผิดชอบ (D1) จะเก็บ ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานในเขตมารับบริการที่สถานพยาบาลนั้นน้อยกว่า 40 คน ให้เลือกเติมให้ครบ 40 คน

	ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขต	ผู้ป่วยเบาหวาน นอกเขต	รวม
ใช้บริการที่PCU / สอ	40	D 1	40
ใช้บริการที่รพ.	40 (เก็บที่รพ.)		40
รวม	80		80

กรณีที่เป็นโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่เป็นเบาหวานที่อยู่ในเขตตำบลรับผิดชอบการบริการปฐมภูมิของรพ. และผู้เป็นเบาหวานในเขตตำบลศึกษา ที่มารับบริการที่รพ. จำนวนตำบลละ 40 คน (ในกรณีที่มีน้อยกว่า ให้เก็บทั้งหมดเท่าที่มี ในกรณีที่มากกว่า ให้สุ่ม ตามระยะเวลาที่เป็น) โดยให้มีการกระจายของผู้ป่วยตามระยะเวลาที่เป็น (เหมือนกับ PCU)

ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลอื่นๆ (D2) จะเก็บในกรณีที่ผู้เป็นเบาหวานในตำบลเป้าหมายมีจำนวนน้อย และจำนวนรวมกันทั้งหมดน้อยกว่า 120 คน

	เบาหวาน ในเขตPCUรพ.	เบาหวาน ในเขตPCU 2	เบาหวาน ในเขตPCU 3	ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขต ตำบลอื่นๆ	รวม
ใช้บริการที่รพ.	40	40	40	D 2	120

ข. งานอนามัยแม่และเด็ก

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงในเขตรับผิดชอบของ PCU / สอ. ที่คลอดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547– 31 กรกฎาคม 2548 ทั้งหมด ทั้งที่รับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลนั้น หรือที่รพ. ในเขตพื้นที่อำเภอ

กรณีกลุ่มแม่ ให้แบ่งเป็น กลุ่มแม่ท้องแรก ท้องหลัง และกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 3 จำนวนตัวอย่างข้อมูลที่ได้ทั้งหมด(DM-MCH)

ภาคใต้			จำนวนที่ ตรวจ lab	จำนวน จาก DM1	จำนวน จาก MCH1	DM com survey	MCH com survey	Review ANC chart
สงขลา	เมือง	รพ.สงขลา	118	89	111			62
		PCU เมืองรพ.						
		สงขลา	34	118	129		40	37
		PCU พะวง (ควน หิน)	47	40	35	47	28	24
		PCU หัวเขา (อิสลาม)	111	111	85		40	
	ระโนด	รพ.ระโนด	94	22				37
		คลินิกเวชปฏิบัติ						
		ครอบครัว	40	40		59	35	38
		สอ.สามอ่าง ต. ตะเครียะ	40	40	25	44	23	25
		PCU ป่อตุ	40	40	30	45	30	30
	ยะลา	รพ.ยะลา	92	132	434	64		
		PCU ตลาดเก่า	32	40	223	39	40	40
		สอ.นุโรง บ้าน โหลง	12	15	96	17	40	40
		สอ.นุดี	40	41	79	40	40	40
	รามัน	รพ.รามัน	165	129	38	120		
		สอ.กะรอ	39	40	33	40	40	41
		สอ.โกตาบารู	22	40	29	34	40	40

ภาคเหนือ			จำนวนที่ ตรวจ lab	จำนวน จาก DM1	จำนวน จาก MCH1	DM com survey	MCH com survey	Review ANC chart		
เชียงใหม่	แมริม	รพ.นครพิงค์	127	60		95		14		
		ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนแก้ว	27	27	30	25	24	28		
		สอ.สะลวง	32	30	22	29	21			
	สันทราย	รพ.สันทราย	173	80	171	38	27			
		PCU หนองหาร	42	42	35	78		22		
		สอ.หนองมะจับ	82	82	16	82	14	9		
		สอ.บ้านท่อ	85	85						
		สอ.ป่าเหมือด	92							
	สะเมิง	รพ.สะเมิง	136	136	39	120	32	41		
		สอ.บ้านป้อก	0	0	6					
พิษณุโลก		เมือง	รพ.พุทธชินราช	92	40	56	159			
			ศสช.สระโคก	51	40	57	17	17	16	
			ศสช.บ้านกร่าง	40	40	49	40	39	19	
	สอ.หัวรอ		51	46						
ภาคกลาง										
สมุทรปราการ	เมือง	รพ.สมุทรปราการ	121	45						
		PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	18	5		39	12			
		PCU พุทธรักษา	42	42		42	26	8		
		PCU เทพารักษ์	46	45	40	40	31			
ลพบุรี	เมือง	รพ.ลพบุรี	112	112				7		
		PCU อบต.ท่าศาลา	41	13	30	21	17	17		
		PCU ดงตาล	38	24	14	23	9	10		
		PCU ท่าตลาด	31	25	26	22	10	10		
	ชัยบาดาล	รพ.ชัยบาดาล	120	121	98	39	40	40		
		สอ.ท่ามะนาว	14	14	29	48	14	14		
		สอ.บัวชุม	20	20	31	54	10	10		
		อยุธยา	นครหลวง	รพ.สมเด็จพระสังฆราช	100	100				
				สอ.หนองปลิง	40	40	18	44	16	
				สอ.ท่าช้าง	40	40	49	77	22	26

ภาคอีสาน			จำนวนที่ ตรวจ lab	จำนวน จาก DM1	จำนวน จาก MCH1	DM com survey	MCH com survey	Review ANC chart
ขอนแก่น	เมือง	รพ.ขอนแก่น	0	39				
		ศูนย์มิตรภาพ	40	79	17	37	16	
		สอ.โคกสี	40	40	35	45	34	5
		ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง	38	239	45	40	29	7
	น้ำพอง	รพ.น้ำพอง	160	120	78	160	40	40
		สอ.คำแก่นคูณ ต.ม่วงหวาน	48	49	24	40	40	37
		สอ.ศรีประเสริฐ ต.วังชัย	40	40	53	40	40	32
ร้อยเอ็ด	เมือง	รพ.ร้อยเอ็ด	28	21				
		PCU เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	79	80	99	119	37	
		PCU สังขสยาง ตะ.สะอาด						
		สมบูรณ์	40	40	26	40	5	7
		PCU เฉลิมพระเกียรติสีแก้ว	39	40	36	40	5	15
	พนมไพร	รพ.พนมไพร	100	77		119	54	50
		สอ.ดอนกลอย	49	43		40	23	14
		PCU โพธิ์ชัย	40	40		39	21	
		กาฬสินธุ์	กมลาไสย	รพ.กมลาไสย	121			124
สอ.หนองบัว	39			40	23	40	40	40
สอ.โพนงาม	40			40	40	44	45	40
เลย	ภูกระดึง	รพ.ภูกระดึง	391			44	40	40
		สอ.หนองหิน	106			40	31	40
		สอ.หนองหมากแก้ว	94					40
		สอ.หลักร้อยหกลีบ	52					
		สอ.น้อยสามัคคี	64					
		สอ.ห้วยส้มใต้	7			38		
		สอ.นาแปน	2			37		
		สอ.ปวนพุก	108					

		จำนวนที่ ตรวจ lab	จำนวน จาก DM1	จำนวน จาก MCH1	DM com survey	MCH com survey	Review ANC chart
กรุงเทพฯ							
ศิริราช	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช	0					
	สำนัก						
อนามัย	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16	40	40		161	80	40
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 (ศูนย์ร่วมเกล้าฯ)	120	131		120		40
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3						
	บางซื่อ	89	89		24	3	1
รพ.นพรัตน์	PCU บีงู่ม / PCU ทวาย						
	กองเดินได้	0			6		24
สำนัก	ศูนย์สุขภาพชุมชน						
การแพทย์	โรงพยาบาลหนองจอก	0			40		

ผลการประเมินด้านผลลัพธ์สุขภาพ และความเห็นของประชาชนเป้าหมาย

ผลลัพธ์สภาพสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เป็นเบาหวาน

ภาวะความอ้วน (BMI: สภาพมวลกาย และเส้นรอบเอว)

ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่หน่วยบริการ โดยกำหนดค่านิยาม และแนวการวัดเส้นรอบเอวที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน พบว่าค่า BMI และเส้นรอบเอว มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนภาวะสุขภาพพื้นฐานของประชาชนในแต่ละภูมิภาคที่ต่างกัน พื้นที่กรุงเทพฯ และภาคกลางมีแนวโน้มค่า BMI และเส้นรอบเอวมากกว่าผู้เป็นเบาหวานในภาคอื่นๆ ผู้หญิงมีแนวโน้มอ้วนมากกว่าผู้ชายในทุกพื้นที่ ค่าเส้นรอบเอว มีความสัมพันธ์ความระดับ HbA1C มากกว่าค่า BMI

ผลของภาวะความอ้วนนี้ ส่วนหนึ่งสะท้อนสภาพพื้นฐานของผู้ป่วย และอาจหมายรวมถึงผลลัพธ์จากคำแนะนำของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพได้ด้วย

ตารางที่ 1: ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอวของผู้เป็นเบาหวานในเขตรับผิดชอบหน่วยบริการ แยกตามภาค

สภาพพื้นฐาน		ผลตัวอย่างในภาคต่างๆ					รวม
		กรุงเทพ	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	
BMI หญิง	(N)	188	409	440	1284	494	2815
	<17	.0%	.5%	.9%	1.0%	1.4%	.9%
	17-<23	12.8%	19.1%	29.5%	31.9%	19.6%	26.2%
	23-24.9	19.7%	27.4%	26.8%	23.4%	28.3%	25.1%
	25-27.4	22.3%	19.3%	12.5%	20.4%	19.8%	19.0%
	27.5-30	22.9%	16.4%	17.3%	13.4%	17.4%	15.8%
	>30	22.3%	17.4%	13.0%	10.0%	13.4%	12.9%
BMI ชาย	(N)	64	179	275	426	204	1148
	<17	3.1%	2.2%	.7%	1.4%	2.0%	1.6%
	17-<23	15.6%	24.0%	25.8%	31.2%	25.0%	26.8%
	23-24.9	32.8%	22.9%	32.0%	23.5%	34.3%	27.9%
	25-27.4	17.2%	19.6%	17.1%	22.1%	19.1%	19.7%
	27.5-30	21.9%	14.5%	16.7%	13.8%	12.3%	14.8%
	>30	9.4%	16.8%	7.6%	8.0%	7.4%	9.2%
เส้นรอบเอว							
หญิง	(N)	191	430	460	1298	481	2860
	<80	27.20%	46.20%	48.70%	38.10%	33.90%	39.60%
	81-90	43.50%	32.80%	29.60%	37.80%	37.40%	36.00%
	>90	29.30%	20.90%	21.70%	24.10%	28.70%	24.30%
ชาย	(N)	65	190	278	432	192	1157
	<90	64.70%	65.80%	76.20%	66.70%	63.50%	68.20%
	91-100	29.20%	24.70%	19.40%	23.60%	27.10%	23.70%
	>100	6.20%	9.40%	4.40%	9.80%	9.40%	8.10%

พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน

ข้อมูลการสูบบุหรี่ของผู้เป็นเบาหวาน เป็นข้อมูลที่บันทึกน้อย และไม่มีการรวบรวมที่ชัดเจน เมื่อมีการบันทึก และรวบรวมในพื้นที่ศึกษา จากข้อมูลได้สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างมาก (ตารางที่ 2) รวมทั้งแสดงว่ายังมีร้อยละ 9 ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมดที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ชายมีร้อยละ 25 หญิงร้อยละ 3 ที่ยังสูบบุหรี่ ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมสำคัญที่ควรมีการติดตาม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้เป็นเบาหวานในระยะต่อไป

ตารางที่ 2: ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่สูบบุหรี่

ภาค	CUP	รวม (N)	หญิง		รวม (N)	ชาย	
			เคยสูบ	ปัจจุบันสูบ		เคยสูบ	ปัจจุบันสูบ
กรุงเทพ	กรุงเทพ	194	2.6	5.7	65	12.3	12.3
	รวม	194	2.6	5.7	65	12.3	12.3
กลาง	นครหลวง	133	2.3	2.3	47	19.1	21.3
	ชัยบาดาล	108	7.4	3.7	47	61.7	19.1
	เมืองลพบุรี	78	15.4	3.8	50	44.0	24.0
	เมืองสมุทรปราการ	95	1.1		46	26.1	21.7
	รวม	414	5.8	2.4	190	37.9	21.6
เหนือ	แม่ริม	115	18.3	7.0	66	43.9	15.2
	สันทราย	140	12.9	10.7	122	42.6	23.8
	สะเมิง	78	21.8	3.8	57	31.6	7.0
	เมืองพิษณุโลก	133	0.8	0.8	39	7.7	28.2
	รวม	466	12.2	5.8	284	35.9	19.0
อีสาน	กมลาไสย	148	2.7		46	56.5	23.9
	เมืองขอนแก่น	298	3.0	0.7	46	45.7	6.5
	น้ำพอง	171	2.9	0.6	67	59.7	20.9
	ภูกระดึง	546	1.3	1.3	200	37.0	36.0
	เมืองร้อยเอ็ด	113	0.9	1.8	26	73.1	7.7
	พนมไพร	65		4.6	31	6.5	29.0
	รวม	1341	1.9	1.1	416	43.8	26.7
ใต้	เมืองสงขลา	143	4.2	2.1	44	56.8	29.5
	ระโนด	89		3.4	22	27.3	36.4
	กรงปินัง	1		100.0	6		100.0
	เมืองยะลา	124	2.4	4.0	71	32.4	32.4
	รามัน ยะลา	99	4.0	5.1	64	15.6	42.2
	รวม	456	2.9	3.7	207	30.9	37.2

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ฮีมาโกลบินเอวันซี (HbA1C)

การตรวจหาค่านี้ เป็นการตรวจเพิ่มเป็นการพิเศษ เพื่อการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ในช่วงเวลาเดียวกัน เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี คือ (ระดับ < 7 %) พบว่าระดับการคุมได้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการป่วย (ตารางที่ 3) กล่าวคือ เมื่อป่วยมานานการคุมได้จะลดลง และพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างพื้นที่เมื่อแบ่งกลุ่มป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ป่วยน้อยกว่า 5 ปี และมากกว่า 5 ปี และพบว่ามีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) กล่าวคือ คุมได้ดีที่สุดในหน่วยบริการที่เป็นตัวอย่างศึกษาในพื้นที่กรุงเทพฯ และภาคเหนือสูงสุด ต่ำสุดในพื้นที่ภาคอีสาน และเมื่อพิจารณาเป็นราย CUP (รวมข้อมูลทั้งรพ. และหน่วยบริการปฐมภูมิ) พบว่า ในกลุ่มที่เป็นน้อยกว่า 5 ปีมีสัดส่วนการคุมได้สูงที่สุด ในศัพสะเมิง เมืองพิษณุโลก พนมไพร รามัน และเมืองสมุทรปราการ (ตารางที่ 5)

ส่วนกลุ่มที่เป็นมานานกว่า 5 ปี มีแนวโน้มการคุมได้ดีโดย CUP ที่ดูแลโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทางร่วมให้บริการด้วย ยกเว้นพื้นที่สะเมิงที่มีระดับการคุมได้สูง แม้หน่วยบริการนี้ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับ HbA1C ระดับต่างๆ แบ่งตามระยะเวลาการป่วย

	(N)	ระดับ HbA1C			รวม	p-value
		good (<7)	7-8	poor control (>8)		
น้อยกว่า 5 ปี	1757	43.48	23.62	32.90	100	
5 ปีขึ้นไป	1831	32.99	26.00	41.02	100	<.0005
รวม	3588	38.13	24.83	37.04	100	

ตารางที่ 4 : ค่าระดับฮีมาโกลบินเอวันซี ของผู้เป็นเบาหวาน แยกตามภาค และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน

ระยะการป่วย	HbA1c	กรุงเทพ	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	รวม
เป็นมาน้อยกว่า 5 ปี	(N)	70	310	337	728	312	1757
	good (<7)	55.7%	46.1%	53.4%	34.9%	47.4%	43.5%
	7-8	17.1%	20.6%	21.1%	27.6%	21.5%	23.6%
	poor control (>8)	27.1%	33.2%	25.5%	37.5%	31.1%	32.9%
เป็นมา 5 ปีขึ้นไป	(N)	180	357	259	804	231	1831
	good (<7)	34.4%	36.1%	33.2%	32.1%	29.9%	33.0%
	7-8	28.9%	26.3%	22.4%	26.6%	25.1%	26.0%
	poor control (>8)	36.7%	37.5%	44.4%	41.3%	45.0%	41.0%

ตารางที่ 5 : ค่าระดับฮีมาโกลบินเอวันซี ของผู้เป็นเบาหวาน แยกตาม CUP และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน

ภาค	อำเภอ	เป็นมาน้อยกว่า 5 ปี				เป็นมา 5 ปีขึ้นไป			
		(N)	good (<7)	7-8	poor (>8)	(N)	good (<7)	7-8	Poor (>8)
กรุงเทพ	กทม	(70)	55.7	17.1	27.1	(180)	34.4	28.9	36.7
กลาง	นครหลวง	(69)	42.0	26.1	31.9	(108)	29.6	24.1	46.3
	อยุธยา	(66)	40.9	25.8	33.3	(87)	39.1	32.2	28.7
	ชัยบาดาล	(76)	48.7	11.8	39.5	(75)	48.0	24.0	28.0
	เมืองลพบุรี	(99)	50.5	20.2	29.3	(87)	31.0	25.3	43.7
	สมุทรปราการ	(310)	46.1	20.6	33.2	(357)	36.1	26.3	37.5
เหนือ	แม่ริม	(79)	48.1	19.0	32.9	(69)	36.2	20.3	43.5
	สันทราย	(73)	38.4	21.9	39.7	(99)	24.2	20.2	55.6
	สะเมิง	(85)	62.4	21.2	16.5	(34)	50.0	20.6	29.4
	พิษณุโลก	(100)	61.0	22.0	17.0	(57)	35.1	29.8	35.1
	รวม	(337)	53.4	21.1	25.5	(259)	33.2	22.4	44.4
อีสาน	กมลาไสย	(63)	41.3	34.9	23.8	(119)	33.6	30.3	36.1
	เมืองขอนแก่น	(39)	20.5	23.1	56.4	(74)	20.3	21.6	58.1
	น้ำพอง	(91)	35.2	42.9	22.0	(143)	36.4	28.0	35.7
	ภูกระดึง	(399)	32.6	25.1	42.4	(291)	27.5	24.4	48.1
	เมืองร้อยเอ็ด	(73)	32.9	24.7	42.5	(88)	40.9	30.7	28.4
	พนมไพร	(63)	54.0	20.6	25.4	(89)	39.3	27.0	33.7
	รวม	(728)	34.9	27.6	37.5	(804)	32.1	26.6	41.3
ใต้	เมือง สงขลา	(86)	46.5	26.7	26.7	(102)	36.3	25.5	38.2
	ระโนด	(39)	48.7	25.6	25.6	(67)	16.4	22.4	61.2
	กรงปินัง ยะลา	(11)	45.5	27.3	27.3	(1)	100.0	.0	.0
	เมืองยะลา	(57)	42.1	17.5	40.4	(14)	14.3	28.6	57.1
	รามัน	(119)	50.4	17.6	31.9	(47)	38.3	27.7	34.0
	รวม	(312)	47.4	21.5	31.1	(231)	29.9	25.1	45.0

ระดับไขมันในเส้นเลือด

การตรวจไขมันที่กำหนดตามมาตรฐานในกลุ่มผู้เป็นเบาหวาน คือ โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ ระดับ HDL ซึ่งมีค่ามาตรฐานแตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย จากการศึกษาได้ผลดังตารางที่ 6, 7, 8 พบว่า หญิงมีค่าสูง และความเสี่ยงกว่าชายในทุกค่า สอดคล้องกับค่า BMI เขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท ระดับ โคเลสเตอรอลสูงมีประมาณร้อยละ 9.9 – 19.3 โดยสูงมากในพื้นที่ภาคกลาง และภาคใต้ ในขณะที่ภาคเหนือ และภาคอีสานจะต่ำกว่า แต่ขณะเดียวกันในบางพื้นที่ของอีสานก็มีค่าสูง ได้แก่เขตเมืองขอนแก่น

ส่วนผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงมีสัดส่วนมากที่สุดในพื้นที่ภาคอีสาน แต่มีจำนวนประมาณครึ่งหนึ่งที่ อยู่ในระดับ border line ซึ่งสามารถสูงขึ้นหรือลดลงได้

ระดับ HDL นั้นผู้เป็นเบาหวานมีค่าต่ำซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจใน สัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ประมาณร้อยละ 40 โดยมีความเสี่ยงสูงที่สุดในพื้นที่ภาคอีสาน

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง แยกตามเพศ และ อำเภอ (CUP)

		สัดส่วน (%) ของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือด					
ภาค	อำเภอ	หญิง (N)	ปกติ (<= 200)	สูง (>250)	ชาย (N)	ปกติ (<= 200)	สูง (>250)
กรุงเทพ	กรุงเทพ	187	41.2	19.3	63	47.6	14.3
	รวม		41.2	19.3		47.6	14.3
กลาง	นครหลวง	133	41.4	17.3	47	63.8	6.4
	ชัยบาดาล	108	47.2	13.9	46	52.2	13.0
	เมืองลพบุรี	141	46.8	12.8	67	56.7	7.5
	เมืองสมุทรปราการ	149	54.4	16.8	65	50.8	18.5
	รวม	531	47.6	15.3	225	55.6	11.6
เหนือ	แม่ริม	115	62.6	13.0	66	75.8	4.5
	สันทราย	214	46.7	13.1	168	59.5	13.1
	สะเมิง	78	82.1	2.6	56	75.0	3.6
	เมืองพิษณุโลก	158	68.4	7.0	49	61.2	2.0
	รวม	565	60.9	9.9	339	65.5	8.3
อีสาน	กมลาไสย	153	52.9	14.4	46	67.4	2.2
	เมืองขอนแก่น	95	38.9	21.1	23	34.8	21.7
	น้ำพอง	172	55.8	10.5	70	58.6	10.0
	ภูกระดึง	607	55.2	11.2	210	68.6	8.1
	เมืองร้อยเอ็ด	141	58.9	13.5	38	63.2	2.6
	พนมไพร	120	64.2	7.5	51	54.9	7.8
	รวม	1288	55.0	12.1	438	63.0	8.0
ใต้	เมืองสงขลา	191	37.7	22.5	49	55.1	12.2
	ระโนด	126	40.5	16.7	22	59.1	18.2
	กรงปินัง	7	28.6		5	60.0	20.0
	เมืองยะลา	102	50.0	17.6	100	44.1	16.9
	รามัน ยะลา	118	42.4	14.4	67	44.8	19.4
	รวม	544	41.5	18.2	202	49.0	16.8

ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ แยกตามเพศ และ ระดับ CUP

		สัดส่วน (%) ของผู้มีระดับไตรกลีเซอไรด์ ในเลือด					
ภาค	อำเภอ	หญิง (N)	ปกติ (< = 150)	สูง (>400)	ชาย (N)	ปกติ (< = 150)	สูง (>400)
กรุงเทพ	กรุงเทพ	186	57.0	1.6	63	49.2	
	รวม	186	57.0	1.6	63	49.2	
กลาง	นครหลวง	133	42.1	5.3	47	48.9	8.5
	ชัยบาดาล	108	45.4	1.9	46	23.9	6.5
	เมืองลพบุรี	141	48.9	5.0	67	56.7	6.0
	เมืองสมุทรปราการ	147	51.7	4.8	65	38.5	6.2
	รวม	529	47.3	4.3	225	43.1	6.7
เหนือ	แม่ริม	115	44.3	4.3	66	39.4	4.5
	สันทราย	214	48.6	4.2	168	47.0	9.5
	สะเมิง	78	55.1	1.3	56	46.4	8.9
	เมืองพิษณุโลก	157	60.5	1.3	49	59.2	2.0
	รวม	564	52.0	3.0	339	47.2	7.4
อีสาน	กมลาไสย	152	30.9	11.2	46	30.4	13.0
	เมืองขอนแก่น	95	40.0	10.5	23	43.5	13.0
	น้ำพอง	172	38.4	7.0	70	32.9	10.0
	ภูกระดึง	604	29.0	15.2	210	29.5	14.8
	เมืองร้อยเอ็ด	141	40.4	6.4	38	50.0	7.9
	พนมไพร	120	32.5	14.2	51	27.5	13.7
	รวม	1284	32.9	12.2	438	32.4	13.0
ใต้	เมืองสงขลา	191	54.5	5.8	49	51.0	4.1
	ระโนด	126	39.7	4.0	22	54.5	9.1
	กรงปินัง	7	28.6		5	60.0	20.0
	เมืองยะลา	102	54.9	3.9	59	55.9	8.5
	รามัน ยะลา	118	47.5	3.4	67	43.3	10.4
	รวม	544	49.3	4.4	202	50.5	8.4

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับ HDL ต่ำ แยกตามเพศ และ อำเภอ (CUP)

		สัดส่วน (%) ของผู้มีระดับ HDL ในเลือด					
ภาค	อำเภอ	หญิง (N)	no rsik (>65)	high rsik (<45)	ชาย (N)	no risk (>55)	high risk (<35)
กรุงเทพ	กรุงเทพ	187	17.6	21.4	63	20.6	11.1
	รวม	187	17.6	21.4		20.6	11.1
กลาง	นครหลวง	133	9.0	32.3	47	12.8	29.8
	ชัยบาดาล	108	8.3	35.2	46	17.4	26.1
	เมืองลพบุรี	141	17.0	25.5	67	28.4	9.0
	เมืองสมุทรปราการ	149	12.1	28.2	65	13.8	13.8
	รวม		11.9	29.9	225	18.7	18.2
เหนือ	แม่ริม	115	6.1	47.0	66	15.2	21.2
	สันทราย	214	7.0	45.3	168	17.3	20.8
	สะเมิง	78	9.0	44.9	56	7.1	19.6
	เมืองพิษณุโลก	158	13.9	24.1	49	32.7	10.2
	รวม		9.0	39.6	339	17.4	19.2
อีสาน	กมลาไสย	153	2.0	60.8	46	13.0	28.3
	เมืองขอนแก่น	95	7.4	45.3	23	17.4	17.4
	น้ำพอง	172	5.2	58.1	70	8.6	30.0
	ภูกระดึง	607	2.1	64.4	210	8.1	31.9
	เมืองร้อยเอ็ด	141	6.4	51.8	38	18.4	23.7
	พนมไพร	120	4.2	65.0	51	11.8	15.7
	รวม		3.6	60.4	438	10.5	27.9

		สัดส่วน (%) ของผู้มีระดับ HDL ในเลือด					
ภาค	อำเภอ	หญิง (N)	no risk (>65)	high risk (<45)	ชาย (N)	no risk (>55)	high risk (<35)
ใต้	เมืองสงขลา	191	13.1	43.5	49	16.3	30.6
	ระโนด	126	3.2	44.4	22	13.6	22.7
	กรงปินัง	7		42.9	5		40.0
	เมืองยะลา	102	16.7	42.2	59	8.5	16.9
	รามัน ยะลา	118	4.2	45.8	67	14.9	25.4
	รวม	544	9.4	43.9	202	12.9	24.3

ความผิดปกติของไต ของผู้เป็นเบาหวาน

จากการตรวจประเมินด้วยการตรวจไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ พบว่ามีระดับที่ผิดปกติมาก ร้อยละ 4-22 โดยมีความผิดปกติมากที่สุดในพื้นที่อีสาน เมืองขอนแก่น และร้อยเอ็ด ผู้ชายมีแนวโน้มสัดส่วนความผิดปกติสูง หว่าหญิงในทุกพื้นที่ และเริ่มมีความผิดปกติของไต (microalbuminuria) ประมาณร้อยละ 30 .ในขณะที่เมื่อตรวจด้วยระดับ creatinine พบว่ามีความผิดปกติร้อยละ 2-30 โดยกลุ่มที่เป็นนานกว่า 5 ปี มีสัดส่วนผิดปกติสูง มากกว่ากลุ่มที่เป็นน้อยกว่า 5 ปี

เมื่อเทียบผลการตรวจระหว่าง creatinine กับ microalbumin พบว่าในขณะที่ระดับ creatinine ปกติ จะมีค่าอัลบูมินในปัสสาวะสูงในระดับ micro ร้อยละประมาณ 30

ตารางที่ 9 สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะสูงกว่าปกติ แบ่งตามเพศ และพื้นที่

		สัดส่วน (%) ของผู้มีระดับ microalbumin ในปัสสาวะ					
ภาค	อำเภอ	หญิง (N)	micro (30-299)	macro (>300)	ชาย (N)	micro (30-299)	Macro (>300)
กรุงเทพ	กรุงเทพ	177	41.8	10.2	61	54.1	9.8
	รวม	177	41.8	10.2	61	54.1	9.8
กลาง	นครหลวง	133	31.6	12.0	47	48.9	8.5
	ชัยบาดาล	108	37.0	6.5	46	39.1	17.4
	เมืองลพบุรี	138	34.8	5.1	61	26.2	11.5
	เมืองสมุทรปราการ	139	38.8	12.9	60	41.7	13.3
	รวม	518	35.5	9.3	214	38.3	12.6
เหนือ	แม่ริม	115	32.2	16.5	66	40.9	13.6
	สันทราย	208	35.1	10.1	162	43.2	14.2
	สะเมิง	76	35.5	11.8	56	50.0	17.9
	เมืองพิษณุโลก	156	30.8	8.3	48	41.7	8.3
	รวม	555	33.3	11.2	332	43.7	13.9
อีสาน	กมลาไสย	132	37.9	7.6	37	51.4	10.8
	เมืองขอนแก่น	95	29.5	8.4	22	31.8	22.7
	น้ำพอง	172	27.9	11.0	69	36.2	17.4
	ภูกระดึง	605	34.0	6.6	211	42.2	10.4
	เมืองร้อยเอ็ด	141	34.0	11.3	38	21.1	23.7
	พนมไพร	120	36.7	12.5	55	50.9	18.2
	รวม	1265	33.5	8.5	432	40.7	14.4
ใต้	เมืองสงขลา	191	30.4	10.5	48	20.8	18.8
	ระโนด	123	46.3	4.1	21	42.9	9.5
	กรงปินัง	5	60.0		7	28.6	
	เมืองยะลา	93	38.7	5.4	57	45.6	7.0
	รามัน ยะลา	116	41.4	11.2	66	34.8	16.7
	รวม	528	38.3	8.1	199	35.2	13.1

ตารางที่ 10 สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะสูงกว่าปกติ แบ่งตามระยะเวลาการป่วย และ พื้นที่

		สัดส่วน (%) ของผู้ที่มีระดับ microalbumin ในปัสสาวะ					
		เป็นมา < 5 ปี			เป็นมา 5 ปีขึ้นไป		
	อำเภอ	(N)	micro (30-299)	macro (>300)	(N)	micro (30-299)	macro (>300)
กรุงเทพ	กรุงเทพ	(70)	50.0	2.9	168	42.9	13.1
	รวม	(70)	50.0	2.9	168	42.9	13.1
กลาง	นครหลวง	69	34.8	5.8	108	36.1	14.8
	ชัยบาดาล	66	25.8	6.1	88	46.6	12.5
	เมืองลพบุรี	72	31.9	2.8	68	32.4	14.7
	เมืองสมุทรปราการ	101	37.6	8.9	82	42.7	18.3
	รวม	308	33.1	6.2	346	39.6	15.0
เหนือ	แม่ริม	79	36.7	10.1	70	28.6	20.0
	สันทราย	73	34.2	12.3	99	46.5	18.2
	สะเมิง	94	41.5	10.6	34	41.2	23.5
	เมืองพิษณุโลก	100	33.0	5.0	56	39.3	12.5
	รวม	346	36.4	9.2	259	39.4	18.1
อีสาน	กมลาไสย	52	42.3	1.9	101	41.6	9.9
	เมืองขอนแก่น	41	34.1	7.3	74	28.4	13.5
	น้ำพอง	91	26.4	8.8	141	33.3	15.6
	ภูกระดึง	399	30.3	6.0	290	39.0	10.0
	เมืองร้อยเอ็ด	73	23.3	8.2	88	40.9	15.9
	พนมไพร	70	41.4	5.7	100	39.0	21.0
	รวม	726	31.3	6.3	794	37.5	13.4
ใต้	เมืองสงขลา	85	31.8	7.1	102	24.5	18.6
	ระโนด	39	33.3	2.6	65	53.8	4.6
	กรงปินัง	11	36.4	0.0	1	100.0	0.0
	เมืองยะลา	55	50.9	9.1	13	30.8	7.7
	รามัน ยะลา	118	36.4	13.6	46	45.7	19.6
	รวม	308	37.3	9.1	227	37.9	14.1

ตารางที่ 11 สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับครีเอตินินสูงกว่าปกติ แบ่งตามระยะเวลาการป่วย และ พื้นที่

		สัดส่วน (%) ผู้ที่มีระดับ creatinine ผิดปกติ (>1.5)							
		เป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 5 ปี				เป็นมา 5 ปีขึ้นไป			
ภาค	อำเภอ	หญิง	ชาย	รวม	(N รวม)	หญิง	ชาย	รวม	(N รวม)
กรุงเทพ	กรุงเทพ	3.9	15.8	7.1	70	11.0	20.5	13.3	180
	รวม	3.9	15.8	7.1	70	11.0	20.5	13.3	180
กลาง	นครหลวง	2.0	10.0	4.3	69	18.5	18.5	18.5	108
	ชัยบาดาล	2.2	14.3	6.1	66	11.1	32.0	17.0	88
	เมืองลพบุรี	2.1	3.8	2.6	76	10.9	32.0	19.7	76
	เมืองสมุทรปราการ	1.4	12.1	4.7	106	14.9	39.1	21.1	90
	รวม	1.9	10.0	4.4	317	14.4	30.0	19.1	362
เหนือ	แม่ริม	2.3	30.6	15.2	79	20.0	30.0	22.9	70
	สันทราย	2.9	5.1	4.1	73	17.9	37.2	26.3	99
	สะเมิง	3.9	11.4	7.4	95	16.0	50.0	25.7	35
	เมืองพิษณุโลก	7.9	4.3	7.0	100	8.9	8.3	8.8	57
	รวม	4.9	13.4	8.4	347	15.9	32.9	21.5	261
อีสาน	กมลาไสย		17.6	4.8	63	24.2	50.0	28.6	119
	เมืองขอนแก่น	13.3	18.2	14.6	41	12.5	45.5	17.3	75
	น้ำพอง	4.7	12.5	7.8	90	15.0	22.5	17.5	143
	ภูกระดึง	4.9	14.4	7.5	399	19.0	25.3	20.6	291

		สัดส่วน (%) ผู้ที่มีระดับ creatinine ผิดปกติ (>1.5)							
		เป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 5 ปี				เป็นมา 5 ปีขึ้นไป			
ได้	เมืองร้อยเอ็ด	5.3	18.8	8.2	73	18.3	17.6	18.2	88
	พนมไพร	8.9	18.2	11.9	67	15.3	29.6	19.2	99
	รวม	5.3	15.4	8.2	733	18.0	28.4	20.5	815
	เมืองสงขลา	1.6	18.2	5.8	86	7.4	23.8	10.8	102
	ระโนด		11.1	2.6	39	7.1	18.2	9.0	67
	กรงปินัง			0.0	11			0.0	1
	เมืองยะลา		8.7	3.5	57		28.6	14.3	14
	รามัน ยะลา	2.5	20.5	8.4	119	12.0	31.8	21.3	47
	รวม	1.4	15.5	5.8	312	7.7	25.8	12.6	231

โดยสรุป ค่าผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เป็นเบาหวาน

ค่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่คัดเลือกมาทั้งหมดนี้ พบว่ามีความแตกต่าง ระหว่างพื้นที่ในทุกตัวแปร มากน้อยแตกต่างกัน ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะพื้นที่วัฒนธรรม การกินอยู่ที่แตกต่าง ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากการรับรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ไม่เท่ากัน อันเป็นผลมาจากบริการสาธารณสุขที่ให้ความรู้ ความเข้าใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด อันเป็นผลสะท้อนต่อคุณภาพบริการได้ทางหนึ่ง โดยพิจารณาร่วมกับระบบการทำงาน และคุณภาพบริการ ดังจะกล่าวในบทต่อไป

ผลลัพธ์ด้านการยอมรับ ให้คุณค่าต่อความรู้สึก ความเข้าใจต่อการดูแลตนเอง (Humanistic outcome)

การปฏิบัติตัว ความรู้ความเข้าใจของผู้เป็นเบาหวาน

เป็นผลลัพธ์ส่วนที่เป็นศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายต่อการดูแลตนเอง และความคิด ความรู้ ต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในแต่ละด้าน การวิเคราะห์ที่นำเสนอเป็นการนำเสนอคะแนนรวมของการปฏิบัติ และความรู้แต่ละด้าน ซึ่งมาจากการประมวลค่าเฉลี่ยของข้อมูลแต่ละข้อ พบว่าผลลัพธ์ได้สะท้อนระดับการปฏิบัติตัวของผู้เป็นเบาหวานในความรับผิดชอบของหน่วยบริการแต่ละพื้นที่ มีความแตกต่างกันมากน้อย อย่างมีนัยยะสำคัญ (ตารางที่ 12, 13) ในด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา การดูแลสุขภาพทั่วไป ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การปฏิบัติตัวด้านบริโภคมีระดับดีน้อยกว่าด้านอื่น และมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่มากกว่าหมวดอื่น หากพิจารณาข้อรายละเอียด พบว่าหมวดการปฏิบัติด้านการดูแลเท้า และการดูแลกรณีพิเศษต่างๆ เป็นหมวดที่ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้ และการปฏิบัติในระดับที่เหมาะสมน้อย และน้อยกว่าหมวดอื่นๆ ทั้งหมด พื้นที่ขอนแก่นเป็นพื้นที่ที่มีระดับการปฏิบัติตัวและความรู้เหมาะสมน้อยที่สุด ในขณะที่พื้นที่กมลาไสย และระโนด กลุ่มเป้าหมายมีความรู้สูงสุด หากต้องการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่อาจใช้ค่าเฉลี่ยรวมของพื้นที่ทั้งหมด เป็นค่ากลางในการตัดได้ ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า มีพ.ท.9 แห่งที่มีระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (รามัน เมืองพิษณุโลก นครหลวง ศูนย์กทม. ภูกระดึง รพ.หนองจอก น้ำพอง เมืองขอนแก่น) พื้นที่ 14 แห่ง ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 12 ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ แยกตาม CUP

			สัดส่วน (%) ของระดับการปฏิบัติตัวด้านต่างๆ							
ภาค	CUP	N	ด้านบริโภค		ด้านการรักษา		ดูแลสุขภาพทั่วไป		การปฏิบัติตัวโดยรวม	
			ปานกลาง	ดี	ปานกลาง	ดี	ปานกลาง	ดี	ปานกลาง	ดี
			กลาง	ดี	กลาง	ดี	กลาง	ดี	กลาง	ดี
กรุงเทพฯ	รพ.พรตน์	97	32.0	68.0	6.2	93.8	19.6	80.4	5.2	94.8
	ศูนย์ลุมพินี	161	64.0	36.0	26.1	73.9	40.4	59.6	48.4	51.6
	รพ.หนองจอก	40	55.0	45.0	31.6	65.8	37.5	62.5	45.0	55.0
	รพ.ลาดกระบัง	120	23.3	76.7	13.3	86.7	22.5	77.5	11.7	88.3

ภาค	CUP	N	สัดส่วน (%) ของระดับการปฏิบัติตัวด้านต่างๆ							
			ด้านบริโภค		ด้านการรักษา		ดูแลสุขภาพ ทั่วไป		การปฏิบัติตัว โดยรวม	
			ปาน กลาง	ดี	ปาน กลาง	ดี	ปาน กลาง	ดี	ปาน กลาง	ดี
กลาง	ศูนย์กทม.	174	23.0	77.0	23.0	77.0	54.6	45.4	27.0	73.0
	รวม	592	37.8	62.2	19.7	80.2	37.3	62.7	27.4	72.6
	นครหลวง	121	66.9	33.1	11.6	88.4	18.2	81.8	26.7	73.3
	ชัยบาดาล	141	40.4	59.6	14.2	85.8	21.3	78.7	22.7	77.3
	เมืองลพบุรี	66	34.8	65.2	21.2	78.8	15.2	84.8	10.8	89.2
เหนือ	เมืองสมุทรปราการ	122	30.3	69.7	13.1	86.1	22.1	77.9	16.4	83.6
	รวม	450	44.0	56.0	14.2	85.6	19.8	80.2	20.3	79.7
	แม่ริม	150	14.0	86.0	4.0	96.0	17.3	82.7	6.7	93.3
	สันทราย	198	15.2	84.8	5.1	94.9	15.2	84.8	7.1	92.9
	สะเมิง	168	6.7	93.3	7.5	92.5	14.2	85.8	5.0	95.0
อีสาน	เมืองพิษณุโลก	200	36.0	64.0	19.7	80.3	32.5	67.0	26.1	73.9
	รวม	668	19.6	80.4	9.6	90.4	20.7	79.2	12.3	87.7
	กมลาไสย	209	24.4	75.6	13.4	86.6	14.4	85.6	13.9	86.1
	เมืองขอนแก่น	122	14.8	85.2	52.1	47.9	84.3	2.5	82.5	17.5
	น้ำพอง	240	27.1	72.9	46.7	53.3	75.4	5.4	80.8	19.2
ใต้	ภูกระดึง	159	20.8	79.2	30.2	69.8	32.7	59.1	31.8	68.2
	เมืองร้อยเอ็ด	199	16.6	83.4	19.6	80.4	14.1	85.9	11.1	88.9
	พนมไพร	198	19.2	80.8	3.0	97.0	11.1	88.9	4.0	96.0
	รวม	1127	21.1	78.9	26.3	73.7	36.9	56.5	35.8	64.2
	เมืองสงขลา	162	25.9	74.1	14.8	85.2	17.9	82.1	11.3	88.7
รวมทั้งหมด	ระโนด	148	39.9	60.1	5.4	94.6	6.8	93.2	6.1	93.9
	เมืองยะลา	160	40.0	60.0	21.9	77.5	24.4	75.6	19.4	80.6
	รามัน	194	52.6	47.4	16.0	84.0	28.4	71.1	24.2	75.8
	รวม	664	40.2	59.8	14.8	85.1	20.0	79.8	15.8	84.2
	รวมทั้งหมด	3501	30.2	69.8	18.2	81.7	28.5	69.3	24.1	75.9

ตารางที่ 13 สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่มีความรู้ด้านต่างๆ ในระดับน้อย แยกตาม CUP

ภาค	อำเภอ	N	สัดส่วน (%) การมีความรู้ด้านต่างๆ ในระดับน้อย					
			โรค	บริโภค	ยา	ดูแลทั่วไป	โอกาสพิเศษ	ความรู้รวม
			น้อย	น้อย	น้อย	น้อย	น้อย	น้อย
กลาง	นครหลวง	121	14.9	34.7	19.8	25.6	41.3	21.5
	เมืองลพบุรี	66	18.2	19.7	25.8	28.8	30.3	19.7
	ชัยบาดาล	141	19.1	29.1	27.7	27.7	32.6	19.1
	เมืองสมุทรปราการ	122	27.9	36.9	32.0	37.7	45.9	29.5
	รวม	450	20.2	31.3	26.4	30.0	38.2	22.7
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	183	29.0	36.5	34.4	55.7	54.6	36.6
	แม่ริม	150	25.3	32.0	35.3	32.7	39.3	24.7
	สันทราย	198	19.7	15.7	22.2	19.7	38.9	14.6
	สะเมิง	120	33.3	27.5	30.0	31.7	45.8	30.0
	รวม	651	26.1	27.7	30.1	35.0	44.7	26.0
อีสาน	กมลาไสย	209	7.2	10.0	20.1	5.7	16.7	6.7
	น้ำพอง	240	35.0	55.0	43.3	37.5	47.9	40.8
	เมืองขอนแก่น	122	33.6	49.2	60.7	23.0	60.7	50.8
	ภูกระดึง	159	31.4	53.5	26.4	29.6	23.9	33.3
	พนมไพร	198	3.5	35.9	27.3	6.1	19.2	9.1
ใต้	เมืองร้อยเอ็ด	199	12.1	15.1	13.6	13.1	29.1	8.5
	รวม	1127	19.6	35.4	30.4	19.1	31.8	23.2

ภาค	อำเภอ	สัดส่วน (%) การมีความรู้ด้านต่างๆ ในระดับน้อย						
		N	โรค	บริโภค	ยา	ดูแลทั่วไป	โอกาสพิเศษ	ความรู้รวม
			น้อย	น้อย	น้อย	น้อย	น้อย	น้อย
ใต้	เมืองยะลา	160	38.8	33.1	18.8	21.9	41.3	27.5
	รามัน	194	37.1	26.8	27.8	19.1	48.5	27.3
	ระโนด	148	6.1	13.5	12.2	2.0	20.3	5.4
	เมืองสงขลา	162	21.6	25.3	34.6	29.0	50.6	22.8
	รวม	664	26.8	25.0	23.8	18.4	41.0	21.4

คุณภาพชีวิตของผู้เป็นเบาหวาน

การประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้เป็นเบาหวานในการศึกษานี้ ซึ่งปรับปรุงจากการประเมินคุณภาพชีวิตที่จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก พบว่าระดับคุณภาพชีวิตจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และไม่พอใจ มีค่าต่ำกว่าด้านอื่นๆ (ตารางที่ 14) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย มีระดับดีที่สุด และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เป็นน้อย และมากกว่า 5 ปี เฉพาะในด้านกาย และความเป็นอิสระ แต่ในด้านอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญ มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างไม่มาก แต่ก็พบว่าในพื้นที่ที่มีระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวดี ก็มีแนวโน้มค่าการวัดคุณภาพชีวิตไปในทิศทางเดียวกัน เช่นพื้นที่เมืองลพบุรี พนมไพร กมลาไสย เมืองพิษณุโลก ในขณะที่พื้นที่ที่มีค่าอื่นในเกณฑ์ที่ไม่ดี ค่านี้ก็แปรไปในทิศทางเดียวกัน ไม่พบความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง และชนบทที่ชัดเจน ยกเว้นพื้นที่สะเมิงซึ่งมีชาวเขาจำนวนมากเป็นพื้นที่ที่มีค่าต่างๆ ต่ำกว่าพื้นที่อื่น

ตารางที่ 14 ระดับคะแนนที่แสดงคุณภาพชีวิต ด้านต่างๆ ของผู้เป็นเบาหวาน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ป่วยน้อย และมากกว่า 5 ปี

(คะแนนเต็ม = 5, 1= ไม่พอใจอย่างยิ่ง, 2=ไม่พอใจ 3=ปานกลาง /เฉลี่ย 4 = พอใจ 5=พอใจอย่างยิ่ง)

	5 ปีลงไป			มากกว่า 5 ปี			รวม			P -value
	N	Mean	Sd.	N	Mean	Sd.	N	Mean	Sd.	
ด้านร่างกาย	1743	3.62	0.53	1563	3.53	0.58	3306	3.58	0.55	<0.005
จิตใจ	1742	2.92	0.39	1563	2.92	0.37	3305	2.92	0.38	>.05
ความเป็นอิสระ	1743	3.57	0.64	1563	3.49	0.69	3306	3.53	0.67	<0.005
สัมพันธ์ภาพกับสังคม	1742	3.25	0.74	1563	3.25	0.77	3305	3.25	0.76	>.05
สิ่งแวดล้อม	1742	3.30	0.43	1563	3.33	0.43	3305	3.32	0.43	>.05
คุณค่า สิ่งยึดเหนี่ยว	1742	3.41	0.82	1563	3.35	0.83	3305	3.38	0.83	>.05
รวม	1743	3.35	0.38	1563	3.31	0.39	3306	3.33	0.39	<0.05

ตารางที่ 15 ระดับคะแนนที่แสดงคุณภาพชีวิต ด้านต่างๆ ของผู้เป็นเบาหวาน แยกตาม CUP

(คะแนนเต็ม = 5, 1= ไม่พอใจอย่างยิ่ง, 2=ไม่พอใจ 3=ปานกลาง /เฉลี่ย 4 = พอใจ 5=พอใจอย่างยิ่ง)

ภาค	CUP	N	ร่างกาย	จิตใจ	ความเป็นอิสระ	สัมพันธ์ภาพกับสังคม	สิ่งแวดล้อม	คุณค่า การยึดเหนี่ยว	รวมทุกด้าน
กลาง	นครหลวง	121	3.42	2.82	3.48	3.19	3.30	3.27	3.24
	เมืองลพบุรี	66	3.80	3.03	3.80	3.45	3.63	3.63	3.56
	ชัยบาดาล	141	3.73	2.89	3.40	3.19	3.14	3.43	3.30
	เมืองสมุทรปราการ	122	3.54	2.82	3.54	2.84	3.14	3.00	3.15
	รวม	450	3.60	2.87	3.52	3.13	3.25	3.30	3.28

ภาค	CUP	N	ร่างกาย	จิตใจ	ความเป็นอิสระ	สัมพันธ์ภาพกับสังคม	สิ่งแวดล้อม	คุณค่า การยึดเหนี่ยว	รวมทุกด้าน
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	200	3.65	2.96	3.44	3.30	3.28	3.31	3.32
	แม่ริม	150	3.74	2.94	3.50	3.29	3.10	3.65	3.37
	สันทราย	198	3.70	2.85	3.41	3.28	3.33	3.55	3.35
	สะเมิง	120	3.52	2.75	3.64	3.00	2.97	2.97	3.14
	รวม	668	3.66	2.89	3.48	3.24	3.20	3.40	3.31
อีสาน	กมลาไสย	209	3.62	2.97	3.80	3.50	3.50	3.74	3.52
	น้ำพอง	240	3.52	2.89	3.54	3.27	3.27	3.15	3.27
	เมืองขอนแก่น	122	3.52	2.95	3.31	3.25	3.38	3.31	3.29
	ภูกระดึง	159	3.51	2.89	3.28	3.41	3.36	3.42	3.31
	พนมไพร	198	3.80	3.04	3.63	3.60	3.49	3.27	3.47
	เมืองร้อยเอ็ด	199	3.50	3.10	3.41	3.32	3.44	3.58	3.39
	รวม	1127	3.58	2.97	3.52	3.40	3.41	3.41	3.38
ใต้	เมืองยะลา	160	3.67	3.00	3.77	3.46	3.40	3.67	3.49
	รามัน	194	3.38	2.91	3.44	3.24	3.22	3.63	3.30
	ระโนด	148	3.55	2.97	3.68	3.51	3.36	3.50	3.43
	เมืองสงขลา	162	3.49	2.85	3.64	3.24	3.16	3.44	3.30
	รวม	664	3.51	2.93	3.62	3.35	3.28	3.56	3.38
กรุงเทพ	รพนพรัตน์	97	3.44	2.90	3.58	2.99	3.30	2.83	3.17
	ลุมพินี	161	3.56	2.86	3.55	2.54	3.46	2.74	3.12
	หนองจอก	40	3.42	2.81	3.48	3.09	3.03	3.30	3.19
	ลาดกระบัง	120	3.60	2.91	3.55	3.06	3.42	3.63	3.36
	ศูนย์	174	3.25	2.79	3.44	2.77	3.07	3.15	3.08
	รวม	592	3.45	2.85	3.52	2.82	3.28	3.09	3.17
รวมทั้งหมด	รวม	3501	3.56	2.92	3.53	3.23	3.30	3.37	3.32

ความพึงพอใจของผู้เป็นเบาหวาน ต่อหน่วยบริการ และบริการในด้านต่างๆ

ค่าคะแนนความพึงพอใจ ซึ่งได้จากการรวมคะแนนความเห็นต่อบริการในด้านต่างๆ ที่แบ่งเป็นกลุ่มดังตารางที่ 16 และแสดงเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยของความพอใจของผู้ใช้บริการทั้งหมด พบว่า ความพอใจในด้านสถานที่ และค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่พอใจดี ในขณะที่ด้านเวลารอ ด้านข้อมูล และความพอใจต่อผลลัพธ์สุขภาพอยู่ในระดับที่พอใช้ และต่ำกว่าค่าอื่นๆ ความพอใจด้านบุคลากรมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่มาก ซึ่งน่าจะนำมาใช้เปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่ได้ดี

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของผู้เป็นเบาหวานต่อหน่วยบริการด้านต่างๆ

(คะแนนเต็ม = 4, 1= ต้องปรับปรุง/ไม่พอใจ 2=พอใช้ 3=ดี 4=ดีมาก)

ภาค	CUP	N	สถานที่	เวลารอ	บุคลากร	เครื่องมือ	ข้อมูล	ยา	ค่าใช้จ่าย	ผลลัพธ์	พอใจรวม
กลาง	เมืองลพบุรี	66	3.55	2.82	3.39	3.09	2.72	3.30	3.59	2.15	3.08
	นครหลวง	121	3.31	2.65	3.19	3.00	2.60	3.21	3.50	1.86	2.92
	ชัยบาดาล	141	3.18	2.66	3.10	3.06	2.69	3.33	3.25	1.99	2.91
	เมืองสมุทรปราการ	122	3.32	2.83	2.96	2.99	2.65	3.10	3.20	2.11	2.89
	รวม	450	3.31	2.73	3.13	3.03	2.66	3.23	3.35	2.01	2.93
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	200	3.31	2.42	3.12	3.06	2.56	3.16	3.27	2.10	2.87
	แม่ริม	150	3.26	2.52	3.21	3.15	2.63	3.14	3.18	1.95	2.88

	สันทราย	198	3.31	2.74	3.22	3.29	2.73	3.34	3.17	2.24	3.00
	สะเมิง	120	3.16	2.30	3.07	2.73	2.74	3.16	2.85	2.00	2.75
	รวม	668	3.27	2.51	3.16	3.09	2.66	3.21	3.14	2.09	2.89
อิสาน	กมลาไสย	209	3.43	2.49	3.21	3.08	2.67	3.34	3.29	2.19	2.96
	น้ำพอง	240	2.13	2.73	2.08	2.04	1.50	1.89	2.97	1.70	2.13
	เมือง										
	ขอนแก่น	122	1.69	2.80	1.78	1.89	1.37	1.79	3.45	1.50	2.04
	ภูกระดึง	159	2.69	2.93	2.56	2.59	2.24	2.64	3.43	1.95	2.63
	พนมไพร	198	3.32	2.61	3.35	3.10	2.62	3.31	2.86	2.20	2.92
	เมืองร้อยเอ็ด	199	3.25	2.69	3.22	3.10	2.61	3.27	3.12	2.23	2.94
	รวม	1127	2.81	2.69	2.75	2.67	2.20	2.75	3.15	1.98	2.62
ใต้	เมืองยะลา	160	3.30	2.59	3.11	2.96	2.56	3.07	3.28	2.10	2.87
	รามัน	193	3.08	2.59	2.97	2.93	2.53	3.08	3.15	2.12	2.80
	ระโนด	147	3.27	2.78	3.20	2.93	2.73	3.12	3.12	2.09	2.90
	เมืองสงขลา	162	3.12	2.60	3.09	3.02	2.71	3.13	3.03	2.04	2.84
	รวม	662	3.18	2.63	3.08	2.96	2.63	3.10	3.15	2.09	2.85
กรุงเทพฯ	รพนพรัตน์	97	3.38	3.68	3.37	3.18	2.62	3.34	3.38	2.12	3.13
	ลุมพินี	161	3.08	2.88	2.68	2.83	2.35	2.93	3.04	1.97	2.72
	หนองจอก	40	3.03	1.90	2.99	2.75	2.60	3.00	2.73	1.93	2.61
	ลาดกระบัง	120	3.48	2.86	3.05	3.00	2.81	3.38	3.48	2.12	3.02
	ศูนย์	173	3.24	2.39	3.11	2.77	2.59	3.01	3.18	1.98	2.78
	รวม	591	3.25	2.80	3.02	2.90	2.57	3.12	3.21	2.03	2.86
รวมทั้งหมด		รวม	3498	3.11	2.67	2.98	2.89	2.49	3.03	3.18	2.03
				2.80							

หมายเหตุ : คะแนนเต็ม = 4, 1= ต้องปรับปรุง/ไม่พอใจ 2=พอใช้ 3=ดี 4=ดีมาก

ผลลัพธ์การประเมินระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ของการบริการ

ความครอบคลุมต่อการได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งมาตรฐาน

ส่วนแรกเป็นผลลัพธ์เชิงกระบวนการ โดยพิจารณาจากความครอบคลุมต่อการบริการหญิงตั้งครรภ์ซึ่งควรได้ครบ 4 ครั้งตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้รับการครอบคลุม แต่ก็ยังมีจำนวนน้อยอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ได้รับการบริการ และรับบริการไม่ครบ ซึ่งเกิดมากในบางพื้นที่ ที่ควรมีการศึกษาหาปัจจัยต่อไป

ข้อมูลส่วนนี้ มิได้ให้หน่วยบริการรายงานเป็นข้อสรุปเหมือนกับรายงานปกติ แต่เป็นการส่งข้อมูลฐานที่เป็นรายบุคคล และนำมาวิเคราะห์เอง รวมทั้งข้อมูลส่วนใหญ่ได้มาจากโรงพยาบาล ซึ่งน่าจะเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดนี้

ตารางที่ 17 ร้อยละของการฝากครรภ์ จากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด (% ANC ทั้งอำเภอ, % คลอดที่ ANC ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป)

		จำนวน	จำนวนครั้งของการ ANC ทั้งหมดใน 4 ไตรมาส					
		ตัวอย่าง	0 ครั้ง	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้ง	4 ครั้ง	รวม
กลาง	นครหลวง	67	13.4				86.6	100
	ชัยบาดาล	157		0.6	2.5	16.6	80.3	100
	เมืองลพบุรี	70	1.4	1.4		7.1	90.0	100
	เมืองสมุทรปราการ	40					100	100
	รวม	334	3.0	0.6	1.2	9.3	85.9	100
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	92		18.5	1.1	8.7	71.7	100
	แม่ริม	52	9.6	9.6	7.7	11.5	61.5	100
	สะเมิง	45	2.2	2.2	2.2		93.3	100
	สันทราย	51					100	100
	รวม	240	2.5	9.6	2.5	5.8	79.6	100
อีสาน	กมลาไสย	80		18.8	5.0	5.0	71.3	100
	น้ำพอง	102		20.6	12.7	17.6	49.0	100
	เมืองขอนแก่น	102	3.9	3.9	2.9	3.9	85.3	100
	เมืองร้อยเอ็ด	160	36.3	0.6	1.3	20.6	41.3	100
	รวม	444	14.0	9.2	5.0	13.3	58.6	100
ใต้	เมืองยะลา	839	0.8	4.5	3.0	3.1	88.6	100
	เมืองสงขลา	193	3.1	1.6	2.1	5.2	88.1	100
	ระโนด	56			1.8	1.8	96.4	100
	รามัน	100			1.0	2.0	97.0	100
	รวม	1188	1.1	3.5	2.6	3.3	89.6	100

ร้อยละของการฝากครรภ์ ANC ที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย/PCU/คลินิกเอกชน)

ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้รับบริการทั้งหมดเช่นกัน แต่มีการให้ระบุสถานที่ที่ให้บริการในแต่ละไตรมาส แล้ววิเคราะห์ประมวลสรุป ข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลที่ระบบปกติไม่มีการเก็บข้อมูล

จากข้อมูลและการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า แนวโน้มของการให้บริการที่สอดคล้องมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะเขตพื้นที่เมืองใหญ่ ที่สอดคล้องมีบทบาทน้อยมาก (ร้อยละ 2-10) แต่ในพื้นที่เขตชนบท เช่น กมลาไสย

รามัน ระโนด ยังมีผู้ใช้บริการที่สอ. จำนวนมาก (ร้อยละ 42-80) แต่ก็ลดลงกว่าในอดีต ทั้งนี้เป็นผลจากการกำหนดบทบาทในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการมีการฝากครรภ์ครั้งแรกที่รพ. และจากลักษณะสังคมที่เชื่อมั่นต่อบริการที่รพ.มากกว่าสถานีนามัย ฉะนั้นการใช้ผลงานของการฝากครรภ์เป็น tracer ของผลบริการหน่วยบริการปฐมภูมินั้นจึงมีข้อจำกัดในหลายพื้นที่ ที่มาจากปัจจัยภายนอก มิใช่เกิดจากปัจจัยภายในหน่วยบริการส่วนเดียว และส่วนที่มีบทบาทมากคือ รพ. ในเครือข่ายว่าจะยอมรับให้สอ./หน่วยบริการปฐมภูมิมากน้อยเพียงใด ฉะนั้นผลงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์จึงถือว่าเป็นผลลัพธ์รวมของเครือข่ายบริการที่ร่วมกันระหว่างรพ. กับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

ตารางที่ 18: สัดส่วนของการฝากครรภ์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

		สัดส่วน (%) การฝากครรภ์ที่หน่วยบริการระดับต่างๆ ใน 4 ไตรมาส				
		รพ.	PCU	คลินิก	No ANC	ครั้งการฝากครรภ์ทั้งหมด
กลาง	นครหลวง	30.22	12.69	43.66	7.46	268
	ชัยบาดาล	72.61	2.39	19.11	5.89	628
	เมืองลพบุรี	48.57	15.36	31.79	4.29	280
	เมืองสมุทรปราการ	0.00	100.00	0.00	0.00	160
	รวม	50.37	18.86	24.40	5.16	1336
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	77.17	4.62	1.63	16.58	368
	แมริม	61.06	2.40	12.98	23.56	208
	สะเมิง	87.78	7.22	0.00	5.00	180
	สันทราย	67.65	26.47	5.88	0.00	204
	รวม	73.65	9.27	4.69	12.40	960
อีสาน	กมลไสย	23.44	42.19	16.56	17.81	320
	น้ำพอง	42.16	19.61	12.01	25.49	408
	เมืองขอนแก่น	69.12	19.12	2.45	9.31	408
	เมืองร้อยเอ็ด	40.00	9.06	8.44	42.50	640
	รวม	44.20	19.76	9.35	26.52	1776
ใต้	เมืองยะลา	66.24	27.23	0.03	6.50	3356
	เมืองสงขลา	32.77	54.79	5.83	6.61	772
	ระโนด	8.48	80.80	9.38	1.34	224
	รามัน	41.50	57.50	0.00	1.00	400
	รวม	56.00	36.78	1.41	5.81	4752

จากข้อมูลในตารางที่ 19 สะท้อนว่าพื้นที่ที่สอ./PCU ให้บริการครบทั้ง 4 ครั้ง มีเพียงส่วนเดียวเท่านั้น และมีจำนวนมากเช่นกันที่หญิงฝากครรภ์ไม่ได้มาฝากครรภ์ที่สอ.เลย เช่นที่พื้นที่แมริม ชัยบาดาล เมืองร้อยเอ็ด เมืองขอนแก่น

ตารางที่ 19: สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่สอ./ PCU ใน 4 ไตรมาส

		จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ที่ PCU/สอ. (%) ใน 4 ไตรมาส					
		0 ครั้ง	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้ง	4 ครั้ง	รวม
กลาง	นครหลวง	71.6	16.4	3.0	7.5	1.5	100
	ชัยบาดาล	96.8	0.6	0.6		1.9	100
	เมืองลพบุรี	78.6		5.7	12.9	2.9	100
	รวม	76.3	3.6	2.1	4.2	13.8	100
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	91.3	2.2	4.3	1.1	1.1	100
	แมริม	94.2	1.9	3.8			100
	สะเมิง	88.9	4.4		2.2	4.4	100
	สันทราย	70.6	2.0	2.0	2.0	23.5	100

	รวม	87.1	2.5	2.9	1.3	6.3	100
อิสาน	กมลาไสย	32.5	26.3	10.0	2.5	28.8	100
	น้ำพอง	76.5	2.9		6.9	13.7	100
	เมืองขอนแก่น	77.5	3.9	1.0		17.6	100
	เมืองร้อยเอ็ด	88.8	1.9	0.6	1.9	6.9	100
	รวม	73.2	7.0	2.3	2.7	14.9	100
ใต้	เมืองยะลา	67.2	4.6	2.7	2.7	22.6	100
	เมืองสงขลา	43.0	1.0	1.0	3.6	51.3	100
	ระโนด	8.9	3.6	10.7	8.9	67.9	100
	รามัน	41.0		2.0	2.0	55.0	100
	รวม	58.3	3.6	2.8	3.1	32.2	100

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เร็วตั้งแต่ระยะแรก (% EARLY ANC)

ในการประเมินครั้งนี้ พิจารณาจากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในไตรมาสแรก และที่ไม่ได้มา มีเท่าไร เป็นการสะท้อนข้อมูลส่วนนี้ ซึ่งวิเคราะห์จากฐานข้อมูลรายบุคคลเช่นเดียวกัน พบว่ามีหญิงที่ไม่ได้ฝากครรภ์ในไตรมาสแรก ร้อยละ 0-38 ซึ่งส่วนใหญ่ฝากที่โรงพยาบาล มีบางพื้นที่ที่ฝากที่สอ./PCU ซึ่งเป็นผลจากระบบงานที่มีความพร้อม และมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สอ./PCU เป็นผลจากระบบงานในอำเภอที่มีการตกลงบทบาทให้หน่วยนี้มีบทบาทในการให้บริการครั้งแรกได้ เช่นที่ระโนด รามัน เมืองสงขลา กมลาไสย

บางพื้นที่ที่ไม่ได้ฝากครรภ์สูงส่วนหนึ่งมาจากลักษณะที่ประชากรเคลื่อนย้าย หรือ อาจเนื่องจากปัญหาข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน

ตารางที่ 20 ร้อยละของการฝากครรภ์ในไตรมาสแรก แยกตาม CUP

ภาค	อำเภอ	N	ร้อยละของการฝากครรภ์ในไตรมาสแรก				รวม
			ไม่ได้ฝาก	ฝากที่รพ.	ฝากที่ PCU	ฝากที่คลินิก	
กลาง	นครหลวง	63	7.9	22.2	27.0	42.9	100
	ชัยบาดาล	157		77.7	1.9	20.4	100
	เมืองลพบุรี	70	2.9	50.0	14.3	32.9	100
	รวม	330	2.1	51.8	21.2	24.8	100
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	92	7.6	82.6	4.3	5.4	100
	แมริม	52	26.9	61.5	1.9	9.6	100
	สะเมิง	45	6.7	86.7	6.7		100
	สันทราย	51		70.6	23.5	5.9	100
	รวม	240	10.0	76.3	8.3	5.4	100
อิสาน	กมลาไสย	80		25.0	57.5	17.5	100
	น้ำพอง	102	1.0	65.7	20.6	12.7	100
	เมืองขอนแก่น	102	11.8	65.7	20.6	2.0	100
	เมืองร้อยเอ็ด	160	38.1	43.8	10.0	8.1	100
	รวม	444	16.7	50.5	23.4	9.5	100
ใต้	เมืองยะลา	839	4.3	65.7	30.0		100
	เมืองสงขลา	193	8.8	33.7	52.3	5.2	100
	ระโนด	56		7.1	85.7	7.1	100
	รามัน	100	3.0	41.0	56.0		100
	รวม	1188	4.7	55.6	38.5	1.2	100

สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อย (% Teenage Pregnancy :อายุ 13 -19 ปี)

วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลรายบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ที่หน่วยบริการส่งมาให้ พบว่า ในแต่ละพื้นที่มีหญิงที่อายุน้อยกว่า 17 ปี ตั้งครรภ์มีร้อยละ 5 – 11 และหากรวมถึงอายุน้อยกว่า 19 ปี มีจำนวนรวมคิดเป็นร้อยละ 13-37 (ตารางที่ 21) โดยสูงสุดในเขตเมืองพิษณุโลก (37) และสูงในพื้นที่ภาคกลาง และภาคเหนือมากกว่าภาคอื่นๆ

ข้อมูลฐานนี้หากไม่ครบถ้วนก็อาจทำให้ค่าสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์มีความคลาดเคลื่อนไปได้ ซึ่งหากมีการเก็บข้อมูลจากหน่วยบริการที่ทำคลอดก็จะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์กว่า และสะท้อนสภาพแนวโน้มของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้ดีกว่า

ตารางที่ 21: ตารางแสดงอายุของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตาม CUP

			% ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุต่างๆ					
			N	13-17	17.1-19	20-34	35 ปีขึ้นไป	รวม
กลาง	นครหลวง	67	13.4	10.4	68.7	7.5	100	
	ชัยบาดาล	157	12.7	10.8	66.2	10.2	100	
	เมืองลพบุรี	70	15.7	1.4	72.9	10.0	100	
	เมืองสมุทร	40	5.0	12.5	77.5	5.0	100	
	รวม	334	12.6	9.0	69.5	9.0	100	
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	91	14.3	23.1	49.5	13.2	100	
	แมริม	43	2.3	9.3	69.8	18.6	100	
	สะเมิง	44	11.4	13.6	70.5	4.5	100	
	สันทราย	51	9.8	11.8	64.7	13.7	100	
	รวม	229	10.5	16.2	60.7	12.7	100	
อีสาน	กมลาไสย	80	10.0	8.8	75.0	6.3	100	
	น้ำพอง	102	10.8	12.7	67.6	8.8	100	
	เมืองขอนแก่น	93	5.4	6.5	75.3	12.9	100	
	เมืองร้อยเอ็ด	160	8.8	10.0	71.9	9.4	100	
	รวม	435	8.7	9.7	72.2	9.4	100	
ใต้	เมืองยะลา	832	4.6	7.6	67.7	20.2	100	
	เมืองสงขลา	193	5.7	6.7	75.6	11.9	100	
	ระโนด	56	7.1	8.9	71.4	12.5	100	
	รามัน	95	6.3	7.4	67.4	18.9	100	
	รวม	1176	5.0	7.5	69.1	18.4	100	

ผลลัพธ์การคลอด

การคลอดที่ปกติ และผิดปกติ ถือว่าเป็นการสะท้อนความพร้อม และประสิทธิภาพของการฝากครรภ์ และการดูแลก่อนคลอด ซึ่งจากฐานข้อมูลที่ได้ วิเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการฝากครรภ์ปกติ และในบางพื้นที่มีสัดส่วนของการคลอดผิดปกติที่เข้าเครื่องมือ และผ่าตัดคลอดจำนวนมาก ได้แก่ พื้นที่เมืองลพบุรี แมริม เมืองร้อยเอ็ด เมืองสงขลา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการที่มีแพทย์เฉพาะทางสูติกรรม และจากข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มนี้ไม่ใช่เป็นการผ่าตัดจากการมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ทั้งหมด ฉะนั้นไม่อาจจะบอกได้ว่า ข้อมูลนี้สะท้อนผลลัพธ์คุณภาพของการบริการฝากครรภ์ เพราะมีปัจจัยส่วนอื่นมากำหนด และผลการคลอดที่ทำให้แม่ตาย ลูกตายนั้นมีอุบัติการณ์ต่ำมาก ในการศึกษาี้ พบแต่ที่เมืองยะลา ที่มีลูกตาย 2 คน และแม่ตาย 1 คน

MATERNAL MORTALITY, PERINATAL MORTALITY RATE)

อำเภอ	ลูกตาย	แม่ตาย	N
เมืองยะลา	2	1	839
	0.2%	0.1%	

ตารางที่ 22 สัดส่วนของการคลอดด้วยวิธีการต่างๆ จำแนกตาม CUP

		% ลักษณะการคลอด			ผิดปกติแต่ไม่ระบุวิธี	
		คลอดปกติ	เครื่องดูด/คีม	ผ่าตัด		
กลาง	นครหลวง	69.70	4.55	25.76		100
	ชัยบาดาล	78.34	2.55	19.11		100
	เมืองลพบุรี	60.00	2.86	37.14		100
	เมืองสมุทรปราการ	89.29	0.00	10.71		100
	รวม	73.52	2.80	23.68		100
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	65.82	12.66	21.52		100
	แม่ริม	65.79	2.63	31.58		100
	สะเมิง	100.00	0.00			100
	สันทราย	83.33	7.14	9.52		100
	รวม	75.39	7.33	17.28		100
อีสาน	กมลาไสย	82.69	3.85	9.62	3.85	100
	น้ำพอง	82.61	2.17	15.22		100
	เมืองขอนแก่น	72.63	4.21	23.16		100
	เมืองร้อยเอ็ด	50.00	11.88	38.13		100
	รวม	65.16	7.37	26.91	0.57	100
ใต้	เมืองยะลา	68.55	0.30	4.47	26.68	100
	เมืองสงขลา	61.78	5.76	32.46		100
	ระโนด	76.79	0.00	23.21		100
	รามัน	90.00	0.00	10.00		100
	รวม	69.84	1.28	11.30	17.58	100

น้ำหนักของทารกแรกคลอด

พบว่าน้ำหนักแรกคลอดที่น้อยกว่า 2000 กรัม มีจำนวนร้อยละ 1-5 และที่น้อยกว่า 2500 กรัมที่มีสัดส่วนเกินร้อยละ 7 (ตามค่าตัวชี้วัดของประเทศไทย) พบว่ายังมีปัญหาอยู่ในพื้นที่ภาคกลางเกือบทุกพื้นที่ และแม่ริม สะเมิง ซึ่งเป็นพื้นที่เขตภูเขา

ข้อมูลนี้ได้จากฐานข้อมูลที่หน่วยบริการเก็บรวบรวมให้ ซึ่งแหล่งข้อมูลสำคัญคือที่รพ. และที่สมุดประจำตัวมารดา (สมุดสีชมพู) ซึ่งสะท้อนปัญหาพื้นฐานสุขภาพ และการบริการบางส่วน แต่จำนวนอุบัติการณ์ที่ไม่มาก จึงไม่ไวพอที่จะสะท้อนความแตกต่างของคุณภาพบริการแม่และเด็กของหน่วยบริการ แต่เป็นข้อมูลที่มีความจำเพาะสูงในการระบุพื้นที่ที่มีปัญหาได้

ตารางที่ 23: สัดส่วนของทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อย (% LBW)

		N	<2000 กรัม	2001-2499 กรัม	2,500 - 2,999 กรัม	3,000 - 3,999 กรัม	4,000 กรัมขึ้นไป	รวม
กลาง	นครหลวง	56		10.71	33.93	48.21	7.14	100
	ชัยบาดาล	156	0.64	10.90	30.13	55.13	3.21	100
	เมืองลพบุรี	69	2.90	4.35	31.88	57.97	2.90	100
	เมืองสมุทรปราการ	28		7.14	32.14	57.14	3.57	100
	รวม	309	0.97	9.06	31.39	54.69	3.88	100

		N	<2000 กรัม	2001-2499 กรัม	2,500 - 2,999 กรัม	3,000 - 3,999 กรัม	4,000 กรัมขึ้นไป	รวม
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	76	1.32	5.26	18.42	75.00		100
	แมริม	39	2.56	10.26	46.15	41.03		100
	สะเมิง	31	3.23	29.03	29.03	38.71		100
	สันทราย	42	2.38	7.14	21.43	69.05		100
	รวม	188	2.13	10.64	26.60	60.64		100
อีสาน	กมลาไสย	49		4.08	34.69	61.22		100
	น้ำพอง	45	4.44	4.44	33.33	55.56	2.22	100
	เมืองขอนแก่น	96	1.04	4.17	35.42	56.25	3.13	100
	เมืองร้อยเอ็ด	159	0.63	1.89	38.99	55.97	2.52	100
	รวม	349	1.15	3.15	36.68	56.73	2.29	100
ใต้	เมืองยะลา	653	1.99	4.59	35.22	56.36	1.84	100
	เมืองสงขลา	188	1.60	3.72	35.64	57.45	1.60	100
	ระโนด	55	5.45	3.64	23.64	65.45	1.82	100
	รามัน	99		3.03	38.38	54.55	4.04	100
	รวม	995	1.91	4.22	34.97	56.88	2.01	100

กระบวนการฝากครรภ์ที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์

(ตัวชี้วัด % Anemia ที่รักษาจนปกติในระยะตั้งครรภ์ (Hct $\geq$ 30%) * เฉพาะ Iron-deficiency anemia)

% High Risk Pregnancy ที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน)

ในการศึกษานี้พิจารณาข้อมูลที่แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดได้รับการดูแลหรือไม่ โดยดูจากฐานข้อมูลหญิง และพิจารณาจากกระบวนการฝากครรภ์ ซึ่งใช้วิธีการทบทวนแบบบันทึกว่ามีความครบถ้วนและวินิจฉัยปัญหาได้ถูกต้องเพียงใด

จากข้อมูลพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด (Hct < 30 %) นั้นมีอุบัติการณ์ต่ำ และการพิจารณาว่าการดูแลหรือไม่ ต้องพิจารณาจากแบบบันทึกที่ค่อนข้างมีความสมบูรณ์ และจากฐานข้อมูลการศึกษานี้พบว่าค่า Hct ที่บันทึกมีความกว้างสูง อันอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนในกระบวนการเจาะเลือดได้ จึงทำให้ข้อมูลนี้ส่วนเดียวไม่ไวพอในการสะท้อนความแตกต่างของคุณภาพบริการ

ตารางที่ 24 ระดับฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามพื้นที่

		N	ระดับฮีมาโตคริต		รวม
			<30	>30	
กลาง	ชัยบาดาล	150	2.0	98.0	100
	นครหลวง	16		100.0	100
	เมืองลพบุรี	12		100.0	100
	เมืองสมุทรปราการ	40		100.0	100
	รวม	218	1.4	98.6	100
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	17		100	100
	สะเมิง	25	4.0	96.0	100
	สันทราย	28	3.6	96.4	100
	รวม	70	2.9	97.1	100
อีสาน	กมลาไสย	60		100.0	100
	น้ำพอง	54		100.0	100
	เมืองขอนแก่น	32		100.0	100
	เมืองร้อยเอ็ด	38		100.0	100
	รวม	184		100.0	100
ใต้	เมืองยะลา	325	6.2	93.8	100
	เมืองสงขลา	8	12.5	87.5	100

	N	ระดับฮีมาโตคริต		รวม
		<30	>30	
ระโนด	17		100.0	100
รามัน	70	2.9	97.1	100
รวม	420	5.5	94.5	100

ข้อมูลความครบถ้วนของการบันทึกในแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความครบถ้วนของข้อมูลหลายส่วนมีปัญหาอยู่มาก และแต่ละพื้นที่ก็มีจุดที่ไม่บันทึกแตกต่างกัน บางพื้นที่ที่มีความสมบูรณ์สูง ได้แก่ เมืองร้อยเอ็ด เมืองยะลา กทม. และนครหลวง อโยธยา ข้อมูลสำคัญที่ไม่ได้บันทึก ได้แก่ ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลการตรวจร่างกาย (ตารางที่ 25)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่จะมีการบันทึก แต่ก็ยังพบว่ามีกรบันทึกไม่ครบถ้วนจำนวนมาก (ตารางที่ 26) และผลการบันทึกการตรวจร่างกายในแต่ละครั้งก็พบว่ามีความไม่ครบถ้วนสูง (ตารางที่ 27, 28) ในหลายพื้นที่ ซึ่งน่าจะเป็นการสะท้อนคุณภาพพื้นฐานการบริการของหน่วยบริการได้ แต่ควรเป็นการตรวจประเมินในระดับภายในหน่วยบริการ หรือในระดับจังหวัด เพื่อเป็นการประเมินจุดอ่อน และประเด็นที่ควรมีการพัฒนาได้ แต่การนำมาใช้เพื่อการพิจารณาคุณภาพในระดับมหภาค อาจไม่เหมาะสม เพราะมีรายละเอียดย่อยจำนวนมาก และอาจวัดความแตกต่างระหว่างพื้นที่ได้ยาก

ตารางที่ 25 ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลแต่ละด้านในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก

		ร้อยละของแบบที่มีการบันทึกครบถ้วนของข้อมูลแต่ละด้านในการฝากครรภ์ครั้งแรก							
		ข้อมูลทั่วไป				ครรภ์			
ภาค		N	มารดา	ครอบครัว	เจ็บป่วย	TT	ตั้งครรภ์	ปัจจุบัน	ตรวจร่างกาย
กลาง	นครหลวง	26	100.0	84.6	88.5	100.0	96.2	92.0	76.9
	เมืองลพบุรี	26	88.5	28.0	28.0	100.0	73.1	88.5	88.5
	ชัยบาดาล	63	90.5	79.4	81.0	98.4	90.6	81.3	92.2
	สมุทรปราการ	8	87.5	12.5	87.5	100.0	87.5	87.5	37.5
	รวม	123	91.9	65.6	72.1	99.2	87.9	85.4	84.7
เหนือ	สันทราย	32	43.8	53.1	54.8	59.4	50.0	43.3	12.5
	สะเมิง	39	81.1	75.7	75.7	51.4	81.1	60.0	41.7
	แม่ริม	45	9.8	90.2	70.7	85.4	41.5	9.8	
	เมืองพิษณุโลก	35	88.6	11.8	50.0	91.4	82.9	88.6	20.0
	รวม	151	54.5	59.7	63.6	72.4	63.4	48.9	18.1
อีสาน	พนมไพร	67	25.4	98.5	92.5	89.6	97.0	78.5	22.7
	เมืองร้อยเอ็ด	22	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	น้ำพอง	99	96.0	82.8	81.8	92.9	90.9	74.7	55.6
	เมืองขอนแก่น	13	69.2	61.5	53.8	76.9	69.2	46.2	46.2
	ภูกระดึง	77	63.8	87.5	82.5	82.5	77.5	40.0	11.3
	กมลาไสย	121	92.6	97.5	95.9	99.2	99.2	98.3	98.3
	รวม	399	76.2	91.1	88.1	92.1	91.6	76.1	56.3
ใต้	รามัน	81	84.0	82.7	77.8	75.3	71.6	74.1	3.7
	เมืองยะลา	120	91.7	86.7	94.2	97.5	98.3	90.8	55.8
	เมืองสงขลา	111	13.2	14.3	16.5	14.3	83.1	15.2	2.0
	ระโนด	117	35.6			78.9	75.7	28.3	20.0
	รวม	429	57.3	46.0	47.6	69.1	83.4	51.9	22.9
กรุงเทพฯ	กทม.	104	99.0	98.1	99.0	100.0	100.0	97.1	84.5
	รวม	104	99.0	98.1	99.0	100.0	100.0	97.1	84.5

ตารางที่ 26 ความครอบคลุมของการการบ้านที่กผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในแบบบันทึกหญิงตั้งครรภ์

ภาค	N	กราฟเลือด		Hct		ดักเสก		HIV	VDRL	
		บันทึก	บันทึก 1 ครั้ง	บันทึก 2 ครั้ง	บันทึก	บันทึก	บันทึก 1 ครั้ง	บันทึก 2 ครั้ง		
กลาง	นครหลวง	26	92.3	50.0	46.2	96.2	96.2	80.8	15.4	
	เมืองลพบุรี	26	96.2	73.1	15.4	92.3	88.5	100.0		
	ชัยบาดาล	63	95.3	92.2	7.8	100.0	100.0	95.3	4.7	
	เมืองสมุทรปราการ	8	71.4	37.5	62.5	12.5	100.0	87.5	12.5	
	รวม	123	93.5	75.8	21.0	91.9	96.8	92.7	6.5	
เหนือ	สันทราย	32	90.6	53.1	40.6	46.9	40.6	15.6	21.9	
	สะเมิง	39	80.0	54.1	32.4	86.5	86.5	56.8	29.7	
	แม่ริม	45	82.9	70.7	22.0	92.7	95.1	73.2	24.4	
	เมืองพิษณุโลก	35	11.4	2.9			8.6	8.6		
	รวม	151	66.4	46.2	23.4	58.6	60.0	40.7	19.3	
อีสาน	พนมไพร	67	100.0	68.7	29.9	95.5	95.5	94.0		
	เมืองร้อยเอ็ด	22	95.7	78.3	17.4	95.7	95.7	91.3	4.3	
	น้ำพอง	99	6.1	40.4	51.5	34.3	86.9	28.3	59.6	
	เมืองขอนแก่น	13	76.9	61.5	38.5	84.6	92.3	46.2	46.2	
	ภูกระดึง	77	3.8	36.3	61.3	95.0	96.3	40.0	56.3	
	กมลาไสย	121	95.4	39.8	58.5	99.1	99.1	43.2	55.9	
	รวม	399	54.2	47.0	49.5	80.5	94.3	50.3	44.3	
ใต้	รามัน	81	3.7	61.7	37.0	100.0	100.0	100.0		
	เมืองยะลา	120	43.7	36.1	60.5	97.5	95.8	94.1	2.5	
	เมืองสงขลา	111	9.9	67.3	30.6	10.9	100.0	67.7	30.3	
	ระโนด	117	88.1	63.0	26.1	87.4	87.4	58.8	27.7	
	รวม	429	40.3	56.1	39.1	74.3	95.2	78.9	15.8	
กรุงเทพฯ	กทม.	104	94.2	17.8	80.2	98.0	98.1	15.5	82.5	

ตารางที่ 27 ความครอบคลุมของการบ้านที่กผลการตรวจร่างกายหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการ

ร้อยละของแบบที่มีการบันทึกข้อมูลผลการตรวจร่างกายด้านต่างๆ ครบทุกครั้ง											
		Urine albumin	Urine sug	BP	เด็ก ดิน	ขนาด มดลูก	ท่าเด็ก ส่วนหน้า การลง	เสียง หัวใจ เด็ก	อายุ ครรภ์	อาการ ผิดปกติ	การ วินิจฉัย/รักษา
กลาง	นครหลวง	92.3	92.3	100.0	88.5	96.2	96.2	100.0	96.2	76.9	88.5
	ชัยบาดาล	84.4	84.4	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	68.8	98.4
	เมืองลพบุรี	80.8	76.9	100.0	69.2	100.0	88.5	88.0	100.0	46.2	76.9
	เมืองสมุทรปราการ	87.5	87.5	100.0	12.5	75.0	12.5	12.5	100.0	12.5	87.5
	รวม	85.5	84.7	100.0	85.5	97.6	91.1	91.9	99.2	62.1	91.1
เหนือ	สันทราย	87.5	87.5	90.6	15.6	84.4	78.1	78.1	93.8	37.5	15.6
	สะเมิง	93.9	93.9	96.9	75.0	90.3	62.5	90.6	93.8	81.3	90.6
	แม่ริม	82.1	82.1	92.7	73.2	80.5	51.2	68.3	85.4	78.0	68.3
	เมืองพิษณุโลก	91.4	88.6	91.4					5.7	2.9	2.9
	รวม	88.5	87.8	92.9	42.1	63.3	47.1	58.6	69.3	50.7	45.0
อีสาน	พนมไพร	97.0	98.5	98.5	77.6	64.2	65.7	61.2	88.1	70.1	73.1
	เมืองร้อยเอ็ด	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	95.7	77.3	36.4
	น้ำพอง	99.0	99.0	96.0	83.8	81.8	84.8	83.8	96.0	54.5	68.4
	เมืองขอนแก่น	69.2	69.2	84.6	46.2	69.2	61.5	53.8	46.2	30.8	46.2
	ภูกระดึง	65.0	66.3	95.0	62.5	82.5	62.5	57.5	93.8	55.0	64.6
	กมลาไสย	92.2	92.3	93.2	100.0	89.8	94.9	98.3	99.2	79.7	88.1
	รวม	88.9	89.5	95.3	83.0	82.0	80.3	79.0	93.5	65.2	71.8
ใต้	รามัน	1.2	6.2	67.9	28.4	27.2	19.8	14.8	18.5	2.5	2.5
	เมืองยะลา	80.0	80.8	100.0	95.8	99.2	99.2	96.7	99.2	80.0	77.5

ร้อยละของแบบที่มีการบันทึกข้อมูลผลการตรวจร่างกายด้านต่างๆ ครบทุกครั้ง											
		Urine albumin	Urine sug	BP	เด็ก ดิ้น	ขนาด มดลูก	ท่าเด็ก ส่วนหน้า การลง	เสียง หัวใจ เด็ก	อายุ ครรภ์	อาการ ผิดปกติ	การ วินิจฉัย/รักษา
กรุงเทพฯ	เมืองสงขลา	88.4	88.4	100.0	12.6	13.7	11.6	11.6	90.5	10.5	3.2
	ระโนด	74.3	73.2	75.0	73.7	79.8	70.8	69.3	88.6	63.4	60.0
	รวม	64.8	65.7	86.8	57.1	59.8	55.3	53.2	78.3	43.9	40.4
	กทม.	96.1	98.1	98.1	97.1	98.1	97.1	98.1	99.0	97.1	95.2
	รวม	96.1	98.1	98.1	97.1	98.1	97.1	98.1	99.0	97.1	95.2

ตารางที่ 28 ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลด้านการวินิจฉัย การรักษา และการดูแลหญิงตั้งครรภ์

		บันทึกการตรวจประเมิน			บันทึกการตรวจ/ให้ความรู้			การจัดการดูแล case		
		ไม่ บันทึก	วินิจฉัย ทุกครั้ง	วินิจฉัย บางครั้ง	เขียน เฉพาะ การ รักษา	ไม่ บันทึก	บันทึก ตรงกับ ปัญหา/ อายุครรภ์	บันทึกไม่ ตรง ปัญหา/ อายุครรภ์	ไม่บันทึก	บันทึก ชัดเจน
กลาง	นครหลวง	11.5	76.9	11.5		38.5	61.5		16.0	84.0
	เมืองลพบุรี	11.5	84.6	3.8		38.5	61.5		42.1	57.9
	ชัยบาดาล		93.7	3.2	3.2	7.9	92.1		1.7	98.3
	เมืองสมุทรปราการ	37.5		12.5	50.0	100.0			87.5	12.5
	รวม	7.3	82.1	5.7	4.9	26.8	73.2		18.2	81.8
เหนือ	สันทราย	21.9	15.6	62.5		78.1	21.9		53.1	46.9
	สะเมิง	8.3	63.9	25.0	2.8	60.0	34.3	5.7	71.0	29.0
	แมริม	7.3	53.7	31.7	7.3	45.2	40.5	14.3	35.0	65.0
	เมืองพิษณุโลก	57.1	2.9	40.0		48.6	42.9	8.6	91.4	8.6
	รวม	22.9	35.4	38.9	2.8	56.9	35.4	7.6	61.6	38.4
อีสาน	พนมไพร	17.9		13.4	68.7	77.6	19.4	3.0	59.7	40.3
	เมืองร้อยเอ็ด	13.0	13.0	4.3	69.6	60.9	34.8	4.3	56.5	43.5
	น้ำพอง	30.3	47.5	9.1	13.1	88.9	6.1	5.1	43.4	56.6
	เมืองขอนแก่น	15.4	46.2	38.5		84.6	15.4		38.5	61.5
	ภูกระดึง	1.3	41.8	12.7	44.3	51.9	8.9	39.2	59.6	40.4
	กมลาไสย	0.8	52.5	20.8	25.8	5.8	94.2		18.4	81.6
	รวม	12.2	37.9	14.7	35.2	53.1	37.2	9.7	46.5	53.5
ใต้	ราชนัน	21.0	2.5	60.5	16.0	6.2	85.2	8.6	4.9	95.1
	เมืองยะลา	1.7	12.5	59.2	26.7	2.5	88.3	9.2	7.6	92.4
	เมืองสงขลา	1.2	9.8	87.8	1.2	1.2	4.8	94.0	62.7	37.3
	ระโนด	12.8	33.3	50.4	3.4	94.9	5.1		69.2	30.8
	รวม	8.8	16.0	62.8	12.5	29.9	46.0	24.1	31.6	68.4
กรุงเทพฯ	กทม.	3.9	70.6	24.5	1.0	77.5	22.5		7.5	92.5
	รวม	3.9	70.6	24.5	1.0	77.5	22.5		7.5	92.5

จากตารางที่ 28 และ 29 ถือว่าเป็นส่วนสำคัญของคุณภาพของการบันทึกข้อมูล และหากครบถ้วนก็สามารถใช้ประเมินได้ว่าการบริการหญิงตั้งครรภ์ในหน่วยบริการนั้นมีความแม่นยำ หรือ คลาดเคลื่อนมากน้อยเพียงใด

จากข้อมูล (ตารางที่ 29) สะท้อนกว่าการวินิจฉัยหญิงตั้งครรภ์ในกรณีที่มีความเสี่ยงนั้น เป็นส่วนที่หน่วยบริการยังมีความคลาดเคลื่อน และประเมินไม่ตรงกับผู้ทบทวน chart สูงถึงร้อยละ 30 ซึ่งควรเป็นส่วนที่ควรมีการพิจารณาเพื่อปรับปรุงพัฒนาต่อไป

ตารางที่ 29 ผลการประเมินการวินิจฉัยภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ียบระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ประเมิน chart

ความเห็นผู้ประเมิน									
		normal case			High risk case			รวม	
		การวินิจฉัยใน chart			การวินิจฉัยใน chart			การวินิจฉัยใน chart	
			ไม่ตรง กับผู้ ประเมิน	ตรงกับผู้ ประเมิน		ไม่ตรง กับผู้ ประเมิน	ตรงกับผู้ ประเมิน	ไม่ตรงกับผู้ ประเมิน chart	ตรงกับผู้ ประเมิน chart
		N			N				
ภาคกลาง	นครหลวง	13		100.0	13		69.2 30.8	84.6	15.4
	ชัยบาดาล	19		100.0	44		97.7 2.3	98.4	1.6
	เมืองลพบุรี	12		100.0	14		92.9 7.1	96.2	3.8
	สมุทรปราการ	4		100.0	4		100.0	50.0	50.0
ภาคเหนือ	สันทราย	23		100.0	9		66.7 33.3	90.6	9.4
	สะเมิง	18		100.0	19		73.7 26.3	86.5	13.5
	แมริม	15		100.0	24		100.0	100.0	
	พิษณุโลก	32		100.0	3		33.3 66.7	94.3	5.7
ภาคอีสาน	พนมไพร	32		100.0	35		14.3 85.7	55.2	44.8
	เมืองร้อยเอ็ด	6		100.0	17		11.8 88.2	34.8	65.2
	น้ำพอง	58		100.0	41		58.5 41.5	82.8	17.2
	เมืองขอนแก่น	7		100.0	6		100.0	100.0	
	ภูกระดึง	52		100.0	26		73.1 26.9	91.0	9.0
	กมลาไสย	86		100.0	31		77.4 22.6	94.0	6.0
ภาคใต้	รามัน	60		100.0	19		73.7 26.3	93.7	6.3
	เมืองยะลา	49		95.9 4.1	71		60.6 39.4	75.0	25.0
	เมืองสงขลา	61		100.0	55		94.5 5.5	97.4	2.6
	ระโนด	72		98.6 1.4	45		60.0 40.0	83.8	16.2
กรุงเทพฯ	กทม.	72		100.0	33		100.0	100.0	

ผลการประเมินความรู้ ความคิดเห็นของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ

ข้อมูลนี้เป็นการเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ หลังจากที่ยกเว้นคลอดเรียบร้อยแล้ว และเป็นการสอบถามในชุมชน ยกเว้นเฉพาะพื้นที่กรุงเทพฯ ที่เป็นการเก็บข้อมูลที่สถานบริการ เนื่องจากเก็บข้อมูลในพื้นที่ได้ยาก

ข้อมูลนี้คาดหวังเพื่อสะท้อนลักษณะพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละพื้นที่ และส่วนที่น่าจะเป็นผลลัพธ์บริการในด้านการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่หญิงขณะมารับบริการ

จากผลวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสะท้อนด้วยค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมในแต่ละด้านของกลุ่มหญิงในแต่ละพื้นที่ (ข้อมูลรายละเอียดในแต่ละด้านให้ศึกษาจากข้อมูลรายงานในแต่ละพื้นที่) พบว่า การปฏิบัติตัว และพัฒนกิจของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เหมาะสม มีเพียงบางพื้นที่ที่มีค่านี้นต่ำกว่าพื้นที่อื่นอย่างชัดเจน คือ พื้นที่สะเมิง และเมืองขอนแก่น

ตารางที่ 30 ค่าเฉลี่ยรวมของระดับการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ ในแต่ละพื้นที่

(ระดับ 4 = ปฏิบัติได้เหมาะสมประจำ 3 = ค่อนข้างบ่อย 1-2 = ไม่เคย/น้อย)

ภาค	CUP	การบริโภค		ดูแลสุขภาพทั่วไป	
		N	Mean	Mean	Mean
กลาง	นครหลวง	28	2.91	3.05	2.98
	ชัยบาดาล	54	3.09	3.33	3.21
	เมืองลพบุรี	36	3.20	3.23	3.22
	เมืองสมุทรปราการ	69	3.15	3.18	3.16
	รวม	187	3.11	3.21	3.16
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	56	3.04	3.00	3.02
	แมริม	45	2.89	3.38	3.14
	สันทราย	41	3.13	3.33	3.23
	สะเมิง	32	2.72	2.51	2.62
	รวม	174	2.96	3.09	3.02
อีสาน	กมลาไสย	126	2.94	3.16	3.05
	น้ำพอง	120	2.51	2.11	2.31
	เมืองขอนแก่น	79	2.38	2.02	2.20
	ภูกระดึง	71	3.04	3.21	3.12
	พนมไพร	98	3.02	3.10	3.06
	เมืองร้อยเอ็ด	47	3.16	3.07	3.12
	รวม	541	2.81	2.75	2.78
ใต้	ระโนด	88	3.19	3.13	3.16
	เมืองสงขลา	108	3.21	3.24	3.23
	เมืองยะลา	120	3.05	3.03	3.04
	รามัน	79	3.11	3.20	3.16
	รวม	395	3.14	3.14	3.14
กรุงเทพ	กรุงเทพ	83	3.08	3.16	3.12
รวมทั้งหมด	รวม	1380	2.98	2.99	2.99

ตารางที่ 31 : ระดับคะแนนของการวัดพัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ในระยะต่างๆ จำแนกตามพื้นที่

(4 = มาก/เหมาะสม 3 = ปานกลาง 1-2 = น้อย)

ภาค	CUP	ยอมรับการ ตั้งครรภ์	สัมพันธ์ภาพ กับทารก	การ ปรับตัว	เตรียมตัว	ยอมรับการ เป็นมารดา	ผลรวม
		Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
กลาง	นครหลวง	3.32	2.88	2.79	2.61	2.98	2.90
	ชัยบาดาล	3.40	3.40	3.05	3.24	3.43	3.27
	เมืองลพบุรี	3.66	3.30	3.18	3.04	3.24	3.29
	เมืองสมุทรปราการ	3.58	3.43	2.95	3.17	3.51	3.28
	รวม	3.48	3.32	2.99	3.10	3.37	3.22
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	3.27	2.75	2.86	2.95	3.27	2.96
	สันทราย	3.50	3.07	2.86	2.98	3.24	3.10
	สะเมิง	3.41	2.29	2.52	2.56	3.03	2.69
	รวม	3.36	2.70	2.77	2.85	3.20	2.92
อีสาน	กมลาไสย	3.39	2.85	2.99	3.01	3.11	3.06
	น้ำพอง	2.60	2.41	2.47	2.14	2.02	2.41
	เมืองขอนแก่น	2.54	2.27	2.14	1.54	1.45	2.13
	ภูกระดึง	3.55	3.29	3.04	3.19	3.39	3.27
	พนมไพร	3.60	3.08	2.86	3.06	3.23	3.15
	เมืองร้อยเอ็ด	3.73	3.09	2.82	3.01	3.18	3.16
	รวม	3.18	2.80	2.73	2.64	2.70	2.84
ใต้	ระโนด	3.59	3.14	2.95	2.98	3.18	3.17

ภาค	CUP	ยอมรับการ ตั้งครุฑ Mean	สัมพันธ์ภาพ กับทหาร Mean	การ ปรับตัว Mean	เตรียมตัว Mean	ยอมรับการ เป็นมรดก Mean	ผลรวม Mean
	เมืองสงขลา	3.61	3.43	3.14	3.19	3.44	3.34
	เมืองยะลา	3.55	3.18	3.05	3.04	3.22	3.21
	รามัน	3.69	3.30	3.18	3.22	3.44	3.35
	รวม	3.60	3.26	3.08	3.10	3.31	3.26
กรุงเทพ	กรุงเทพ	3.58	3.03	2.91	3.15		3.17
รวม	รวม	3.39	3.02	2.88	2.89	3.04	3.05

ความพึงพอใจของหญิงตั้งครุฑต่อหน่วยบริการที่ฝากครุฑ

การประเมินความพึงพอใจในการศึกษานี้ เป็นการสัมภาษณ์หญิงในชุมชน ยกเว้นเขตกรุงเทพฯ และเป็นการสัมภาษณ์โดยนักศึกษา และเจ้าหน้าที่ที่มีไข้เป็นผู้ให้บริการโดยตรง

จากข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่หญิงมีความพึงพอใจหน่วยบริการอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่ายมีความพอใจมาก ด้านเวลารอคอยมีความพอใจน้อยที่สุด เพราะยังต้องรอคอย และใช้เวลาในการเดินทางไปรับบริการ

ความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ในด้านสถานที่ และเครื่องมือ ไม่ชัดเจนมากนัก แต่ส่วนที่มีความแตกต่างเป็นหมวดด้านบุคลากร พื้นที่ที่ต่างมากจากพื้นที่อื่นคือ พื้นที่สะเมิง และเมืองขอนแก่น

ข้อมูลด้านความเห็นต่อความรู้ และข้อมูลที่ได้รับ ส่วนใหญ่พบว่าหญิงได้รับข้อมูล และเห็นว่ามีประโยชน์ ข้อมูลส่วนที่ไม่ค่อยมีการให้ คือ ข้อมูลด้านเพศสัมพันธ์ รูปแบบให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลรายบุคคลมากที่สุด ผลคะแนนรวมของความเห็นต่อการให้ความรู้เมื่อเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ แต่หากพิจารณาจากตัวเลขไม่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด แต่สามารถใช้ค่าเฉลี่ยเป็นตัววัดเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ได้

ตารางที่ 32: ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครุฑในด้านต่างๆ

(1-2 = ต้องปรับปรุง/น้อย 2.1-3= พอใช้ 3.1-4 = ดี /ดีมาก)

ภาค	CUP	ด้านสถานที่ Mean	เวลารอคอย Mean	บุคลากร Mean	เครื่องมือ Mean	ค่าใช้จ่าย Mean
กลาง	นครหลวง	3.12	2.75	3.03	3.14	3.11
	ชัยบาดาล	3.37	2.89	3.14	3.39	3.76
	เมืองลพบุรี	3.45	2.89	3.12	3.42	3.42
	เมืองสมุทรปราการ	3.35	2.81	2.96	3.03	3.19
	รวม	3.34	2.84	3.05	3.22	3.39
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	3.26	2.34	2.98	3.23	3.36
	แม่ริม	3.13	2.62	2.83	3.11	3.00
	สันทราย	3.25	2.66	2.98	3.29	3.17
	สะเมิง	2.77	2.94	2.76	2.88	2.78
	รวม	3.13	2.60	2.90	3.15	3.11
อีสาน	กมลาไสย	3.19	2.72	2.88	2.74	3.38
	น้ำพอง	2.01	2.88	1.78	2.18	3.22
	เมืองขอนแก่น	1.57	2.82	1.54	1.76	3.36
	ภูกระดัง	3.37	2.59	3.01	2.96	3.55
	พนมไพร	3.27	2.93	2.95	3.00	3.41
	เมืองร้อยเอ็ด	3.29	2.85	3.10	3.60	2.98

ภาค	CUP	ด้านสถานที่ Mean	เวลารอคอย Mean	บุคลากร Mean	เครื่องมือ Mean	ค่าใช้จ่าย Mean
	รวม	2.74	2.80	2.49	2.62	3.33
ใต้	ระโนด	3.25	2.66	2.87	2.78	3.27
	เมืองสงขลา	3.16	2.38	2.94	3.22	2.95
	เมืองยะลา	3.43	2.78	2.99	3.03	3.36
	รามัน	3.35	2.84	3.05	3.12	3.53
	รวม	3.30	2.66	2.96	3.05	3.26
กรุงเทพ	กรุงเทพ	3.34	2.83	2.98	3.00	3.73
รวม ทั้งหมด	รวม	3.07	2.74	2.78	2.91	3.32

ตารางที่ 33 ค่าเฉลี่ยความเห็นต่อความรู้/ข้อมูลที่ได้รับ (ค่าเฉลี่ยของความเห็นต่อความรู้ใน 11 เรื่อง)
(1= ไม่ได้ 2 = ได้ แต่ค่อยมีประโยชน์ 3 = ได้ รู้สึกมีประโยชน์)

ภาค	CUP	N	ความเห็นต่อความรู้ที่ได้รับ			
			ค่าเฉลี่ย	SD.	ต่ำสุด	สูงสุด
กลาง	นครหลวง	28	2.66	0.37	1.55	3
	ชัยบาดาล	53	2.92	0.15	2.27	3
	เมืองลพบุรี	35	2.89	0.17	2.45	3
	สมุทรปราการ	51	2.80	0.31	1.64	3
	รวม	167	2.83	0.27	1.55	3
เหนือ	เมืองพิษณุโลก	50	2.77	0.35	1.00	3
	แมริม	44	2.77	0.39	1.55	3
	สันทราย	37	2.80	0.31	1.73	3
	สะเมิง	31	2.63	0.33	1.73	3
	รวม	162	2.75	0.35	1.00	3
อีสาน	กมลาไสย	126	2.92	0.15	2.09	3
	น้ำพอง	115	2.81	0.25	1.91	3
	เมืองขอนแก่น	78	2.86	0.17	2.27	3
	ภูกระดึง	64	2.74	0.27	1.91	3
	พนมไพร	98	2.74	0.31	1.73	3
	เมืองร้อยเอ็ด	47	2.87	0.22	2.27	3
	รวม	528	2.83	0.24	1.73	3
ใต้	ระโนด	84	2.61	0.49	1.36	3
	เมืองสงขลา	104	2.89	0.17	2.00	3
	เมืองยะลา	114	2.76	0.34	1.36	3
	รามัน	68	2.73	0.25	2.00	3
	รวม	370	2.75	0.34	1.36	3
กรุงเทพฯ	กรุงเทพ	83	2.92	0.21	1.55	3
รวม ทั้งหมด	รวม	1310	2.80	0.29	1.00	3

ผลประโยชน์ด้านระบบงาน

ขอบเขตการประเมินซึ่งจะมีการประเมินทั้งส่วนที่เป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์เบื้องต้น ภายใต้ระบบใหญ่จะมององค์ประกอบของระบบย่อย ทั้งนี้เพื่อศึกษาและค้นหาองค์ประกอบของระบบที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์บริการ และสุขภาพของประชาชนมากที่สุด

ระบบที่ศึกษา และประเมิน มี 2 ระบบ คือ ระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน และระบบดูแลแม่และเด็ก

1. **ระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง** ศึกษาจากกรณีผู้เป็นเบาหวาน เป็นตัวแทนของระบบนี้ ที่เป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
 อย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และบูรณาการกับระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในประเด็นที่เกี่ยวข้องด้วย

2.ระบบดูแลแม่และเด็ก โดยเน้นศึกษาส่วนย่อยที่ครบวงจร เฉพาะระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป็นตัวแทนของระบบดูแลประชาชนที่ไม่ป่วยในด้านการส่งเสริมสุขภาพ

การประเมิน จะพิจารณาถึงความสมบูรณ์ และคุณภาพของระบบในแต่ละระบบย่อย และประเมินความเชื่อมโยงของแต่ละระบบย่อยที่เอื้อต่อคุณภาพของผลลัพธ์บริการ และผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และในที่สุดท้ายจะเป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการ กับผลลัพธ์สุขภาพ

1. ผลการประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน

ระบบนี้มีองค์ประกอบของระบบย่อย คือ 1) ระบบสนับสนุนในระดับภาพรวมทั้งอำเภอ 2) ระบบจัดการข้อมูล 3) ระบบการคัดกรอง 4) ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ณ จุดบริการที่โรงพยาบาล ระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน ณ จุดบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 5) ระบบการให้ความรู้ ความเข้าใจ และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน

1) ระบบสนับสนุนในระดับภาพรวมทั้งอำเภอ

จากข้อมูลระบบสนับสนุนของพื้นที่ศึกษาทั้งหมด พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันไม่อาจจะดำเนินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างครบวงจร หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล และหน่วยบริการระดับอำเภอ ในด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ และการส่งต่อบริการ เนื่องจากศักยภาพในการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมียังมีความจำกัด และมีความแตกต่างหลากหลายระหว่างพื้นที่ กล่าวคือ บทบาทของสถานีอนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน มีบทบาทแตกต่างกัน และระบบสนับสนุน แบ่งเป็นระดับ ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ระดับของระบบสนับสนุนในระดับภาพรวมทั้งอำเภอ

ลำดับ	ตัววัด คุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1.1	ระบบ สนับสนุน ของ CUP	ไม่ สนับสนุน	สนับสนุน ตามที่ต้องการ	สนับสนุนยา เวชภัณฑ์	สนับสนุน ยา วิชาการ CPG	สนับสนุน คน ให้บริการร่วม	มีการทบทวนติดตาม พัฒนาต่อเนื่อง
1.2	ขอบเขต ของบทบาท สอ./ PCU	เฉพาะการ คัดกรอง	คัดกรอง ติด ตามฟป. และ เยี่ยมบ้าน	คัดกรอง ช่วย ประสาน จัดบริการ	คัดกรอง และ จ่ายยาตามที่ รพ.กำหนด	คัดกรอง จ่ายยา ดูแลรักษาฟป. อาการค่อนข้าง คงที่ ตามแนว ปฏิบัติ	คัดกรอง จ่ายยา ดูแล รักษาฟป.ทั้งหมดใน พื้นที่รวมทั้งกลุ่มที่มี ภาวะแทรกซ้อน ตาม แนวปฏิบัติ

ในพื้นที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีระบบสนับสนุนในระดับ 2 และ 3 มีบางส่วนที่เป็นระดับ 4 และมีเพียงไม่กี่แห่งที่เป็นระดับ 4 ซึ่งยังเป็นการทบทวน พัฒนาเป็นครั้งคราวยังไม่เป็นระบบต่อเนื่อง ได้แก่ พื้นที่อำเภอนครหลวง อยุธยา เพราะส่วนใหญ่ยังเป็นระบบเริ่มต้น

บทบาทของสถานีนอนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ในแต่ละ CUP สถานีนอนามัยบางแห่งมีบทบาทเพียงระดับ 1 สถานีนอนามัยบางแห่งได้รับการพัฒนาให้มีบทบาทในระดับ 2, 3 และ 4 ที่สอ.มีบทบาทเป็นระดับ 5 มีเพียงที่สอ.ท่าช้าง อำเภอ นครหลวง อยุธยา และ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร อำเภอ สันทราย เชียงใหม่

2) ระบบจัดการข้อมูล

ระบบข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ และระดับอำเภอ ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการ แบบบันทึกประวัติการรักษา การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และทะเบียนข้อมูลกลุ่มประชากรเสี่ยง ซึ่งสามารถจัดแบ่งเป็นระดับได้ดังตารางที่ 2 ดังนี้

ลำดับ	ตัววัดคุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
2.1	ระบบทะเบียนผู้ป่วยที่รับบริการที่หน่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ไม่มี	มีข้อมูลในทะเบียนรายงานแต่ไม่ได้รวบรวมเป็นฐานข้อมูล	มีข้อมูลรวบรวมเป็นทะเบียนทำด้วยมือ แต่ไม่มีการปรับให้ทันสมัย	มีข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการรวบรวมเป็นฐาน ทั้งในระบบกระดาษ และคอมพิวเตอร์ และปรับข้อมูลทะเบียนให้ทันสมัย	มีฐานข้อมูลผู้รับบริการที่หน่วยที่ปรับทันสมัยตลอด และมีการเชื่อมต่อข้อมูลเมื่อมีการส่งต่อทั้งไป และส่งกลับ	
2.2	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ไม่มี	มีการสำรวจเป็นครั้งๆ แต่ไม่ได้รวบรวมเป็นฐาน	มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลเป็นครั้งๆ	มีรวบรวมเป็นฐานข้อมูลและติดตามต่อเนื่อง		
2.3	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย		มีเป็นระบบ OPD card ปกติ	มีการจัดรูปแบบให้ดูแลต่อเนื่องได้เฉพาะส่วนคลินิก	มีระบบที่เชื่อมกับการคัดกรองภาวะเสี่ยง	มีระบบที่เป็นฐาน ติดตามต่อเนื่อง (ความเชื่อมโยง) ในคอมพิวเตอร์ได้	มีการใช้ข้อมูลประกอบในการบริการและติดตามผู้ป่วย

จากข้อมูลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในระดับอำเภอ มีแต่ทะเบียนผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบเฉพาะหน่วยปฐมภูมิ ที่เป็น PCU รพ. 3 แห่ง จาก 14 แห่ง และสถานีนอนามัย 6

แห่งจาก 30 แห่ง ส่วนใหญ่จะมีรายการผู้เป็นเบาหวานที่มาใช้บริการ เป็นระดับ 1 แต่บางแห่งมีการรวบรวมเป็นทะเบียนชัด (ระดับ 2) จำนวน 4 แห่ง (จาก 30 แห่ง) บางแห่งมีอยู่ในคอมพิวเตอร์ ในลักษณะที่เป็นฐานข้อมูล (ระดับ 3) คือ รพ.พุทธชินราช รพ.ชัยบาดาล สมุทรปราการ แต่บางแห่งเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ในลักษณะเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ไม่ได้เก็บข้อมูลสำคัญอื่นเพิ่มเติม

ส่วนข้อมูลภาวะเสี่ยงนั้น ทั้งหมดยังเป็นการสำรวจปัจจัยเสี่ยงทางด้านการแพทย์ และภาวะร่างกาย ได้แก่ ประวัติพันธุกรรม การมีค่า BMI สูง และประวัติอาการเบาหวาน ยังไม่มีการสำรวจเรื่องพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยง เช่น การกินหวาน หรือ กินมัน หรือ การดื่มน้ำอัดลม ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่รวบรวมได้ส่วนใหญ่จะนำมาใช้เพื่อคัดกรองเพื่อการตรวจเลือดดูระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อวินิจฉัยการเป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่มิได้จัดเก็บข้อมูลส่วนนี้เพื่อเป็นฐานในการรณรงค์ป้องกันในระยะต่อเนื่อง ที่เริ่มมีการจัดเก็บข้อมูลความเสี่ยงเป็นฐานได้แก่ สอ.สละวง ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร สอ.บ้านป้อก เชียงใหม่ และรพ.พุทธชินราช พิษณุโลก

ส่วนแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยประกอบการให้บริการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในรูป OPD card ไม่มีแบบเพิ่มเติม ได้แก่ พื้นที่กรุงเทพฯ และมีข้อมูลบันทึกเพิ่มเติมใน OPD card ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรพ.ขนาดใหญ่ 6 แห่ง (จากทั้งหมด 8 แห่ง) มีบางแห่งที่จัดทำแบบบันทึกเพิ่ม จำนวน 7 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรพ.ชุมชน และพชียูโรงพยาบาล เพื่อให้การบริการได้ครบถ้วน และมีคุณภาพมากขึ้น มีที่เป็นรพ.ใหญ่ 2 แห่ง (รพ.ลพบุรี รพ.พุทธฯ) ส่วนสถานีนอนามัย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 19 แห่ง (จาก 44 แห่ง) มีการบันทึกข้อมูลใน family folder ร่วมด้วย และบางแห่งบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ที่ศสช.หนองหาร รพ.สันทราย รพ.สะเมิง รพ.พุทธชินราช รพ.ระโนด สอ.เทพารักษ์ พุทธรักษา ดงตาล ท้ายตลาด

3) ระบบการคัดกรอง

ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่อายุ 40 ปี ขึ้นไป เพื่อค้นหากลุ่มที่เป็นเบาหวาน เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการดำเนินงานถ่วงน้ำหนัก เพียงแต่ความครอบคลุม และคุณภาพของกระบวนการ มีความแตกต่างกัน ในส่วนคุณภาพของระบบและกระบวนการ สามารถจัดแบ่งเป็นระดับ ได้ดังตาราง 3 ดังนี้

ลำดับตัววัดคุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
3.1 วิธีคัดกรอง	ไม่มีระบบคัดกรองที่ชัดเจน	มีการคัดกรองแบบตั้งรับในสถานพยาบาล	มีการคัดกรองในชุมชนตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด	มีการคัดกรองในชุมชน โดยประยุกต์จากเกณฑ์ส่วนกลาง และเกณฑ์เฉพาะของพื้นที่	มีการใช้ระบบคัดกรองร่วมกับการให้ความรู้พื้นฐานแก่ประชากรทั่วไป	

ลำดับตัววัด คุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
3.2 ระบบดูแล หลังการคัด กรอง		ส่งเฉพาะผู้ที่ เข้าเกณฑ์เป็น ผู้ป่วยไปรพ.เพื่อ เข้าระบบการ ดูแลตามแนว ปฏิบัติ ไม่มี แนวทางปฏิบัติ สำหรับกลุ่มอื่น	มีการให้ความรู้ ความเข้าใจ ก่อนการคัด กรอง แต่ไม่มี ระบบติดตาม กลุ่มต่างๆ หลัง การคัดกรอง	มีการให้ความรู้ ความเข้าใจก่อน การคัดกรอง และมีระบบ ติดตาม ทำ ความเข้าใจใน การปฏิบัติตัว เฉพาะกลุ่มป่วย โดยหน่วย บริการปฐมภูมิ	มีการให้ความรู้ ความเข้าใจก่อน การคัดกรอง ส่ง ผู้ป่วย และเพิ่มการ ให้ความรู้ แนวทาง ปฏิบัติทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มที่เฝ้าระวัง และกลุ่มที่มี พฤติกรรมเสี่ยง หรือปัจจัยเสี่ยง	มีการให้ความรู้ ความ เข้าใจก่อนการคัด กรอง ส่งผู้ป่วย และ เพิ่มการให้ความรู้ แนวทางปฏิบัติทั้ง กลุ่มป่วย กลุ่มที่เฝ้า ระวัง กลุ่มที่มี พฤติกรรมเสี่ยง / ปัจจัยเสี่ยง และให้ ความรู้แก่ประชาชน ทั่วไป

จากข้อมูลการศึกษาพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีวิธีคัดกรองในระดับ 1 และ 2 มีเพียงบางแห่งที่พัฒนาเป็นระดับ 3 และ 4 วิธีการในการคัดกรองมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น บางพื้นที่ตั้งเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้แก่ในพื้นที่จังหวัดยะลา แต่ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์อายุ 40 ปีขึ้นไป วิธีการตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะเบาหวานส่วนใหญ่ใช้การตรวจเลือดที่ปลายนิ้ว ร่วมกับการตรวจเลือดจากเส้นเลือดที่แขน มีเพียง 1-2 แห่งที่ยังใช้การตรวจปัสสาวะ

ส่วนระบบดูแลหลังคัดกรองส่วนใหญ่เป็นระดับ 1, 2 และ 3 ส่วนใหญ่แนวทางการคัดกรองเพื่อหาผู้ป่วย มิใช่เพื่อการหากลุ่มเสี่ยง และเตรียมการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น การดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่ผิดปกติ มักเป็นการแนะนำให้ตรวจซ้ำทุกปี หรือ ทุก 2 ปี แต่การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

กระบวนการพัฒนา มักเริ่มต้นจากโรงพยาบาลที่มีความสนใจในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิมักมีข้อจำกัดในด้านองค์ความรู้ในการค้นหากลุ่มเสี่ยง และความรู้เพื่อการป้องกัน

4) ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ณ จุดบริการ

4.1 จุดบริการที่โรงพยาบาล

4.2 จุดบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

คุณภาพของการให้บริการ ณ จุดบริการ ขึ้นกับ ปัจจัยสำคัญ คือ คุณภาพของผู้ให้บริการโดยตรง และ ทีมงาน ขอบเขตของบริการที่ออกแบบเตรียมให้ผู้รับบริการ เวลาที่ให้บริการ ระบบข้อมูล และการติดตาม ประสานเชื่อมโยงบริการ ซึ่งจัดแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังตาราง 4 ดังนี้

ลำดับ	ตัววัดคุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
4.1	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการรับมาบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร-กลับบ้าน)		มากกว่า 4 ชั่วโมง	3-4 ชั่วโมง	>2-3 ชั่วโมง	1 - 2 ชั่วโมง	น้อยกว่า 1 ชั่วโมง
4.2	เวลาที่แพทย์/จนท. ให้บริการเฉลี่ยต่อคน		1 นาที	3 นาที	5 นาที	10 นาที	15 นาที
4.3	การแบ่งบทบาทบริการ ของทีมงาน	ไม่ชัดเจน	เจ้าหน้าที่สธ. ให้บริการโดยไม่มีกรติดตามจากผู้เชี่ยวชาญ	เจ้าหน้าที่ให้บริการภายใต้การติดตามสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ	บทบาทแพทย์ให้การรักษาศูนย์ร่วมคัดกรอง หรือ พยาบาล/จนท. ดูแล และ ติดตามเยี่ยมบ้าน	ทีมสหวิชาชีพ ร่วมให้บริการ แต่ต่างคนต่างให้ตามบทบาท ความรับผิดชอบ	ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วม ประเมินและ ประยุกต์วิธี บริการให้ ผสมผสาน สอดคล้องกับ ผู้รับบริการ
4.4	บทบาทและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ	ไม่สนใจ ผู้รับบริการ	ให้ยาเป็นหลัก	ให้ยาและให้ความรู้	รับฟังปัญหา ประเมิน และ ให้บริการเน้นที่ ด้านการแพทย์ หรือ มีการดูแล ผสมผสาน เยี่ยมบ้าน	ทำงานเป็นทีม ร่วมกับวิชาชีพอื่นตาม โปรแกรมที่ จนท.กำหนด	ทำเป็นทีม เน้น การดูแลตนเอง ของผู้ป่วย เน้น การมีส่วนร่วม
4.5	ระบบเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย DM	ไม่มีระบบชัดเจน ขึ้นกับผู้ให้การรักษา / แพทย์	มีแนวทางปฏิบัติ แต่ไม่มีการทบทวนว่าดำเนินการตามแนวปฏิบัติหรือไม่	มีแนวทางปฏิบัติ และมีการทบทวน การปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	มีแนวทางปฏิบัติ และ ทบทวนการ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ให้บริการทำได้ ไม่ครบ และคัดกรองไม่ครบทุกรายการตาม มาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติ ทบทวนสม่ำเสมอ ครบทุกรายการ และ ปฏิบัติเป็นส่วน ใหญ่ (มากกว่า 80 %)	มีแนวทางปฏิบัติ และ ทบทวนการ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ คัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน ครบตาม มาตรฐาน (100%)

ลำดับ	ตัววัดคุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
4.6	การติดตาม ดูแลที่บ้าน	ไม่มี	มีการตรวจสอบ ขณะตรวจแต่ ไม่มี action ต่อ	มีการเตรียมการ ก่อนตรวจและ ตรวจสอบ หลังตรวจ	ส่งติดตามกรณี ขาดนัดตาม ระบบโดยหน่วย อื่น แต่ไม่ได้ ตามผล	มีการติดตามผล และบางครั้ง เยี่ยมบ้าน ติดตาม	มีการทบทวน ตามผล วางแผนดูแลต่อ

จากผลการศึกษา พบว่า การจัดบริการที่โรงพยาบาลมีความครบถ้วนของกระบวนการมากกว่าบริการที่สถานีนอนามัย แต่ทั้งนี้ขึ้นกับการวางแผนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และสถานีนอนามัย หากโรงพยาบาลไม่ได้เริ่มต้น ในการสนับสนุนวิชาการ หรือ จัดกิจกรรมด้านต่างๆ สถานีนอนามัยจะมีบทบาทน้อย แต่หากโรงพยาบาลมีความตื่นตัวต่อการดำเนินงานต่อเนื่อง และการป้องกัน ก็จะทำให้ร่วมมือกับสอ. ในการให้บริการติดตามต่อเนื่อง มีบทบาทในการให้ความรู้ และมีบทบาทในด้านการรักษามากขึ้น

การจัดบริการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่สถานีนอนามัย หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดโดยรพ. มักจะมีความถี่ของบริการไม่สูง ประมาณสัปดาห์ละครั้ง หรือ เดือนละครั้ง เพราะจำนวนผู้ป่วยไม่มาก เวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการมารอคอยเพื่อรับบริการมักจะสั้น ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ผู้ให้บริการมักเป็นพยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บางครั้ง บางแห่งจะมีแพทย์ร่วมให้บริการด้วยเดือนละ 1 ครั้ง การให้ความรู้มักเป็นแบบรายบุคคล และบางแห่งจัดเป็นกิจกรรมให้ออกกำลังกาย อธิบายเรื่องอาหาร มีบางแห่งพยายามจัดในรูปของ self-help group การติดตามเยี่ยมบ้านมักจะมีบุคลากรกับงานด้านอื่นๆ

การจัดบริการที่โรงพยาบาล หากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่เป็นรพ.ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปก็จะมี ความซับซ้อนของการให้บริการมากขึ้น และมักให้บริการโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรศาสตร์ โดยมีทีมพยาบาลร่วมให้บริการในการซักถามประวัติให้ความรู้พื้นฐาน มีบางแห่งมีทีมนักกายภาพ และโภชนาการเข้ามา ร่วมให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มเล็ก แพทย์จะเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการตัดสินใจจัดบริการ ความถี่ของการจัดคลินิกบริการอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ได้แก่รพ.ในพื้นที่สงขลา เชียงใหม่ และบางแห่งให้บริการทุกวันเนื่องจาก ผู้ใช้บริการจำนวนมาก ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดของผู้รับบริการที่รพ.ใหญ่อย่างน้อย 2 ชั่วโมง จนถึง 5 ชั่วโมง

หากเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการเป็นแพทย์ทั่วไป ร่วมกับพยาบาล มีการให้บริการประมาณสัปดาห์ละครั้ง บางแห่งมากกว่า เพราะผู้ใช้บริการมาก บุคลากรที่ดูแลมีน้อยกว่ารพ.ใหญ่ เช่น ทีมนักกายภาพ และทีมโภชนาการบางแห่งไม่มี หากมีก็จะมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ และคำปรึกษากับผู้ป่วยด้วย การจัดระบบติดตามต่อเนื่องส่วนใหญ่ชัดเจนกว่ารพ.ใหญ่

เวลาที่ผู้ป่วยได้รับบริการจากผู้ให้บริการนั้น จะสูงสุดที่สถานีนอนามัย รองลงมาคือที่รพ.ชุมชน และที่รพ.ใหญ่จะต่ำที่สุด ยกเว้นว่ารพ.ใหญ่จะมีหน่วยบริการใหม่ขึ้นมาดูแลด้านนี้โดยตรง ตัวอย่างเช่น คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวของรพ.พุทธชินราช รพ.สงขลา

ระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่หน่วยบริการอยู่ในระดับ 1 และ 2 การตรวจ neuropathy มีการทำน้อยมาก เนื่องจากไม่มีเวลา และเจ้าหน้าที่ยังไม่มั่นใจทำ ส่วนการตรวจตามักติดขัดเรื่องการส่งให้กลุ่มแพทย์ตรวจทำได้จำกัด ส่วนการตรวจเช็คทางห้องปฏิบัติการนั้นมักมีการเขียนกำหนดไว้ในแผน หรือในแนว

ปฏิบัติ แต่ส่วนใหญ่มักทำได้น้อย และไม่มีผู้ดูแลทบทวนติดตามที่ชัด ยกเว้นเพียงบางแห่งที่มีระบบนี้ชัดเจน เช่น ที่รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก รพ.สมเด็จพระสังฆราช อยุธยา รพ.ชัยบาดาล ลพบุรี รพ.สมุทรปราการ

ด้านคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินได้ชัดเจนเพียงบางแห่ง ส่วนใหญ่จะประเมินไม่ได้ชัด เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ให้บริการประเมินตนเองมากกว่า แต่จากการสัมภาษณ์เจาะลึก และสังเกตการณ์การให้บริการร่วมด้วยในบางพื้นที่ อาจแบ่งลักษณะของความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการได้ตามตารางข้างต้น ซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้แตกต่าง คือ ทศนคติของผู้ให้บริการต่อการให้ความสำคัญในการสนับสนุนการพึ่งตนเองของผู้ป่วย ปัจจัยด้านความเข้าใจต่อการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และมีปัจจัยแวดล้อมมากกว่าปัจจัยทางการแพทย์ รวมทั้งทศนคติความเข้าใจและการให้ความสำคัญต่อบทบาทของทีมสุขภาพในการร่วมมีบทบาทให้บริการสุขภาพ ได้รอบด้านและสมบูรณ์มากขึ้น

5) ระบบการให้ความรู้ ความเข้าใจ และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน

ระบบด้านนี้ ส่วนใหญ่หน่วยบริการจะเน้นให้ความรู้ตามที่หน่วยบริการวางแผนไว้ เป็นระดับ 2, 3 แต่ก็ มีหลายแห่งที่พยายามจัดเป็นบริการในระดับ 3 ส่วนบริการในระดับ 4, 5 นั้น ดังแสดงในตาราง 5 มักเป็นบริการที่ขึ้นกับหมอผู้ให้บริการโดยตรงว่ามีความสนใจ และมีข้อมูลรายละเอียดของความรู้ในการพึ่งตนเองมากน้อยเพียงใด

มีหน่วยบริการปฐมภูมิ บางแห่งที่มีความตื่นตัวด้านนี้ มีการศึกษาถึงปัจจัย รูปธรรมที่กลุ่มเป้าหมายดูแลตนเองได้ดี เพื่อนำมาเผยแพร่ แลกเปลี่ยนกับกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง ได้แก่ พื้นที่จังหวัดสงขลา อำเภอเมืองพิษณุโลก อำเภอพนมไพร ร้อยเอ็ด อำเภอกมลาไสย กาฬสินธุ์ อำเภอนครหลวง อยุธยา บางแห่งมีการจัดกิจกรรมค่ายผู้เป็นเบาหวานเพื่อเรียนรู้การดูแลตนเอง จัดตั้งชมรมผู้เป็นเบาหวาน เพื่อเป็นกลุ่มดูแลส่งเสริมสุขภาพของกันและกัน เป็นการเสริมการช่วยเหลือกันเอง

ลำดับ	ตัววัดคุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
5	วิธีการให้ความรู้ / สุขศึกษา แก่ ผู้รับบริการ	ไม่มีการให้ความรู้ / สุขศึกษา	จัดเป็นกลุ่มให้ความรู้ / สุขศึกษาที่สถานพยาบาล	จัดเป็นกลุ่มย่อยให้ความรู้ / สุขศึกษาตามแผนที่สถานพยาบาลกำหนด	จัดเป็นกลุ่มเรียนรู้ระหว่างผู้รับบริการด้วยกัน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ (Self-help group)	เป็นระบบประเมิน และให้คำปรึกษา วิทยบุคคลที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้รับบริการ	เป็นระบบประเมิน ให้คำปรึกษา วิทยบุคคล และให้ญาติ / ครอบครัวมีส่วนร่วม

การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง มีตั้งแต่การใช้แผ่นพับความรู้ทั่วไปแจก การประชาสัมพันธ์ในกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับการคัดกรองผู้ป่วย การให้ความรู้ผ่านแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข และผ่านผู้เป็นเบาหวาน ให้ช่วยประชาสัมพันธ์ให้แก่ครอบครัว และผู้ใกล้ชิดเคียง แต่ยังไม่มีการจัดระบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน

ตาราง 5 แสดงผลการประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวานในด้านบริการ ณ จุดบริการ และการให้ความรู้

ภาค / จังหวัด.	อำเภอ		บทบาท หน่วย	ผู้ให้บริการ หลัก	ทีมงานและ บทบาท	ปฏิสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ให้ ความรู้	
ภาคใต้								
สงขลา	เมือง	รพ.สงขลา	5	แพทย์เฉพาะ ทาง	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	2	
		PCU เมืองรพ.สงขลา	4	แพทย์	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	2	
		PCU พะวง (ควนหิน)	4	พยาบาล/ จนท.สอ.	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 2	2	2	
		PCU หัวเขา (อิสลาม)	4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	2	2	
	ระโนด	รพ.ระโนด	5	แพทย์ทั่วไป / พยาบาล	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	4	
		คลินิกเวชปฏิบัติ ครอบครัว	4	พยาบาล	พยาบาล ระดับ 3	3	2	
		สอ.สามอ่าง ต.ตะเครียะ	4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 2	1	2	
		PCU ป่อตรุ	4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	3	3	
	ยะลา	เมือง	รพ.ยะลา	5	แพทย์เฉพาะ ทาง	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	3
			PCU ตลาดเก่า	4	พยาบาล	พยาบาล ระดับ 3	3	1
สอ.บุโอง บ้านโกลง			3-4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 2	3	1	
สอ.บุดี			3	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 2	3	1	
รามัน		รพ.รามัน	5	แพทย์	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	3	
		สอ.เกะรอ	3	แพทย์ร่วมกับ จนท.สอ.	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	2	
		สอ.โกตาบารู	3	แพทย์ร่วมกับ จนท.สอ.	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	2	
		ภาคเหนือ						
เชียงใหม่	แมริม	รพ.นครพิงค์	5	แพทย์เฉพาะ ทาง	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	3	

ภาค / จังหวัด.	อำเภอ		บพท หน่วย	ผู้ให้บริการ หลัก	ทีมงานและ บพท	ปฏิสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ให้ ความรู้
		ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนแก้ว	3	แพทย์ร่วมกับ พยาบาล	พยาบาล ระดับ 3	3	2
		สอ.สะลวง	1	มีบพทต่อ การรักษา เบาหวาน น้อย	จนท.สอ. ระดับ 2	3	2
	สัน ทราย	รพ.สันทราย	5	แพทย์	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	3
		PCU หนองหาร	4	พยาบาล	พยาบาล ระดับ 3	3-4	4
		สอ.หนองมะจับ	1	จนท.สอ.	จนท.สอ. ระดับ 2	2	1
	สะเมิง	รพ.สะเมิง	5	แพทย์	แพทย์ พยาบาล ระดับ 3	4	4
		สอ.บ้านป้อก	1	มีบพทต่อ การรักษา น้อย.	จนท.สอ. ระดับ 2	2	1
พิษณุโลก	เมือง	รพ.พุทธชินราช	5	แพทย์อายุร ศาสตร์ และ FM	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	4
		ศสช.สระโคก	1	จนท.สอ	จนท.สอ. ระดับ 2	2	1
		ศสช.บ้านกว้าง	4	แพทย์ FM	แพทย์ พยาบาล ระดับ 2-3	2	1
ภาคกลาง							
สมุทรปราการ	เมือง	รพ.สมุทรปราการ	5	แพทย์เฉพาะ ทาง	สหวิชาชีพ ระดับ 5	4	4
		PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	4	แพทย์	แพทย์ พยาบาล ระดับ 3	2	1
		PCU พุทธรักษา	4	แพทย์	แพทย์ พยาบาล ระดับ 2	2	1
		PCU เทพารักษ์	4	แพทย์	แพทย์ พยาบาล ระดับ 2	2	1
ลพบุรี	เมือง	รพ.ลพบุรี	5	แพทย์เฉพาะ ทาง	แพทย์ พยาบาล ระดับ 3	3	3
		PCU อบต.ท่าศาลา	4	แพทย์และ พยาบาล	แพทย์ พยาบาล ระดับ 3	3	2

ภาค / จังหวัด.	อำเภอ		บพท หน่วย	ผู้ให้บริการ หลัก	ทีมงานและ บพท	ปฏิสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ให้ ความรู้
		PCU ดงตาล	3	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	3	4
		PCU ท้ายตลาด	3	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	3	4
	ชัย บาดาล	รพ.ชัยบาดาล	5	แพทย์และ แพทย์เฉพาะ ทาง	สหวิชาชีพ ระดับ 4	3	2
		สอ.ท่ามะนาว	4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	3	1
		สอ.บัวชุม	4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	3	1
อยุธยา	นคร หลวง	รพ.สมเด็จพระสังฆราช	5	แพทย์และ พยาบาล	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	4
		สอ.หนองปลิง	4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	2	2
		สอ.ท่าช้าง	5	แพทย์และ พยาบาล	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	5	2
ภาคอีสาน							
ขอนแก่น	เมือง	รพ.ขอนแก่น	5	แพทย์เฉพาะ ทาง	na.	na.	Na
		ศูนย์มิตรภาพ	4	แพทย์และ พยาบาล	แพทย์ พยาบาล ระดับ 3	3	2
		สอ.โคกสี	4	แพทย์ พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 2	1,3	2
		ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง	4	แพทย์และ พยาบาล	แพทย์ พยาบาล ระดับ 3	3	3
	น้ำพอง	รพ.น้ำพอง	5	แพทย์	แพทย์ พยาบาล ระดับ 3	4	1
		สอ.คำแก่นคูณ ต.ม่วง หวาน	4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3 ช่วงหลัง สห วิชาชีพ ระดับ 4	3	1
		สอ.ศรีประเสริฐ ต.วังชัย	4	พยาบาล/ จนท.สอ มีแพทย์เพิ่ม ในช่วงหลัง	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3 ช่วงหลัง สห วิชาชีพ ระดับ 4	3	1

ภาค / จังหวัด.	อำเภอ		บทบาท หน่วย	ผู้ให้บริการ หลัก	ทีมงานและ บทบาท	ปฏิสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ให้ ความรู้
ร้อยเอ็ด	เมือง	รพ.ร้อยเอ็ด	5	แพทย์เฉพาะ ทาง	แพทย์ พยาบาล ระดับ 3	2	1
		PCU เทศบาลเมือง ร้อยเอ็ด	5	แพทย์	แพทย์ พยาบาล ระดับ 3	2	1
		PCU สังข์สงยาง ต. สะอาดสมบูรณ์	4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 2	2	1
		PCU เฉลิมพระเกียรติ แก้ว	4	แพทย์และ พยาบาล	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	3	1
	พนม ไพร	รพ.พนมไพร	5	แพทย์และ พยาบาล	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	3
		สอ.ดอนกลอย	4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 2	2	1
		PCU โพธิ์ชัย	4	พยาบาล/ จนท.สอ	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	5	5
กาฬสินธุ์	กมลา ไสย	รพ.กมลาไสย	5	แพทย์	สหวิชาชีพ ระดับ 4	4	3
		สอ.หนองบัว	4	แพทย์และ พยาบาล	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	3	2
		สอ.โพนงาม	4	แพทย์และ พยาบาล	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	3	2
เลย	ภู กระดึง	รพ.ภูกระดึง	5	แพทย์และ พยาบาล	พยาบาล ระดับ 3	3	1
		สอ.หนองหิน	5	แพทย์และ พยาบาล	พยาบาล/จนท. สอ. ระดับ 3	3	1

2. ผลการประเมินระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์

หลักการ และองค์ประกอบย่อยของบริการ จะเป็นหลักเดียวกับการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ต่างกันที่เนื้อหากิจกรรมบริการ

ผลการศึกษา พบว่าองค์ประกอบย่อยของงาน และระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ของหน่วยบริการจะคล้ายกันมาก จุดที่แตกต่าง คือ ผู้ให้บริการตรวจในรพ.ใหญ่บางแห่งจะมีแพทย์เฉพาะทางตรวจ แต่ส่วนใหญ่ตรวจโดยพยาบาล มีการให้ความรู้พื้นฐานคล้ายกัน ต่างกันที่คุณภาพการให้บริการที่ปรับให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละคนได้มากนักน้อยเพียงใด

ระบบย่อยของบริการ ด้านนี้จัดแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังตาราง 1 – 4 ตามลำดับ ดังนี้

ตาราง 1. ระดับของระบบ CUP

ลำดับ	ตัววัดคุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1.1	นโยบาย	ไม่มีนโยบาย หรือ ไม่มีการกำหนดแผนการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ร่วมกันในระดับอำเภอ (ดำเนินงานเป็น routine)	มีนโยบายในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ โดยโรงพยาบาล หรือผู้รับผิดชอบงานเป็นผู้กำหนด ไม่มีการกำหนด ร่วมกันในระดับอำเภอ	มีนโยบายในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ โดยมีการกำหนดร่วมกันในระดับอำเภอ (รพ., สสอ., สอ.) และมีการชี้แจงให้เครือข่ายบริการในระดับอำเภอถือปฏิบัติ	มีนโยบายในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ โดยมีการกำหนดร่วมกันในระดับอำเภอ มีการชี้แจงให้เครือข่ายบริการในระดับอำเภอถือปฏิบัติ ยังไม่มีระบบติดตามกำกับการพัฒนาให้เป็นไปตามนโยบาย อย่างชัดเจนเป็นเพียงการพูดคุยตามงาน หรือนำเสนอปัญหาในการประชุม	มี MCH board อำเภอหรือจังหวัด /แพทย์ที่รับผิดชอบงานแม่และเด็ก ระดับอำเภอ และร่วมกำหนดนโยบายในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ โดยมีเป้าหมายที่สอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพของพื้นที่ มีการชี้แจงถือปฏิบัติ และมีระบบติดตามกำกับการพัฒนาให้เป็นไปตามนโยบาย	มีนโยบาย การพัฒนา ติดตาม ประเมินผล และทบทวนนโยบาย แนวปฏิบัติ และการพัฒนาที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
1.2	ระบบสนับสนุนของ CUP	ไม่สนับสนุน	สนับสนุนตามที่ร้องขอ	สนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือสนับสนุนด้านอุปกรณ์ สำหรับการ	สนับสนุนด้านเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอ และจัดให้มีแนวทางปฏิบัติ (CPG) โดยมีการชี้แจงทำความเข้าใจ และจัดให้มีการ	สนับสนุนด้านเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอ และจัดให้มีแนวทางปฏิบัติ (CPG) โดยมีการชี้แจงทำความเข้าใจ และจัดให้มีการประชุมวิชาการ	สนับสนุนด้านเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอ และจัดให้มีแนวทางปฏิบัติ (CPG) โดยมีการชี้แจงทำความเข้าใจ และจัดให้มีการประชุม

				ตรวจ lab ไม่ จำกัดปริมาณ (ให้เบิกได้ตาม ปริมาณใช้จริง)	ประชุมวิชาการ เพื่อให้ความรู้ใน ด้านนี้ทั้งที่ กำหนดโดย โรงพยาบาลและ หรือตามที่ PCU ร้องขอ สนับสนุน บุคลากรแบบ ประจำร่วม ให้บริการใน PCU หรือ มีการรับส่ง lab ให้หน่วยปฐม ภูมิ	เพื่อให้ความรู้ทั้งที่ กำหนดโดย โรงพยาบาลและ หรือตามที่ PCU ร้องขอ สนับสนุน บุคลากรแบบ ประจำร่วม ให้บริการใน PCU หรือ มีการรับส่ง lab ให้หน่วยปฐม ภูมิ	วิชาการเพื่อให้ ความรู้ทั้งที่กำหนด โดยโรงพยาบาล และหรือตามที่ PCU ร้องขอ สนับสนุนบุคลากร ให้บริการร่วมใน PCU และมีระบบ กำกับ ติดตาม ทบทวน ปรับปรุง เพื่อให้เกิดการ พัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง รวมทั้ง เป็นศูนย์ข้อมูล ระดับอำเภอและ เชื่อมโยงข้อมูล (ส่งต่อ รับเข้า) กับ สสอ.และ PCU
1.3	ขอบเขต ของ บทบาท สอ./ PCU	ไม่มีระบบ หรือบทบาท ที่ชัดเจนทั้ง ในด้านการ ค้นหาหญิง และการ ให้บริการ หญิงตั้งครรภ์ เบื้องต้น	ค้นหา ติดตาม ผู้ป่วย เนะ นำส่งต่อหญิงไป ฝากครรภ์ที่รพ. โดยไม่มีการ ตรวจครรภ์ให้	ค้นหา คัดกรอง ผู้ป่วย และ ให้บริการ พื้นฐานก่อนส่ง ต่อไปรับบริการ ที่รพ. ครั้งแรก ครั้งเดียว หรือ ตรวจทุกครั้ง แต่ มีหญิงตั้งครรภ์ รับบริการน้อย กว่า 10 คนต่อ เดือน	คัดกรอง และ ให้บริการตรวจ ครรภ์เบื้องต้น ทุกครั้ง และ จำนวน ผู้รับบริการมาก กว่า 10 คนต่อ เดือน ไม่มี ระบบติดตามที่ บ้านที่ชัดเจน	คัดกรอง ให้บริการ หญิงตั้งครรภ์ที่ สถานพยาบาล ตามแนวปฏิบัติ และ มีระบบ ติดตามเยี่ยมบ้าน หรือ ที่รพ. ในกลุ่ม เสี่ยง หรือ กลุ่มที่มี ปัญหาไม่มารับ บริการต่อเนื่อง	มีระบบการทำงาน ที่ประสาน ร่วมมือ กับโรงพยาบาลใน ทุกขั้นตอน ทั้งการ ค้นหา คัดกรอง บริการ ติดตาม ต่อเนื่อง และมี การทบทวนพัฒนา ระบบการทำงาน ร่วมกันกับ CUP ต่อเนื่อง

จากข้อมูลการศึกษาพบว่าในด้านนโยบายการพัฒนางานด้านแม่และเด็กที่ชัดเจน คือ ยะลา เชียงใหม่
ลพบุรี ที่มี MCH board และยังมีการประชุมติดตาม สม่ำเสมอ ในขณะที่จังหวัดที่เหลือส่วนใหญ่ไม่มีการ
ติดตามเรื่องนี้อย่างเข้มข้น และเมื่อนโยบายชัด ระบบสนับสนุนก็จะเต็มที่มีด้านวิชาการร่วมกับการสนับสนุน
ด้านบริหารจัดการ ส่วนในพื้นที่อื่นมักทำตามระบบเดิม ไม่ได้เน้นให้มีการพัฒนาที่เข้มข้น สนับสนุนวิชาการ
ประปราย

ส่วนขอบเขตของบทบาทหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านการฝากครรภ์นั้น ที่ยังมีบทบาทมากที่สุดคือที่จังหวัด
ยะลา เนื่องจากจำนวนการตั้งครรภ์ของประชากรยังมากกว่าพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งประชาชนยังยอมรับและนิยมไปใช้
บริการที่สถานอนามัย ในขณะที่พื้นที่จังหวัดอยุธยา ลพบุรี พิษณุโลก ซึ่งมีความเป็นเมืองสูง เดินทางสะดวก
หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่นิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ ทำให้บทบาทของสอ. ในการตรวจการตั้งครรภ์เหลือ

น้อยมาก แต่กรณีพื้นที่สมุทรปราการมีประชากรหนาแน่น และสอ.มีการปรับบริการให้สะดวกทันสมัยจึงทำให้จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่สอ.ยังมีจำนวนมาก แต่ก็มีอีกมากที่ไม่ใช้บริการที่รพ.รัฐและเอกชน

อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สถานอนามัยมีบทบาทน้อยเนื่องจากเกณฑ์มาตรฐานต่างๆ กำหนดให้ต้องใช้บริการที่โรงพยาบาลแทนสถานอนามัย ทั้งที่เป็นบริการครั้งแรกและครั้งที่สอง ทำให้ประชาชนเชื่อมั่นต่อบริการที่รพ.มากกว่าที่สอ. และเมื่อมีผู้รับบริการที่สอ.น้อย เป็นผลต่อเนื่องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีทักษะ และมั่นใจในการให้บริการน้อย

2. ระบบการดูแล ณ จุดบริการ

ตารางที่ 2 ระดับของระบบดูแล ณ จุดบริการ

ตัววัดคุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
2.1 เวลาการให้บริการที่เอื้อต่อการเข้าถึง	ไม่มีการจัดบริการด้านส่งเสริมป้องกันด้านแม่และเด็ก	จัดให้มีคลินิกวางแผนครอบครัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน ส่วน WBC อย่างน้อยเดือนละ 1 วัน ส่วน ANC และการตรวจหลังคลอดไม่ได้จัดบริการ (เพราะไม่มีผู้ที่สามารถให้บริการได้)	จัดให้มีคลินิก ANC การตรวจหลังคลอด และวางแผนครอบครัว สัปดาห์ละ 1 วัน ส่วน WBC จัดให้มีอย่างน้อยเดือนละ 1 วัน	จัดบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง WBC, ANC และการตรวจหลังคลอด เช่น จัดบริการในวันเสาร์ อาทิตย์ หรือให้บริการนอกเวลาช่วง 18.00-20.00 น. อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 วัน	จัดบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง WBC, ANC และการตรวจหลังคลอด เช่น จัดบริการในวันเสาร์ อาทิตย์ หรือให้บริการนอกเวลาช่วง 18.00-20.00 น. อย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 วัน	จัดบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง WBC, ANC และการตรวจหลังคลอด กรณี WBC จัดทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน ,ANC การตรวจหลังคลอดและวางแผนครอบครัว จัดบริการทุกวัน
2.2 มีระบบจัดการความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	ไม่มีระบบจัดการที่ชัดเจน	มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการค้นหา ฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในงาน MCH	(1)+ เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและเข้าใจแนวทางในการปฏิบัติได้ดี	(2)+เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างถูกต้อง มีการส่งต่อ / ปรีกษาอย่างเป็นระบบ	(3)+มีการเก็บบันทึก รวบรวมข้อมูลและรายงานความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ	(4)+มีการทบทวนแนวการทำงาน และปรับพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติใหม่เพื่อป้องกันความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง
2.3 ลักษณะการจัดบริการ	ไม่มีการจัดบริการ	บริการเป็นไปตาม routine ไม่มีการกำหนดบทบาทของแต่ละคนในการให้บริการที่ชัดเจน	บริการจัดตามแนวทางที่กระทรวงกำหนด และบริการจัดแยกเป็นส่วนๆ ไม่มีผู้ประเมิน ดูแล	มีการจัดบริการครบตามแนวทางที่กระทรวงกำหนด และมีผู้ประเมินดูแลภาพรวมของ	(3) และมีการจัดบริการเพิ่มเพื่อตอบสนองปัญหาเฉพาะของผู้รับบริการ มีการเน้นให้หญิงตั้งครรภ์	เพิ่มระบบการทบทวนพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนให้ทันกับสถานการณ์

			ภาพรวมของผู้รับบริการ	ผู้รับบริการ	ดูแลตนเองได้ดี	
2.4 ผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการ	ไม่มีการจัดบริการ	มีผู้ให้บริการได้เต็มที่เพียงคนเดียว และจำนวนหญิงตั้งครรภ์รับบริการน้อยกว่า 5 คนต่อเดือน หรือน้อยกว่า 3 คนต่อครั้งบริการ	มีผู้ให้บริการได้มากกว่า 1 คน และจำนวนผู้รับบริการต่อครั้งบริการ (session) มากกว่า 20 คน	มีผู้ให้บริการได้มากกว่า 1 คน และจำนวนผู้รับบริการต่อ session 6-19 คน	ผู้ให้บริการเป็นทีม	มีการปรับพัฒนาต่อเนื่อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเฉลี่ยไม่น้อยกว่าคนละ 30 นาที รายเก่าเฉลี่ยไม่น้อยกว่าคนละ 10 นาที
2.5 ลักษณะผู้ให้บริการ	ไม่มีการจัดบริการ	มีแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1-2 คน ไม่มีระบบนิเทศ พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญกว่า	มีพยาบาลวิชาชีพร่วมให้บริการ แต่ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัด และไม่มีระบบติดตามพัฒนา	มีพยาบาลวิชาชีพให้บริการประจำ มีแนวปฏิบัติที่กำหนดจาก CUP มีการติดตามปัญหาพัฒนาต่อเนื่อง	พยาบาลวิชาชีพให้บริการประจำ และมีแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทาง รับปรึกษาประจำ หรือร่วมเป็นทีมให้บริการ	มีการให้บริการร่วมกันเป็นทีมสหสาขา กำหนดบทบาทร่วมกัน มีการปรึกษากันและกัน และมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม

สืบเนื่องจากขอบเขตบทบาทของสถานีนามัยจำนวนมากมีบทบาทลดลงดังที่กล่าวข้างต้น จึงทำให้การบริการด้านการฝากครรภ์ลดลงมาก แต่ในพื้นที่ที่มีประชากรใช้บริการมาก ก็จะมีการปรับตัวจัดให้มีบริการมากขึ้น ได้แก่บริการที่สถานีนามัยในเขตเมืองสมุทรปราการ มีการจัดบริการนอกเวลาเพิ่มด้วยเพื่อแข่งกับภาคเอกชนด้วย

เมื่อบริการฝากครรภ์ที่สถานีนามัยลดลง จึงทำให้กระบวนการพัฒนาบริการทั้งด้านบริหาร และด้านวิชาการให้กับสถานีนามัยลดลง ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเดิมที่มีการสอนต่อกันมานาน

ส่วนในหน่วยบริการที่มีผู้รับบริการมาก ผู้ให้บริการหลักคือพยาบาลวิชาชีพ และมีแพทย์เป็นที่ปรึกษาและรับส่งต่อ หน่วยบริการที่มีสหวิชาชีพ ได้แก่ นักโภชนาการ หรือ นักจิตวิทยาร่วมให้บริการนั้นยังมีน้อยมากซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นรพ.ใหญ่ที่มีจำนวนบุคลากรมากพอ

3. การให้ความรู้ (สอ/PCU/รพ.)

ตาราง 3 ระดับของการให้ความรู้

ตัววัดคุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
3.1 กระบวนการให้ความรู้	ไม่มีการให้ความรู้	ให้ความรู้เป็นรายบุคคลในกรณีติดตามเยี่ยมบ้าน หรือกรณีให้บริการที่	ให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลตาม CPG สอดคล้องกับระยะนั้นๆ ของ	มีการให้ความรู้ตามระยะ และมีการประเมินผู้รับบริการก่อนให้ความรู้	มีการประเมินผู้รับบริการทุกครั้งก่อนให้ความรู้ ให้ความรู้ที่	เจ้าหน้าที่มีระบบการทบทวน ค้นคว้า และ update ความรู้อยู่ตลอด ก่อนให้ความรู้ มีการประเมิน

		สถานบริการ ลักษณะความรู้ ที่ไม่ เฉพาะเจาะจง ตามไตรมาส	ผู้รับบริการในขณะ ให้บริการในคลินิก เป็นการให้ข้อมูล ยังไม่ได้เป็นการ แลกเปลี่ยนกับ ผู้รับบริการ ไม่มี การประเมิน ติดตาม และ ทบทวนความรู้ที่ให้	ลักษณะความรู้ ที่ให้มีการ ปรับเปลี่ยนให้ สอดคล้องกับ ความต้องการ ของผู้รับบริการ	สอดคล้องกับ สภาพ ความ จำเป็น ให้ ผู้รับบริการและ หรือครอบครัวมี ส่วนร่วม และมี ระบบติดตาม ประเมินการให้ ความรู้	ผู้รับบริการทุกครั้ง ก่อน ให้ความรู้ที่ สอดคล้องกับสภาพ ความจำเป็นให้ ผู้รับบริการและหรือ ครอบครัวมีส่วนร่วม และมีระบบติดตาม ประเมิน ทบทวนการ ให้ความรู้

การให้ความรู้พื้นฐานที่ทุกแห่งใช้คือ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ซึ่งคุณภาพมีความแตกต่างกันตามทักษะ และความสนใจของผู้ให้บริการแต่ละคน และส่วนใหญ่เนื้อหาที่ให้จะคล้ายกันเป็นการให้ตามแนวปฏิบัติที่กำหนด คือการดูแลพื้นฐานของร่างกาย และการปฏิบัติตัวเรื่องการกิน การป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับทารกในครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนด แต่ความครบถ้วนมีความแตกต่างกันบ้าง อีกทั้งยังไม่พบหลักฐานว่ามีการประเมินปัญหาเฉพาะเรื่องของแต่ละบุคคล และมีการแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล

การให้ความรู้ที่เพิ่มเติมมากขึ้นในหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาล คือ การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มที่เรียกว่า โรงเรียนพ่อแม่ ซึ่งเป็นนโยบายการดำเนินงานของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ทุกหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ แต่ในการศึกษายังไม่ได้ประเมินคุณภาพของบริการนี้ เพียงแต่ประเมินว่ามีการดำเนินการหรือไม่เท่านั้น

กระบวนการทบทวนความรู้ และแนวปฏิบัติว่ามีเกิดผลอย่างไรนั้น ยังมีการปฏิบัติน้อย

4.ระบบข้อมูล

ตาราง 4 ระดับของระบบข้อมูล

ตัววัดคุณภาพ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
4.1 ระบบข้อมูลให้บริการ และทะเบียนหญิงตั้งครรภ์	ไม่มีทะเบียนข้อมูลประชากรเป้าหมาย มีแต่ OPD card	มีข้อมูลในขณะรับบริการที่สถานบริการนี้ ซึ่งอยู่ในรูปแบบที่ติดตามดูแลภาวะเสี่ยงได้ (บัตรฟ้า หรือ สมุดชมพู) และมีข้อมูลจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการ แต่ไม่มีระบบเช็คหาหญิงนั้นได้รับบริการครบหรือไม่	มีข้อมูลขณะรับบริการ และมีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการ มีการติดตามข้อมูลในกรณีที่ไม่รับบริการที่อื่น แต่ไม่สมบูรณ์ ทั้งหมดในพื้นที่	มีข้อมูลผู้รับบริการ และมีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทั้งหมด มีการติดตามข้อมูลได้บางส่วนไม่สมบูรณ์ และไม่มีระบบปรับให้ทันสมัย	มีข้อมูลผู้รับบริการ และฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด ที่อยู่ในรูปที่ติดตามประเมินผลการรับบริการได้ และมีการติดตามได้สมบูรณ์ มีระบบปรับให้ทันสมัย	มีการทบทวนพัฒนาระบบข้อมูลตลอด และมีการปรับให้ทันสมัย นำมาใช้ประกอบในการจัดบริการ และการวางแผนงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาพบว่า ระบบข้อมูลในด้านการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นระดับ 1 และ 2 คือ เป็นข้อมูลเฉพาะของผู้มารับบริการเป็นหลัก และมีการติดตามบ้างตามความจำเป็น ส่วนใหญ่หน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลจะไม่มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ แต่ในกรณีที่หน่วยบริการเป็นสถานีอนามัยก็จะมีข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่ไปรับบริการที่หน่วยอื่นด้วย แต่ไม่ชัดเจนว่าเป็นข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่ยกเว้นแต่เป็นพื้นที่ที่มีประชากรไม่มากนักที่ดูแลได้ครอบคลุม

ทุกแห่งยังไม่มีการนำข้อมูลไปใช้เพื่อการทบทวน วางแผนการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น

ส่วนระบบข้อมูลที่เป็นบุตรดูแลหญิงบริการรายคน ส่วนใหญ่จะเป็นระบบ OPD card ร่วมกับบัตรเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ แต่เนื้อหาข้อมูลมีการปรับแตกต่างจากเดิม เช่น ไม่มีข้อมูลการคลอด และการติดตามหลังคลอด บางหน่วยบริการมีแต่ข้อมูลเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ และสมุดสีชมพู แต่ไม่มีบันทึกเป็นกระดาษเก็บไว้ในหน่วยบริการ หากจะใช้ฐานข้อมูลต้องมาดึงจากฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ซึ่งพบว่าจะมีข้อจำกัดในการดึงใช้งานสำหรับเจ้าหน้าที่บางคน

สรุปข้อค้นพบจากการศึกษา

1. หน่วยบริการปฐมภูมิใดๆ ที่เป็นเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อจำกัดในการตัดสินใจเพื่อการดำเนินการด้วยตนเอง มีความจำเป็นต้องให้มีการทำงานร่วมกันกับโรงพยาบาลและหน่วยบริการในระดับอำเภอ
2. ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลและหน่วยบริการในระดับอำเภอ มีบทบาทสนับสนุน และเสริมบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ มากน้อยแตกต่างกัน
3. ระบบงานที่ใช้ เป็น tracer ของการประเมินติดตามผลลัพธ์บริการหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้ในงานนี้ คือ ระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน ระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ พบว่า 2 ระบบนี้มีสถานการณ์ของระบบที่ต่างกัน และเหมือนกัน คือ

ระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างมาก ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

- ระบบที่มีแต่การจ่ายยา และให้กับให้ข้อมูลเบื้องต้นที่เหมือนกันในทุกคน
- ระบบที่เพิ่มในด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์
- ระบบที่ดูแลอย่างผสมผสาน และเสริมการพึ่งตนเองของกลุ่มเป้าหมาย

และในกลุ่มพื้นที่เหล่านี้ ก็ยังมีความแตกต่างในด้านการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย

ระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ หน่วยบริการส่วนใหญ่มีการจัดบริการที่ไม่ต่างกันมากนัก เพราะเป็นระบบที่มีการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานในรายละเอียด ความแตกต่างที่พบได้ คือ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้น เช่นการใช้ ultra-sound และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการให้ความรู้ของแม่และสามี ในรูปของรร.พ่อแม่ แต่มีคุณภาพของกระบวนการแตกต่างกัน

ระบบงานทั้งสองส่วนนี้ เป็นส่วนที่มีความเชื่อมต่อ และสัมพันธ์กันมากระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาล ไม่อาจแยกจากกันเด็ดขาดได้ ยกเว้นต้องเลือกประเมินเฉพาะบริการที่เป็นบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่เพียงส่วนเดียว ไม่มีผลกระทบจากโรงพยาบาล เช่น การค้นหากลุ่มเป้าหมาย การดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสให้ครอบคลุม แต่จากคำจำกัดความของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่กำหนดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการต้องมีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรร่วมให้บริการด้วย ฉะนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิจึงหมายรวมบริการบางส่วนของโรงพยาบาลร่วมด้วย ไม่เพียงเฉพาะสถานีนอมาลัย หรือศูนย์บริการในชุมชนแต่เพียงส่วนเดียว

คุณภาพของระบบทั้งสองส่วนนี้ มีปัจจัยที่กระทบมาจากต้นทุนสุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน รวมทั้งค่านิยม วัฒนธรรมพื้นฐานการดำรงชีวิตที่ต่างกัน เช่น การที่แต่ละภาคมีแนวโน้มความอ้วน สภาพของไต หรือ การบริโภคแตกต่างกัน ตลอดจนการยอมรับต่อหน่วยบริการ และสภาพพื้นฐานทางกายภาพต่างกัน ทำให้บทบาทของหน่วยบริการต่างกัน เช่น การยอมรับต่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทำให้การใช้ผลลัพธ์ของบริการสองระบบนี้เป็นตัวแทนคุณภาพของระบบ จำเป็นต้องมีการประเมินบริบท และสภาพแวดล้อมพื้นฐานควบคู่ไปด้วย เพื่อประกอบในการเปรียบเทียบ และแปลผลต่อไป

4. ระบบข้อมูลที่บ้านที่สถานบริการเกี่ยวกับระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบัน มีลักษณะถูกแยกส่วนเป็นตอนๆ มากขึ้น ทำให้การประมวลข้อมูลที่เชื่อมต่อระหว่างกระบวนการบริการกับผลลัพธ์บริการทำได้ยากลำบากมากขึ้น และบางส่วนมีปัญหาความคลาดเคลื่อน ในขณะที่ระบบข้อมูลด้านผู้ป่วยเบาหวานมักเป็นข้อมูลบริการรายบุคคลที่บ้านที่ใน OPD card ไม่มีการประมวลรวม ฉะนั้นการประเมินผลระบบนี้ต้องมีการพัฒนาฐานข้อมูล และกระบวนการประมวลขึ้นใหม่
5. จากข้อมูลตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นการตายของแม่และทารกนั้น พบว่ามีอุบัติการณ์ต่ำมาก ผลการคลอดผิดปกติมีปัจจัยด้านพฤติกรรมของแพทย์ในการเลือกวิธีการคลอดเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ระดับน้ำหนักเด็กแรกเกิดมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ที่เห็นชัดในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะมากเช่น พื้นที่ชาวเขา หรือ เขตชุมชนแออัด สัดส่วนของ Early ANC พบมากขึ้นในพื้นที่ที่มีความเป็นเมือง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สัดส่วนของการได้รับการบริการ ANC 4 ครั้งมาตรฐานในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน แต่เป็นลักษณะการต่างตามปัจจัยทางสภาพประชากรร่วมด้วย ส่วนเรื่องร้อยละของการฝากครรภ์ได้มาตรฐาน และค้นหากลุ่มเสี่ยงได้นั้น พบว่าต้องใช้การศึกษาจากข้อมูลรายละเอียดหลายชุดในการประเมิน ไม่อาจบอกหรือสรุปด้วยการประเมินแบบสั้นๆ ได้ ซึ่งควรเป็นการประเมินจากระบบภายในจังหวัดมากกว่าในระดับประเทศ
6. จากข้อมูลตามตัวชี้วัด เพื่อประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวานนั้น พบว่ามีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ชัดเจนในเรื่องสัดส่วนของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ค่า BMI เส้นรอบเอว ระดับปฏิบัติ ความรู้ ความเข้าใจ และความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนการวัดระดับไขมันในเลือด พบว่ามีความแตกต่างตามลักษณะพื้นที่ มากกว่าความต่างตามลักษณะคุณภาพของหน่วยบริการ และความแตกต่างของการทำงานด้านใด เป็นภาวะของผู้ป่วยที่แปรตามระยะเวลาของการมีพยาธิสภาพเพิ่มขึ้น และสภาพพื้นฐานของประชากร

ข้อเสนอต่อระบบการติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ให้ใช้ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของพื้นที่ เช่น เส้นรอบเอวที่สะท้อนความอ้วน การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เพื่อแสดงถึงปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่เป็นฐานข้อมูลประกอบการวางแผนให้ความรู้ และการป้องกันภาวะเสี่ยง ที่ตรงเป้า และสอดคล้องกับสถานการณ์พื้นที่มากขึ้น
2. ในระบบข้อมูลตามตัวชี้วัดต่างๆ ในด้านแม่และเด็ก นั้นสามารถใช้ประเมินคุณภาพของระบบบริการได้ แต่หากใช้ระบบรายงานเช่นปัจจุบัน จะมีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ จึงเสนอให้มีการปรับฐานข้อมูลและวิธีเก็บใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้น
3. ระบบเบาะหวาน ใช้เรื่องการประเมินระบบบางตัว ผลลัพธ์เบื้องต้น ร่วมกับการประเมินความพึงพอใจต่อระบบ ความรู้ การปฏิบัติตัวของประชาชน และ ประเมินระดับ HbA1c เป็นระยะๆ ดังนี้

ตาราง 1 ข้อเสนอต่อตัวชี้วัดที่เหมาะสมต่อการประเมินหน่วยบริการ ในด้านระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน

ตัวชี้วัด	วิธีประเมิน	ระดับการใช้งาน
1. คุณภาพของจุดบริการ ที่ประเมินจากลักษณะการทำงาน เป็นทีม และการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย	ใช้ผู้ประเมินภายนอก (อาจเป็นระดับจังหวัด หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน) สัมภาษณ์ จากผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับการดูเอกสาร	เป็นการเปรียบเทียบแบบแผนหลักระหว่างหน่วยบริการ
2. ระบบการคัดกรองผู้ป่วย ที่มีลักษณะเชิงรุก และมีระบบจัดการเพื่อติดตาม สร้างความเข้าใจให้แก่กลุ่มเสี่ยง และประชากรทั่วไปร่วมด้วย		
3. สัดส่วนของผู้ป่วยที่อ้วน (พิจารณาจากเส้นรอบเอว)	จัดการให้เกิดฐานข้อมูลในระดับปฏิบัติที่หน่วยบริการ และให้มีผู้ประเมิน เปรียบเทียบเป็นระยะ	ระดับหน่วยบริการ เปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ หรือระหว่างพื้นที่
4. สัดส่วนของผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่		
5. สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1C < 7 % ในกลุ่มที่เป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 5 ปี	ให้มีระบบที่ตรวจประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาเดียวกัน และกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีมาตรฐานเหมือนกัน	เปรียบเทียบในภาพรวมระหว่างหน่วยบริการในระดับ CUP
6. ระดับความรู้ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้เป็นเบาหวาน	ใช้แบบทดสอบมาตรฐาน ที่ประเมินโดยบุคคลภายนอก ประเมินในช่วงเวลาเดียวกัน	เปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ หรือจะใช้ภายในหน่วยบริการเองได้ โดยที่มีระบบการเก็บข้อมูลที่ลดอคติจากผู้ให้บริการ
7. ระดับความพึงพอใจต่อบุคลากรที่ให้บริการด้านเบาหวานของหน่วยบริการ		

4. การติดตามประเมินผลบริการด้านแม่และเด็ก ไม่ควรใช้ข้อมูลในระดับผลกระทบได้แก่ ร้อยละการป่วย การตาย เพียงส่วนเดียวเพราะไม่มีความไวพอ จำเป็นต้องใช้ตัวชี้วัดในระดับของกระบวนการ และระบบงาน ร่วมกับการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความพอใจของผู้ใช้บริการร่วมด้วย กระบวนการประเมิน ระบบก็ต้องใช้การประเมินส่วนย่อยหลายส่วนร่วมกัน ไม่อาจใช้ตัวใดตัวหนึ่งได้ และควรเป็นการประเมิน จากหน่วยบริการในระดับพื้นที่จังหวัด เพื่อติดตามในรายละเอียดได้ ไม่ควรเป็นการประเมินในระดับมห ภาค แต่ตัววัดในระดับมหภาคควรเป็นการประเมินคุณภาพของระบบติดตามประเมินผลของจังหวัดแทน ว่ามีคุณภาพเพียงใด ร่วมกับตัวชี้วัดในระดับผลลัพธ์สุขภาพ ผลลัพธ์ที่เป็นคุณภาพของกระบวนการ อัน ได้แก่ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามมาตรฐาน ก็ยังเป็นตัววัดที่สะท้อนคุณภาพบริการ ได้ แต่ต้องปรับกระบวนการเก็บข้อมูลใหม่ให้สอดคล้องกับวิธีการที่เปลี่ยนไป คือ เปลี่ยนไปเก็บที่ โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่คลอดแทนการเก็บที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 2 ข้อเสนอต่อตัวชี้วัดที่เหมาะสมเพื่อติดตาม ประเมินคุณภาพของหน่วยบริการในด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีดังนี้

ตัวชี้วัด	วิธีประเมิน	ระดับการใช้งาน
1. คุณภาพของจุดบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มุ่งเน้นประเมินทักษะและทัศนคติต่อการดูแลของผู้ให้บริการโดยตรง และการทำงานร่วมกันเป็นทีมกับผู้ให้ความรู้ และบริการในชุมชน	ผู้ประเมินภายนอกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ สัมภาษณ์ และสังเกตลักษณะการให้บริการ ร่วมกับการศึกษาแบบบันทึกในการให้บริการ	ประเมินในระดับจังหวัด และใช้เปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการได้ แต่ต้องปรับมาตรฐานผู้ประเมินให้ตรงกัน
2. สัดส่วนของกลุ่มเสี่ยงที่ถูกวินิจฉัย และให้การดูแลที่เหมาะสม	ใช้กระบวนการ Audit chart จากผู้เชี่ยวชาญ	ประเมินในระดับจังหวัด ใช้เพื่อพัฒนาภายในหน่วยบริการ และเปรียบเทียบระหว่างหน่วย
3. สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการ 4 ครั้งมาตรฐาน	ใช้การเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล และหน่วยงานระดับอำเภอรวบรวมจากหลายแหล่งเพื่อประมวลในภาพรวม แทนการเก็บเองโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยปฐมภูมิ ควรมุ่งเน้นในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย หรือกลุ่มด้อยโอกาส เพิ่มเติม	เปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ ในระดับจังหวัด และ ในระดับประเทศ และอาจมุ่งเน้นไปที่ประชากรกลุ่มด้อยโอกาส
4. สัดส่วนของ teenage pregnancy	เก็บจากฐานข้อมูลหน่วยบริการ หรือให้หน่วยบริการรายงาน	เป็นการเฝ้าระวังสถานการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ
5. สัดส่วนของทารกแรกเกิดน้ำหนัก	เก็บรวบรวมที่สถานที่คลอด และ	เฝ้าระวังสภาวะทางสังคม

ตัวชี้วัด	วิธีประเมิน	ระดับการใช้งาน
น้อย	จำแนกตามเซตรับผิดชอบหน่วยบริการ	ของกลุ่มประชากรเฉพาะ
6. ระบบติดตาม ประเมินผลหน่วยบริการในระดับจังหวัด	พิจารณาจากระบบงานในการไปติดตาม นิเทศคุณภาพของหน่วยบริการ และการ audit chart การรวบรวมประมวลผลลัพธ์สุขภาพของแม่และเด็ก เพื่อเฝ้าระวัง และพัฒนาระบบงาน	เป็นการประเมินเปรียบเทียบภาพรวมในระดับจังหวัด แทนการประเมินที่หน่วยบริการแต่ละแห่ง

5. ให้มีการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างคุณภาพของระบบบริการบางด้านกับผลลัพธ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกันของกลุ่มเป้าหมาย
6. ให้มีการศึกษาถึงตัวชี้วัดของบริบท ที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์สุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ภาคผนวก 1

รายงานผลการศึกษา โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย ก
ภาคเหนือ

- ระบบคุณภาพงานเบาหวาน จ.เชียงใหม่
- งานอนามัยแม่และเด็ก จ.เชียงใหม่
- ระบบคุณภาพงานเบาหวาน จ.พิษณุโลก
- งานอนามัยแม่และเด็ก จ.พิษณุโลก

รายงานผลการศึกษา โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย ข
ภาคกลาง

- ส่วนที่1: บทนำและภาพรวมของการดำเนินการศึกษาวิจัย
- ส่วนที่2: บริบทในเชิงทรัพยากร นโยบายและการสนับสนุนของพื้นที่ทำการศึกษา
(ลพบุรี สมุทรปราการ และพระนครศรีอยุธยา)
- ส่วนที่3: ผลการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและอนามัยแม่และเด็ก

รายงานผลการศึกษา โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย ค
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รายงานผลการศึกษา โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย ง
ภาคใต้

- รายงานผลการศึกษา กรณีเขตจังหวัดสงขลาเปรียบเทียบเขตเมือง เขตชนบท ปี 2548
- รายงานผลการศึกษา เขตพื้นที่จังหวัดยะลา
- ระบบคุณภาพงานเบาหวาน
- งานอนามัยแม่และเด็ก

รายชื่อนักวิจัย

โครงการวิจัย "การพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย"

1	พญ.สุพัทธรา	ศรวิณิชากร	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
2	นพ.เกษม	เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3	ผศ.ดร.ภัทระ	แสนไชยสุริยา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4	นพ.วีรพัฒน์	เงาธรรมทรรศน์	โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
5	ผศ.ดร.จันทรัตน์	สิทธิวรรณท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
6	ดร.รัตนภรณ์	อาวิพันธ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7	รศ.ดร.สมใจ	พuthาพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
8	ผศ.รตอ. หญิง ดร.ยุพิน	อังสุโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9	ดร.นรลักษณ์	เชื้อกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10	อาจารย์ดวงใจ	เปลี่ยนบำรุง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีละลา
11	รศ.พรทิพย์	คำพอ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
12	ผศ.วิลาวัณย์	ชมนิรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
13	ดร.กฤษณา	ศิริวิบูลยภิต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
14	ภญ.เกศนภา	ถาวร	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
15	ทพ.ญ.วราภรณ์	จิระพงษ์	กองทันตสาธารณสุข
16	ทพ.ญ.ปิยะดา	ประเสริฐสม	กองทันตสาธารณสุข
17	ทพ.ญ.กัญยา	บุญธรรม	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
18	นางสาวธนาทิพย์	วงศ์พันธ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
19	นางกนิษฐ	ไ้วศิริ	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
20	นายสุรศักดิ์	อติมานนท์	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
21	นางสาวทัศนีย์	สุรกิจโกศล	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
22	นางสาวณัฐพร	สุขพอดดี	สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

รายงานผลการศึกษา

โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย
(ภาคเหนือ)

รายงานผลการศึกษาโครงการพัฒนาระบบติดตามประเมินผล
ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทที่หลากหลายของประเทศไทย
(จังหวัดเชียงใหม่): งานเบาหวาน : งานอนามัยแม่และเด็ก

บทนำ

โครงการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทที่หลากหลายของประเทศไทย มีพื้นที่การศึกษาทั้งหมด 12 จังหวัด ครอบคลุม 4 ภาค สำหรับในภาคเหนือได้เลือกทำการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดพิษณุโลก โดยจังหวัดเชียงใหม่ มี CUP ที่เข้าร่วมการศึกษานี้ จำนวน 3 CUP ได้แก่ อำเภอแมริม (รพ.นครพิงค์, ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว, PCU บ้านสะลงนอก) อำเภอสันทราย (รพ.สันทราย, PCU หนองหาร, สถานีอนามัยหนองมะจับ) และ อำเภอสะเมิง (รพ.สะเมิง, สถานีอนามัยบ้านป้อก)

เนื่องด้วยโครงการวิจัยนี้ เป็นโครงการที่มุ่งเน้นที่จะศึกษาถึงผลลัพธ์ของการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ในมิติที่มีความหลากหลาย ทั้งมิติของระบบการให้บริการ ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์เชิงมนุษย์ ทำให้คณะผู้วิจัยมีการใช้กระบวนการเก็บข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ โดยกระบวนการเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ มีดังนี้

I. ระบบคุณภาพงานเบหาวาน

การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระบบคุณภาพงานเบหาวานของจังหวัดเชียงใหม่ใน 3 พื้นที่ คือ อำเภอแมริม อำเภอสันทรายและอำเภอสะเมิง มีการใช้กระบวนการเก็บข้อมูลหลายกระบวนการร่วมกัน คือ

1. การสัมภาษณ์ผู้บริหาร CUP, ผู้ให้บริการ (แพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และ ผู้รับบริการ โดยการสัมภาษณ์ใช้เวลา ประมาณ 15- 30 นาที
2. การสังเกตการให้บริการในแต่ละขั้นตอน กระบวนการนี้ที่ทีมผู้วิจัยจะทำการติดตามการรับบริการของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ จำนวน 2-3 ราย เพื่อติดตามสังเกตขั้นตอนและลักษณะการให้บริการในแต่ละจุด เวลาที่ใช้ในการสังเกตภาพรวมการให้บริการ คือ 2-3 ชั่วโมง
3. การขุดเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเบหาวานในแต่ละพื้นที่ เช่น แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกผลการวินิจฉัยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทะเบียนผู้ป่วยเบหาวาน เป็นต้น

ผู้ทำการเก็บข้อมูล

อาจารย์ ดร. รัตนาภรณ์ อวัพพันธ์ และ ญญ. เกศนภา ถาวร คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

II. ผลลัพธ์เชิงมนุษย์ (Humanistic Outcome)

ทุกพื้นที่ใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบหาวานในชุมชน (บ้านหรือสถานที่นัดหมายของแต่ละชุมชน เช่น วัด โรงเรียน) โดยเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประมาณ 10 – 40 นาที

ผู้ทำการเก็บข้อมูล

1. ญญ. เกศนภา ถาวร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร (เก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอแมริมและอำเภอสะเมิง)
3. นักศึกษาปริญญาโท สาขาสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอสันทราย)

บริบทพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

ที่ตั้ง

จังหวัดเชียงใหม่ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของประเทศไทย ส่วนกว้างจากทิศตะวันตกจรดทิศตะวันออกประมาณ 138 กิโลเมตร ส่วนยาวจากทิศเหนือจรดทิศใต้ประมาณ 320 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 750 กิโลเมตร

อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดต่อกับ รัฐฉานของสหภาพเมียนมาร์ ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอสามเงา จังหวัดตาก ทิศตะวันออก ติดต่อกับ จังหวัดเชียงราย ลำพูน และลำปาง ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อำเภอปาย อำเภอขุนยวมและอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

สภาพภูมิประเทศ

โดยทั่วไปแล้วพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่เป็นป่าละเมาะและภูเขา มีที่ราบอยู่ตอนกลางตามสองฟากฝั่งแม่น้ำปิง โดยทั่วไปอาจแบ่งสภาพพื้นที่ออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ พื้นที่ภูเขา ที่มีความสูงจากระดับน้ำทะเลเกินกว่า 500 เมตร ส่วนใหญ่อยู่ทางทิศเหนือและทิศตะวันตกของจังหวัด คิดเป็นพื้นที่ประมาณ 80% ของพื้นที่ทั้งหมดของจังหวัด พื้นที่ภูเขาเหล่านี้เป็นพื้นที่ป่าต้นน้ำลำธาร ไม่เหมาะต่อการเพาะปลูก และพื้นที่ราบลุ่มน้ำและที่ราบเชิงเขา ซึ่งกระจายอยู่ทั่วไประหว่างหุบเขามิรูปร่างยาวรี ทอดตัวในแนวเหนือ-ใต้ อันได้แก่ ที่ราบลุ่มน้ำปิง ลุ่มน้ำฝาง และลุ่มน้ำแม่งัด ซึ่งนับเป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์เหมาะสมต่อการเกษตร

พื้นที่

จังหวัดเชียงใหม่มีพื้นที่ประมาณ 20,107.057 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 12,566,910 ไร่ มีแบ่งเขตการปกครอง ออกเป็น 22 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ มีจำนวนตำบล 204 ตำบล และจำนวนหมู่บ้าน 1,915 หมู่บ้าน

ประชากร

จังหวัดเชียงใหม่ประมาณ 1,700,000 คน ประกอบด้วยคนไทย และชาวไทยภูเขาเผ่าต่าง ๆ ได้แก่ กระเหรี่ยง แม้ว เชา ลีซอ มูเซอ อาข่า ถิ่น ขมุ ลัวะ และอื่น ๆ (ได้แก่ คะลีน และชนกลุ่มน้อยที่มีชาวไทยภูเขาอยู่ร่วมกันมากกว่า 1 เผ่า) และชาวไทยพื้นเมืองอีก 1 เผ่า

บริบทด้านการแพทย์และสาธารณสุข

จังหวัดเชียงใหม่มีสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ทั้งสิ้น 47 แห่ง 6,810 เตียง ในจำนวนนี้เป็นสถานพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 26 แห่ง จำนวนเตียง 2,541 เตียง สังกัดกระทรวงอื่น 7 แห่ง สถานพยาบาลเอกชน 16 แห่ง จำนวน 1,810 เตียง

บุคลากรทางการแพทย์

ในปี 2543 พบว่า จำนวนแพทย์ลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อน โดยเหลือแพทย์เพียง 760 คน ส่งผลให้อัตราส่วนแพทย์: ประชากร เพิ่มขึ้น 1:2,087 คน ส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคยังคงมีจำนวนเท่าเดิม 3,172 และ 699 คน แต่มีอัตราส่วนพยาบาล: ประชากร เพิ่มขึ้น 1:546 และ 1:2,379 สำหรับอัตราส่วนเภสัชกร: ประชากร เพิ่มขึ้น 1:8,620 คนในขณะที่ทันตแพทย์ ยังคงมีจำนวนและอัตราคงเดิม เป็น 188 คน คิดเป็นอัตราส่วนทันตแพทย์: ประชากร เท่ากับ 1: 8,431 คน

ระบบคุณภาพงานเบหฺวานของจังหวัดเชียงใหม่

ภาพรวมการสนับสนุน ควบคุม และกำกับจากจังหวัด

การควบคุมกำกับการดำเนินงานในภาพรวมได้แก่ การนิเทศจากสถานบริการ ปีละ 2 ครั้ง และการประชุม คปสอ. จะเป็นจุดที่ทำให้เกิดการ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคต่าง ๆ ในพื้นที่ของอำเภอ (อัตราป่วย อัตราตายเนื่องจากโรค) ตลอดจนวิเคราะห์การทำงานในปีที่ผ่านมา

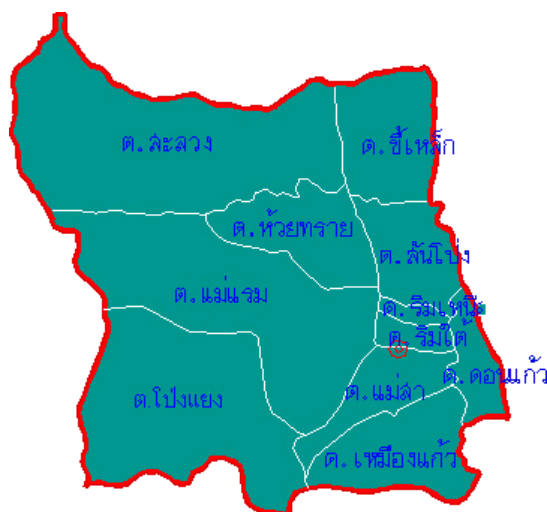
การจะดำเนินการโครงการต่าง ๆ ตามงบประมาณ PP outdoor พื้นที่จะต้องเขียนโครงการมาขออนุมัติจาก สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เมื่อได้รับการอนุมัติโครงการจาก สสจ.แล้วถึงจะดำเนินโครงการได้ สำหรับหลักในการ พิจารณาโครงการ ทาง สสจ. จะพิจารณาถึงความสอดคล้องของโครงการกับนโยบาย/เป้าหมาย/ตัวชี้วัด และกิจกรรม ความครอบคลุม ตลอดจนความเหมาะสมของงบประมาณที่ใช้ โดยการเสนอโครงการต้องผ่านที่ประชุมของ คปสอ. ก่อน แล้วจึงเสนอขึ้นมาถึง สสจ. ซึ่งการดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าว เกิดปัญหาค่อนข้างมาก เนื่องจากการแก้ไข การเขียนโครงการให้ถูกต้องนั้นใช้เวลาค่อนข้างมาก จึงทำให้การสนับสนุนเรื่องงบประมาณ ล่าช้าตามไปด้วย

นอกจากนี้ทางจังหวัด ได้เน้นนโยบายการเชื่อมโยงกับชุมชน มีการจัดเวทีเพื่อเปิดโอกาสให้พื้นที่ที่มี ศักยภาพมานำเสนอและแลกเปลี่ยนร่วมกันภายในจังหวัด

ระบบคุณภาพงานเบาหวาน CUP แมริม

บริบทพื้นที่ของอำเภอแมริม

อำเภอแมริมตั้งอยู่ห่างจากอำเภอเมืองเชียงใหม่ประมาณ 20 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งหมด 495 ตารางกิโลเมตร มีประชากรประมาณ 80,000 คน อาศัยอยู่ใน 11 ตำบล ลักษณะการปกครองแบ่งเป็น องค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง และ เทศบาล 1 แห่ง



โรงพยาบาลนครพิงค์

โรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งอยู่ในอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ มีความรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ อ.แมริม นอกจากนี้ยังให้บริการครอบคลุมถึง ผู้ป่วยในพื้นที่ของอำเภอต่าง ๆ จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 22 อำเภอ การให้บริการของโรงพยาบาลนครพิงค์ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ โดยผ่านทางสถานีนามัยเครือข่าย จำนวน 27 แห่ง ระดับทุติยภูมิ ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลจังหวัด และรพ.ชุมชนของอำเภอแมริม และพื้นที่รอยต่ออำเภออื่น ๆ นอกจากนี้โรงพยาบาลนครพิงค์ ยังเป็นสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิระดับสูง ทำหน้าที่ รับ-ส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.ชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ รพ.ชุมชน และรพ.จังหวัด จากจังหวัดลำพูนและจังหวัดแม่ฮ่องสอน และรพ.เอกชนใน จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลแห่งนี้ มีความหลากหลายทั้งระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ

โรงพยาบาลนครพิงค์มีการจัดการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานไว้จำนวน 5 จุด ประกอบด้วย จุดที่ 1 ห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป จุดที่ 2 คลินิกพิเศษ จุดที่ 3 จุดบริการผู้ป่วยนอก จุดที่ 4 ห้องเบอร์ 14 และจุดที่ 5 คลินิกนอกเวลา (เสาร์-อาทิตย์)

ระบบสนับสนุนจาก CUP

ปัจจุบัน CUP โรงพยาบาลนครพิงค์ ดูแล PCU ทั้งหมด 27 แห่ง นโยบายที่สนับสนุน PCU จะใช้เกณฑ์ตามที่จังหวัดกำหนด เช่น คำนวณงบประมาณ งบ pp outdoor ซึ่งจะเป็นการให้ทาง สถานีนามัยเขียนโครงการเข้ามาผ่านการกลั่นกรองที่คปสอ. แล้วเสนอให้ผู้อำนวยการอนุมัติ หลังจากนั้นก็ส่งโครงการไปยังจังหวัด หลังจากจังหวัดอนุมัติโครงการ ก็จะทำการโอนเงินเข้ามา แล้วทางนี้ก็จะโอนเงินไปยังสถานีนามัย หรือการสนับสนุนด้าน

วัสดุเช่น วัสดุของ pp-indoor หรือวัสดุในสถานบริการ หากสถานอนามัยต้องการสามารถขอเบิก ทั้งวัสดุ สิ่งพิมพ์ OPD card แผ่นต่อ OPD card และอื่นๆ สำหรับการเบิกจ่ายจะกำหนดตารางเป็นทุก 2 เดือน ด้านการพัฒนาบทบาทความสามารถของ PCU ได้ มีข้อตกลงว่าจะส่งแพทย์ไปตาม PCU 3-4 แห่ง หากเจ้าหน้าที่สถานอนามัยในเครือข่ายต้องการคำปรึกษา ทางรพ.ได้แจกหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ที่ให้คำปรึกษาไว้ โดยเจ้าหน้าที่สามารถนำค่าโทรศัพท์มาเบิกคืนได้

ใน PCU ที่มีพยาบาลวิชาชีพที่ออกไปปฏิบัติงาน จะมีการติดตามผู้ป่วยที่ส่งเข้ามาจาก PCU ในเรื่องของการรักษา และการดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้วกลับบ้าน โดยติดตามผู้ป่วยไปในชุมชน สำหรับ PCU ที่ไม่มีพยาบาลไปทำงาน หาก PCU มีความต้องการที่จะให้ติดตามผู้ป่วยทางเจ้าหน้าที่สามารถแจ้งมายังฝ่ายเวชกรรมสังคมให้ติดตามได้

การสนับสนุนในด้านวิชาการอื่นๆ จะมีการสอบถามความต้องการด้านวิชาการไปยังสถานอนามัย และทางรพ.จะพิจารณาดำเนินการ นอกจากนี้ทาง CUP ยังได้จัดให้มีการอบรมตามนโยบาย Lead team ซึ่งขณะนี้ทั้งหมดประมาณ 28 ทีม บุคลากรจากฝ่ายเวชกรรมสังคมจะอยู่ใน Lead team และเป็นฝ่ายที่ทำหน้าที่ประสานกับพื้นที่ที่ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยทางทีมจะมีรายชื่อผู้ป่วยที่รอ Discharge เช่น ผู้ป่วย COPD ทีมจะมีหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การสอนใช้ oxygen

คุณภาพงานเบาหวานจุดบริการที่ 1: คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนครพิงค์

คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลนครพิงค์ เวลาให้บริการ คือ ทุกวันอังคารตอนเช้า ระหว่างเวลา 07.30-12.00 น. (คิดเป็น 4 ครั้งต่อเดือน) คลินิกเบาหวานในแต่ละสัปดาห์มีผู้ป่วยมารับบริการครั้งละประมาณ 80 คน ขั้นตอนของการให้บริการมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ดังนี้

กรณีผู้ป่วยรายเก่า

ผู้ป่วยสามารถยื่นบัตร รับการเจาะเลือด วัด Vital sign เข้าพบแพทย์ (แพทย์ใช้เวลาตรวจประมาณ 3-4 นาที) และรับการให้สุศึกษา ณ ห้องเบอร์ 14 หลังจากนั้นจะไปรอรับยาที่ห้องยา (ระยะเวลาทั้งหมดของการรับบริการของผู้ป่วยตั้งแต่ เริ่มยื่นบัตร จนกระทั่งรับยากลับบ้าน โดยเฉลี่ยประมาณ 2 ชั่วโมงครึ่ง)

กรณีผู้ป่วยรายใหม่

ต้องทำบัตรที่ห้องบัตร เข้ารับการตรวจเลือดที่ห้อง LAB หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมานั่งรอผลการตรวจเลือดและรอการตรวจของแพทย์ที่ห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป (ห้องเบอร์ 4) (ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพบแพทย์ ประมาณ 5-15 นาที) แพทย์จะทำการตรวจรักษา สั่งจ่ายยา และจะพิจารณาระดับน้ำตาลในเลือด ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเป็นโรคแทรกซ้อนและความสมัครใจของผู้ป่วย เพื่อตัดสินใจว่าในการมาตามนัดครั้งต่อไป จะให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่คลินิกใด หลังจากพบแพทย์เสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะไปรับบัตรนัดจากเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ และไปรอรับยาที่หน้าห้องจ่ายยา (ระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการทั้งหมดโดยเฉลี่ยประมาณ 4 ชั่วโมง) สำหรับระยะเวลาที่แพทย์ใช้ในการตรวจผู้ป่วยที่ห้องเบอร์ 14 คือ 3-5 นาที

ในส่วนของการให้สุศึกษา ในกรณีที่ผู้ป่วยรายใหม่จะถูกจัดให้เข้ากลุ่มเป็น Self -Help Group โดยจะมีทีมผู้ให้สุศึกษาซึ่งประกอบด้วย นักโภชนาการ, นักกายภาพ, เกสซกร, พยาบาล ผลัดเปลี่ยนกันให้ความรู้และจัด

กิจกรรม ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการเข้ากลุ่มให้สุศึกษาแล้วจะมีการลงบันทึกให้สุศึกษาบน OPD card เป็นข้อความสั้น ๆ ว่าได้ให้สุศึกษาเรื่องใดแก่ผู้ป่วยบ้าง

ในส่วนของการติดตาม/เฝ้าระวัง คลินิกเบาหวานห้องเบอร์ 14 มีการนัดผู้ป่วยมา follow up รับประทานยาทุก 1 เดือน (เจาะเลือดคุ้ระดับน้ำตาล รับประทานตรวจ Vital Sign, พบแพทย์, รับประทาน) นอกจากนี้มีการตรวจ HbA1C ปีละครั้ง (เป็น yearly check up) ในช่วงเดือน ม.ค. - มี.ค. ส่วนLab อื่นๆ เช่น Creatinine, Lipid profilesที่ไม่ได้อยู่ในรายการของ yearly check up จะตรวจตามความเสี่ยงของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงมากจะนัด follow up ทุก 3 เดือน หากผู้ป่วยขาดนัด ทางคลินิกจะทำการตรวจสอบ(ประมวลผล) ข้อมูลการนัดผู้ป่วยจากระบบคอมพิวเตอร์ทุกวันหลังจากมีคลินิก หากผู้ป่วยขาดนัด/ผิคนัดเกิน 2 สัปดาห์ เจ้าหน้าที่จะทำการโทรศัพท์เพื่อติดต่อผู้ป่วยหรือญาติ หากผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ เจ้าหน้าที่จะทำการส่งจดหมายเตือนผู้ป่วยให้มารับการตรวจที่คลินิก หากผู้ป่วยยังไม่มาตรวจและรับยาที่จะประสานไปยังฝ่ายเวชกรรมสังคมเพื่อให้ส่งไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อไป

ทีมผู้ให้บริการ

แพทย์อายุรกรรมประจำคลินิกจำนวน 4 คน, พยาบาล 3 คนและผู้ช่วยพยาบาล 2, เจ้าหน้าที่ห้อง Lab 2 คน, ทางคลินิกมีความพยายามที่จะจัดให้มีทีมให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยจากสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล, นักโภชนาการ, เภสัชกร

ระบบข้อมูล

ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-สกุล, ระยะเวลาที่เป็น DM, ค่า Lab ต่าง ๆ, รายการยาที่ได้รับ, วันนัดครั้งต่อไป ถูกบันทึกลงในแบบฟอร์มซึ่งทางคลินิกออกแบบเองโดยแนบไว้กับ OPD Card ของผู้ป่วย นอกจากนี้ได้มีการบันทึกข้อมูลคอมพิวเตอร์ด้วย ซึ่งข้อมูลจากคอมพิวเตอร์เจ้าหน้าที่ได้นำมาใช้ประโยชน์ในการตามผู้ป่วยขาดนัด

คลินิกเบาหวานห้อง 14 มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันมีข้อมูลผู้ป่วยจำนวนขึ้นทะเบียนไว้ทั้งหมด 3,384 คน รายละเอียดของข้อมูลที่ปรากฏในทะเบียน ประกอบด้วย HN, ชื่อ - สกุล, อายุ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (จำนวนปี) วัตถุประสงค์ของการจัดทำทะเบียนผู้ป่วย คือ เพื่อให้ทราบจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกทั้งหมด

คุณภาพงานเบาหวานจุดบริการที่ 2: ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว

ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม (อยู่ฝั่งตรงข้ามกับโรงพยาบาลนครพิงค์) ลักษณะของชุมชนที่ PCU ตั้งอยู่จัดเป็นชุมชนกึ่งเมือง PCU มีพื้นที่ดูแลครอบคลุม 4 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 4, 5, 8, 10 ในอดีตพื้นที่ทั้งหมดนี้อยู่ในความดูแลของ สอ.ดอนแก้ว แต่ต่อมาทางผู้บริหารโรงพยาบาลนครพิงค์ มีมติให้ตั้งศูนย์แพทย์ดอนแก้วขึ้น ในปี 2543 ตามนโยบายของโครงการเวชปฏิบัติครอบครัว โครงการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยให้มีแพทย์และพยาบาลประจำ แต่ต่อมาที่ปรับเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) โดยทำหน้าที่เป็น PCU แม่ข่าย ของ สอ.ดอนแก้ว และ สอ.ดอนตัน ด้วยบริบทของ PCU ดอนแก้วที่ตั้งอยู่ใกล้โรงพยาบาลนครพิงค์ และอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองซึ่งทำให้ประชาชนในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์จากคลินิกต่างๆได้ง่าย ทำให้มีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ PCU เพียง 28 คน สำหรับบทบาทและการดำเนินงานด้านเบาหวานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน PCU ประกอบด้วย การคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งรวมถึงการตรวจรักษาโรคการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลนครพิงค์

ส่วนของการคัดกรอง ช่วงที่ผ่านมายังเป็นเพียงการคัดกรองแบบตั้งรับในสถานพยาบาล ซึ่งประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบยังให้ความสนใจในการรับการคัดกรองค่อนข้างน้อย ในขณะที่บทบาทด้านการดูแลผู้ป่วยนั้น ทางศูนย์มีการจัดคลินิกเบาหวาน สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ทุกวันอังคารครึ่งวันเช้า ตั้งแต่เวลา 07.00 น. – 12.00 น. ภาพรวมของการให้บริการ เริ่มต้นจากผู้ป่วยที่มาตามนัด ขึ้นบัตร และรับการเจาะเลือดในตอนเช้าประมาณ 07.00 – 07.30 น. หลังจากนั้น ผู้ป่วยก็จะรอพบแพทย์ ในระหว่างนี้เจ้าหน้าที่ (พยาบาล) จะมีการซักถามผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้มีการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล โดยเนื้อหาจะขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาล และพฤติกรรมของผู้ป่วย เวลาประมาณ 09.00 น. แพทย์จากโรงพยาบาลนครพิงค์จะมาถึงที่ศูนย์ ฯ โดยแพทย์จะใช้เวลาในการตรวจผู้ป่วยประมาณ 30 วินาที ถึง 5 นาที โดยบทบาทหลักของแพทย์ในคลินิกเบาหวาน คือ การตรวจและพิจารณาให้ผู้ป่วยปรับยาหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลนครพิงค์

หลังรับการตรวจผู้ป่วยจะรอรับยาจากพยาบาลซึ่งยารักษาโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ ฯ มี 2 ตัว (ตามบัญชียา PCU) คือ Daonil® และ Glucophage® 850 mg ในกรณีที่แพทย์ สั่งจ่ายตัวอื่นนอกเหนือจากที่มีในศูนย์ฯ เจ้าหน้าที่ PCU จะไปเบิกยาจากรพ. นครพิงค์ โดยภาพรวมแล้วผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานพยาบาลแห่งนี้จะใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง (เริ่มจับเวลาตั้งแต่เริ่มขึ้นบัตร จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน) จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการต่อครั้ง คือ 10 คน สำหรับจำนวนผู้ให้บริการทั้งหมดในคลินิกเบาหวาน (ไม่รวมแพทย์) มีจำนวน 2 คน (ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เบื้องต้น 1 คน และ จ่ายยาให้คำปรึกษา 1 คน)

ระบบข้อมูล

ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์ฯ ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น HN ชื่อ-สกุล เพศ อายุ น้ำหนัก ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล อาการผิดปกติต่าง ๆ รวมไปถึงรายการยาที่ได้รับจะถูกบันทึก OPD Card โดยข้อมูลเกี่ยวกับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลของวันที่มาตรวจจะถูกบันทึกลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย (เล่มสีเขียว) ด้วย ในแต่ละวันจะมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจาก OPD Card เพื่อ Key ลงคอมพิวเตอร์ โดยฐานข้อมูลของผู้ป่วยทั้งสองประเภทมีการนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ข้อมูลที่อยู่ใน OPD Card และทะเบียนที่ทางศูนย์ ฯ ออกแบบขึ้นจะใช้ในการติดตามผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีขาดนัด ส่วนข้อมูลที่อยู่ในคอมพิวเตอร์มีประโยชน์หลักอยู่ที่การรายงานทางสถิติ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของคลินิกเบาหวานว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่/อย่างไร

สถานพยาบาลนี้ไม่มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ส่วนเรื่องของการส่งต่อข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยระหว่างศูนย์ฯและรพ. นครพิงค์จะใช้ใบส่งตัว ไม่มีระบบ LAN อื่น ๆ นอกจากนี้งานบริการสุขภาพชุมชน ฝ่ายเวชกรรมสังคม จะเป็นผู้ประสานงานในกรณีที่ผู้ป่วยถูก refer ไป รพ. นครพิงค์ โดยจะทำหน้าที่ประสานและติดตามว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอย่างไรบ้าง ตลอดจนช่วยยืนยันความถูกต้องของการวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ ด้วยว่ามีความถูกต้องหรือไม่

ทีมผู้ให้บริการ

พยาบาลจากฝ่ายเวชกรรมสังคม จำนวน 3 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน และแพทย์จากโรงพยาบาลนครพิงค์ซึ่งออกตรวจสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 1 คน

คุณภาพงานเบาหวานจุดบริการที่ 3: ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสะลงนอก

ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสะลงนอก ได้จัดให้คลินิกเบาหวานและความดันอยู่วันเดียวกัน คือ วันจันทร์ถึงวันเช้า จำนวน ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีจำนวน 32 คน แต่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาและรับยาที่ สอ.มีเพียง 6 คน แต่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการต่อครั้งประมาณ 35 คน (สูงสุด 96 คน) ส่วนที่เหลือจะไปรับการรักษาที่ รพ. นครพิงค์ และ รพ.ค่ายดาราวัศมี สืบเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการ มีจำนวนน้อย ทำให้งานด้านเบาหวานไม่ค่อยชัดเจนเท่าใดนัก บทบาทหลักของ PCU สะลงดำเนินงานเบาหวานคือ การคัดกรองและการให้การรักษานักป่วยเบาหวานในกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลนครพิงค์

ขั้นตอนการให้บริการจะเริ่มจากที่ผู้ป่วยที่มาตามนัดจะถูกเจาะปลายนิ้ว แล้ววัดความดันโลหิต ชั่งประวัติทั่วไป ดูบาดแผล สำนวความผิดปกติต่าง ๆ จากนั้นทีมที่รักษา ก็จะพิจารณาจากระดับน้ำตาลว่าคุมได้หรือไม่ ซึ่งจะมีผลต่อระยะเวลาของการให้ Counseling ถ้าระดับน้ำตาลปกติผู้ป่วยก็จะได้รับยาเดิม ซึ่งยารักษาโรคเบาหวานที่มีอยู่ที่ สอ.สะลง คือ Daonil® (Glibenclamide) และ Glucophage® (Metformin) 850 mg การให้สุศึกษาจะให้เรื่องของโรคความดันและเบาหวานพร้อมกัน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานตอนแรกจะนัดรวมกันทั้งหมด แต่ช่วงหลังจะแยกพวกที่คุมไม่ได้ไปไว้วันพุธทำให้เหลือผู้ป่วยประมาณ 10 คนต่อกลุ่มต่อครั้งของการให้สุศึกษา การดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะดูว่าผู้ป่วยคนไหนที่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 140 mg/dl 3 ครั้งติดต่อกัน ก็จะ refer กลับไปยังโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะไปรับการรักษาที่ รพ. 3-4 เดือน ซึ่งในกรณีที่ปรับยาแล้วน้ำตาลคงที่แพทย์ที่นครพิงค์จะส่งกลับมารับยาที่ สอ.

เจ้าหน้าที่ PCU จะทำการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามระดับน้ำตาลและรับยาเดือนละหนึ่งครั้ง ส่วนของการออกเยี่ยมบ้าน ที่ผ่านมายังทำไม่ได้ตามแผน (15-20 ครั้งต่อเดือน ใช้เวลาหมู่บ้านละ 1 วัน) ในทางปฏิบัติจึงตามจากญาติคนไข้หรือฝากอสม.การเยี่ยมดูเรื่องอาหาร ภาวะเครียด ภาวะครอบครัว และตามญาติสายตรงมาเพื่อทำการคัดกรองเจาะเลือด

ระบบข้อมูล

ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาล จะถูกบันทึกลงใน OPD Card พร้อมกับลงข้อมูลใน computer ก่อนทำการจ่ายยา โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้คือ โปรแกรม Popwin ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สามารถดึงข้อมูลผู้ป่วยออกมาได้ โดยข้อมูลนี้มีประโยชน์ คือ ใช้ตามนัดผู้ป่วย นอกจากนี้ฐานข้อมูลที่ใช้คัดกรองสามารถ print ออกมาจากโปรแกรม แล้วให้อสม. ไปนัดผู้ป่วยให้ ข้อมูลที่ Printจากโปรแกรม ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล HN อายุ บ้านเลขที่ โรคเรื้อรัง ความดัน เบาหวาน BMI ปัจจัยเสี่ยง

แม้ว่า PCU แห่งนี้จะมีการจัดทำฐานข้อมูลของผู้ป่วยไว้ทั้งในรูปแบบของ OPD Card และ คอมพิวเตอร์ แต่ยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลนครพิงค์เท่าที่ควร ปัจจุบันการติดต่อ/ส่งต่อข้อมูลระหว่าง PCU กับโรงพยาบาลจะใช้ทั้งใบ refer และการโทรศัพท์ นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยรับยาประจำที่นครพิงค์แล้วบางครั้งมาที่ PCU ทางเจ้าหน้าที่จะแนะนำให้ผู้ป่วยนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานมาด้วย

ทีมผู้ให้บริการ

พยาบาลที่ถูกส่งมาจากเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์ 1 คน และเจ้าหน้าที่ PCU จำนวน 3 คน (ไม่มีแพทย์ออกตรวจ)

ระบบคุณภาพเบาหวาน CUP สันทราย

บริบทพื้นที่ของอำเภอสันทราย

อำเภอสันทรายตั้งอยู่ห่างจากอำเภอเมืองเชียงใหม่ประมาณ 30 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งหมด 495 ตารางกิโลเมตร มีประชากรประมาณ 99,000 คน อาศัยอยู่ใน 12 ตำบล ลักษณะการปกครองแบ่งเป็น องค์การบริหารส่วนตำบล 12 แห่ง และ เทศบาล 2 แห่ง



ระบบสนับสนุนจาก CUP

ทาง CUP จัดการอบรมความรู้ใหม่ ๆ ในให้กับเจ้าหน้าที่ PCU/สอ.ทุกปี โดยนโยบายการสนับสนุนในลักษณะดังกล่าวจะมุ่งเน้นไม่ให้ทางพื้นที่ยึดติดเพียงค่าทางคลินิก การสนับสนุนให้ทางพื้นที่จัดคลินิกเบาหวานของทาง CUP มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ทางพื้นที่พยายามที่จะพัฒนาระบบที่ดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้ทาง CUP ได้ให้รูปแบบของการสนับสนุนที่แตกต่างกันไปขึ้นกับความต้องการและศักยภาพของพื้นที่

ปัจจุบันได้ส่งแพทย์ไปลง PCU เพียง 2 แห่ง คือ สอ.สันทรายหลวงและ สอ.ป่าเหมือด และพบว่าบทบาทการให้บริการของทีมจากทาง CUP ยังไม่ต่างจากหน้าที่ใน รพ. ซึ่งทาง CUP ได้มีความพยายามที่จะพัฒนา บทบาทของทีมตรงนี้ ในมิติของการพัฒนาเจ้าหน้าที่ ได้มีการนำร่องในบทบาทของเจ้าหน้าที่ในการ support group learning เช่นที่ PCUหนองหาร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวระหว่างกัน

ในทางปฏิบัติทาง รพ. จะมี Checklists ให้ทางพื้นที่ว่าเมื่อไหร่ ควรจะ refer ผู้ป่วยเข้ามา และเมื่อไหร่ที่รพ. ถึงจะส่งกลับไป ส่วนนโยบายจาก คปสอ. จะกำหนด เกี่ยวกับ Activity ว่าในมิตินางานผู้ป่วย เบาหวานควรจะ Check อะไร โดยจะกำหนดตัว KPI ส่วนการปรับใช้ขึ้นอยู่กับทางพื้นที่ แต่ทาง CUP จะให้ความสำคัญในเรื่องการมีส่วนร่วม

ในการดูแลตนเองผู้ป่วย ดังนั้นในการเขียนโครงการเพื่อเสนอของบประมาณต่าง ๆ จาก คปสอ. สันทราย PCU/สอ. ต้องนำเสนอให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

คุณภาพงานเบาหวานจุดบริการที่ 1: โรงพยาบาลสันทราย

โรงพยาบาลสันทราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ระยะทางประมาณ 20 กิโลเมตร มีสถานีนอนมัยในความดูแลทั้งหมด 14 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง ประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพรับจ้าง ประชาชนสามารถเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลได้อย่างสะดวก เนื่องจากมีรถโดยสารประจำทางผ่าน ผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสันทรายส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่อยู่ในเขตอำเภอสันทราย

ระบบงาน

โรงพยาบาลสันทราย มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 700-800 คน โดยผู้ป่วยจะได้รับการขึ้นทะเบียน เมื่อมารักษาที่โรงพยาบาล 3 ครั้งขึ้นไป ในแต่ละครั้งของการมีคลินิก มีผู้ป่วยมารับบริการประมาณ 50-70 ต่อครั้ง บทบาทด้านงานเบาหวานของโรงพยาบาล คือ การคัดกรองแบบตั้งรับในสถานพยาบาล ซึ่งขั้นตอนของการคัดกรองเริ่มจากการสัมภาษณ์ถึงภาวะเสี่ยงต่างๆ การตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานและการติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสันทราย รองรับผู้ป่วยจากพื้นที่อำเภอสันทรายทั้งหมด โดยเปิดให้บริการทุกวันพุธและวันศุกร์ช่วงเช้า ตั้งแต่เวลา 06.00 น. – 12.00 น. ขั้นตอนของการให้บริการคือ ผู้ป่วยจะรับการเจาะเลือดที่ห้องชันสูตร (เบอร์ 6) ตั้งแต่เวลา 6.00 น. หลังจากนั้นพยาบาลจะ Screen คนไข้ เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดสัญญาณชีพ สอบถามอาการแทรกซ้อน โดยแพทย์เริ่มตรวจตั้งแต่เวลา 8.00 น.(ระยะเวลาที่ใช้ตรวจผู้ป่วยแต่ละคนอยู่ระหว่าง 2-8 นาที) มีการให้สุขศึกษาผู้ป่วยบางครั้ง(ระหว่างที่รอแพทย์ตรวจ) หัวข้อของการให้ความรู้จะขึ้นอยู่กับความถนัดของแต่ละทีมที่ทำหน้าที่ให้ความรู้ เช่น โภชนาการจะให้ความรู้เรื่องอาหาร เกษตรกรให้ความรู้เรื่องยา แต่ในกรณีที่แพทย์ขึ้นตรวจเร็วจะลดกิจกรรมนี้ไป การให้สุขศึกษาแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยให้เนื้อหาเดิมตลอดเดือน หลังพบแพทย์แล้วผู้ป่วยต้องรอบพบพยาบาลหน้าห้องตรวจอีกครั้ง เพื่อรับคำแนะนำอย่างเข้มข้น (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้) รวมไปถึงการทบทวนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว และรับเอกสารการนัดเพื่อรับการตรวจในครั้งต่อไป ในกรณีที่พยาบาลพบว่าผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำในเรื่องใดเป็นพิเศษ จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หากมีปัญหาเรื่องการช้ำยาจะส่งให้ไปพบเภสัชกร หากเป็นเรื่องอาหารจะส่งต่อโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาใด ๆ หลังจากพบพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจะนำไปสั่งยาไปชำระเงินและรับยาที่ห้องจ่ายยา ในภาพรวมผู้ป่วยหนึ่งคนที่มีมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ใช้เวลาตั้งแต่เริ่มขึ้นบัตร จนกระทั่งรับยากลับบ้านประมาณ 2-3 ชั่วโมง

คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสันทรายมีการติดตาม/เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยการนัดผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจและรับยาทุกเดือน หากผู้ป่วยขาดนัด ทางคลินิกจะใช้ข้อมูลในทะเบียนเพื่อติดตามผู้ป่วยแยกตามตำบลกรณีขาดนัดเกิน 1 เดือนจะติดตามโดยจะแจ้ง รายชื่อให้เจ้าหน้าที่ สอ. ที่เกี่ยวข้องผ่านการประชุม คปสอ. สำหรับการทำให้ Yearly Check Up ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ BUN, Creatinine, Cholesterol (ในรายที่ BMI>25) ส่วนอาการแทรกซ้อนทางตา มีการตรวจวัดสายตาปีละ 1 ครั้ง หากผู้ป่วยมีความผิดปกติเกิดขึ้น จะส่งต่อไปที่โรงพยาบาลนครพิงค์

ในอนาคตทางคลินิกมีแผนที่จะเพิ่มการตรวจเท้าโดยใช้ microfilament เข้าไปใน check up ประจำปี สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาและมีความจำเป็นต้องเยี่ยมบ้าน ทางโรงพยาบาลจะมีใบกำกับเป็นสีเหลือง (ดูเอกสาร) ซึ่งจะมีรายละเอียดของค่าใช้จ่าย และสาเหตุการเพื่อให้ PCU ดำเนินการติดตามต่อไป อย่างไรก็ตามการเชื่อมโยงประสานงานกับสถานบริการระดับรองในลักษณะนี้ยังคงทำได้เพียงพื้นที่ของตำบลหนองหารเท่านั้น ส่วนพื้นที่ตำบลอื่น ๆ ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา

ระบบข้อมูล

ปัจจุบันทะเบียนของผู้ป่วยจะมีข้อมูล BMI, Bodyweight, BP, และวันนัด สถานพยาบาลไม่มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงของโรคเบาหวาน ลักษณะของข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยจะเหมือน OPD ผู้ที่ใช้ประโยชน์จากทะเบียนผู้ป่วยมากที่สุด คือ พยาบาล ซึ่งในกรณีที่ระดับน้ำตาลเกินจะเขียนด้วยปากกาสีแดง

ทีมผู้ให้บริการ

แพทย์ 1 คน พยาบาล 5 คน (เป็นทีมเดียวกับการให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป)

คุณภาพงานเบาหวานจุดบริการที่ 2: ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร

ระบบงาน

ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหารรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน 13 หมู่บ้าน รูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหารแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ คลินิกเบาหวานเคลื่อนที่ ซึ่งเป็นการเข้าไปตรวจรักษาผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้าน มีการแบ่งพื้นที่การออกหน่วย ดังนี้ คือ วันอังคาร และพฤหัสบดี ลงพื้นที่หมู่ 1, 5, 6, 7, 8, 10 และ 13 วันพุธ ลงพื้นที่หมู่ 3, 9, และ 11 ส่วนรูปแบบที่ 2 คือ การเปิดให้บริการคลินิกที่ PCU ในวันศุกร์ เพื่อให้บริการผู้ป่วยจาก หมู่ 2, 4 และ 12

ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่อยู่ในเขตตำบลหนองหารทั้งหมดมี 300 คน แต่มารับบริการที่ PCU จำนวน 155 คน การออกตรวจผู้ป่วยตามหมู่บ้านมีดังนี้ คือ ทีมจาก PCU จะไปถึงสถานที่ออกหน่วยประมาณ 7.00 น. เมื่อผู้ป่วยมาถึงเจ้าหน้าที่จะทำการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาล หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดความดันให้กับผู้ป่วย เมื่อวัด Vital sign แล้วผู้ป่วยจะนั่งรอเข้ารับการรักษาจากพยาบาลหัวหน้าคลินิก ซึ่งในระหว่างที่มีการรอตรวจจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้กันระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ หลังจากได้รับการตรวจจากหัวหน้าคลินิกแล้ว ผู้ป่วยจะรับยาเป็นขั้นตอนสุดท้าย สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการออกตรวจในแต่ละครั้งจะขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ และปัญหาของผู้ป่วยที่พบ

เวลาที่ใช้ในการซักประวัติ/ตรวจ/ให้สุขศึกษา ประมาณ 3-5 นาที สำหรับกรณีผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หรือมีความเสี่ยงที่จะภาวะแทรกซ้อน เจ้าหน้าที่จะใช้เวลาในการตรวจและให้ความรู้กับผู้ป่วยมากขึ้น (เวลาประมาณ 15 นาที) เนื้อหาที่เจ้าหน้าที่ให้กับผู้ป่วยนั้นจะขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วย เช่น ในกรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ก็จะให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

สำหรับคลินิกที่เปิดให้บริการในวันศุกร์ จะเริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 7.00 น. โดยผู้ป่วยที่ถูกนัดให้มารับบริการในวันนี้จะเข้ามาขึ้นบัตร เจ้าหน้าที่จะทำการเจาะระดับน้ำตาลในเลือด วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หลังจากนั้นจะเข้ารับการรักษาโดยพยาบาล และรับยา (ยาเบาหวานที่จ่ายได้ใน PCU มี 3 ตัว คือ Glibenclamide

Glipiside Metformine และ NPH) เป็นขั้นตอนสุดท้าย เวลาโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มอินซูลิน จนถึงรับยากลับบ้านใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละครั้ง)

ในส่วนของการติดตามดูแล/เฝ้าระวัง ทางเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและทีมสุขภาพ มีการออกคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตามหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบ นอกจากนี้มีการนัดผู้ป่วยตรวจปีละครั้ง สำหรับการตรวจโรคแทรกซ้อนทางตา ในเบื้องต้นจะตรวจแต่การตามัว หากคัดกรองพบต่อกระจกก็ส่งไปที่โรงพยาบาลสันทรายทั้งหมด รวมทั้งผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูงกว่า 220 mg/dl ส่วนกลุ่มที่น้ำตาลสูงเกิน 180 mg/dl เกิน 2 สัปดาห์ หรือระดับน้ำตาลมากกว่า 140 mg/dl เป็นเวลา 1 เดือน ก็จะถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเช่นกัน

ระบบข้อมูล

ข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการจะถูกบันทึกลงในทั้งแบบฟอร์มที่ทางเจ้าหน้าที่ออกแบบขึ้นมาเอง โดยแบบฟอร์มดังกล่าวจะถูกนำมาแนบไว้กับ Family Folder นอกจากนี้ทาง PCU หนองหารยังมีการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยลงในโปรแกรม CM-POP และโปรแกรมบริการ

ทีมผู้ให้บริการ

พยาบาลวิชาชีพ 8 คน เจ้าหน้าที่ 1 คน ลูกจ้าง 1 คน

คุณภาพงานเบาหวานจุดบริการที่ 3: สถานีอนามัยบ้านหนองมะจิบ

สถานีอนามัยหนองมะจิบ ตั้งอยู่ในหมู่บ้านหนองมะจิบ ต. แม่แฝก อ.สันทราย อยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงใหม่ประมาณ 40 กิโลเมตร ดูแลประชากรทั้งหมด 4 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 1, 2, 3, และ 7 ต.แม่แฝก (ประชากรทั้งหมดที่อยู่ในความดูแลมีประมาณ 4,000 คน) ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ที่ไปรับบริการที่ โรงพยาบาลสันทรายและสถานบริการนี้ทั้งหมด 82 คน

ระบบงาน

สถานีอนามัยบ้านหนองมะจิบ มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ใน 2 ด้าน คือ คัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล ซึ่งการคัดกรองมีทั้ง 2 รูปแบบ คือ การคัดกรองแบบตั้งรับในสอ. (ผู้รับบริการสงสัยว่าตนเองจะเป็นจึงมาขอตรวจ) และเข้าไปคัดกรองในชุมชน นอกจากนี้สอ. ยังมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่คุมน้ำตาลได้ดีที่ส่งต่อจากโรงพยาบาล ให้ความรู้ สุขศึกษา และจ่ายยาตามที่แพทย์สั่ง หากผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลเพิ่มสูง (มากกว่า 150 mg/dl) จะ Refer ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่ รพ. โดยจะเขียนใบ Refer พร้อมกับส่งผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์

คลินิกเบาหวานเปิดให้บริการทุกวันพุธในสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน โดยในวันที่มีคลินิก คือ คลินิกจะเปิดประมาณ 7.00 น. ผู้ป่วยจะเข้ามารับการเจาะเลือด วัดความดัน หลังวัดความดันเสร็จจะรอสั่งยา อาจจะมีการให้สุขศึกษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละครั้ง ซึ่งเนื้อหาไม่ได้มีการ set รูปแบบไว้แน่นอน ไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจน ขั้นตอนสุดท้าย เจ้าหน้าที่จะจัดยาให้ผู้ป่วยตามรายการเดิมที่เคยได้รับ มีบางครั้งที่จะถามผู้ป่วยว่ามีอาการผิดปกติอะไรบ้าง (ถ้ามีอาการผิดปกติก็จะส่งไปโรงพยาบาลทันที) สำหรับผู้ป่วยคุมน้ำตาลได้ดี (ระดับน้ำตาลน้อยกว่า 130 mg/dl) และผู้ป่วยบอกว่าไม่สะดวกที่จะมารับยา (ชราภาพ ต้องมีคนมารับ-ส่ง) และขอรับยาครั้งละ 2 เดือน ทางเจ้าหน้าที่จะยินยอมจัดยาให้ตามความต้องการของผู้ป่วย นอกเหนือจากการจ่ายยาแล้ว ทางเจ้าหน้าที่ไม่ได้มี

มาตรการในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วย ส่วนของการเจาะเลือดเพื่อทำ Yearly Check Up จะส่งผู้ป่วยไปเจาะที่โรงพยาบาลสันทราย

ระยะเวลาการให้บริการของคลินิกเบาหวานทั้งหมด เริ่มนับจากผู้ป่วยคนแรกถึงคนสุดท้าย ประมาณ 1.30 ชั่วโมง (7.00 น. – 9.30 น.) โดยจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการต่อการมีคลินิก 1 ครั้ง ประมาณ 10 คน (จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับยาที่ สอ. ทั้งหมด คือ 22 คน) ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจเลือด คือ 1 นาที สำหรับเวลาที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย 1 คน คือ 5 นาที บทบาทอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ได้กล่าวมาแล้ว คือ การเยี่ยมบ้าน ลักษณะการเยี่ยมบ้านที่ผ่านมามีจะเป็นในกรณีที่ผู้ป่วย(ทุกโรค) มีอาการหนัก ต้องไปทำแผล หรือวัดความดันให้ อย่างไรก็ตามทาง สอ.มีการจัดทำ “สมุดลงชื่อเยี่ยม” ซึ่งภายในสมุดจะมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ วันเดือนปีที่ไปเยี่ยม ชื่อ-สกุลผู้ป่วย โรค กิจกรรมที่ทำ และลงชื่อผู้เยี่ยม โดยสมุดเล่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ประกอบกับข้อมูลการเยี่ยมบ้านที่ลงในคอมพิวเตอร์ เพื่อส่งรายงานให้กับทางอำเภอ

ระบบข้อมูล

สถานบริการแห่งนี้มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงใน OPD Card และโปรแกรม POPWIN ซึ่งอยู่ในคอมพิวเตอร์ โดย OPD Card สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จะถูกแปะสติ๊กเกอร์สีเหลืองที่ด้านบนขวา ใน OPD Card มีชื่อ-สกุลผู้ป่วย, HN, ความดันโลหิต, FBS, Diagnosis, ยาที่ได้รับ, แบบฟอร์มสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวาน และใบ Refer (ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยถูกส่งต่อไปโรงพยาบาล) ส่วนในโปรแกรมคอมพิวเตอร์จะมีการนำข้อมูลใน OPD Card มาลงอีกรอบหนึ่ง โดยข้อมูลดังกล่าว ประกอบด้วย HN, ชื่อ, ที่อยู่, วันที่มารับบริการ, อายุ, ระดับน้ำตาล, ความดันโลหิต แต่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถประมวลผลข้อมูลที่เป็นความดันโลหิตและระดับน้ำตาลมาได้

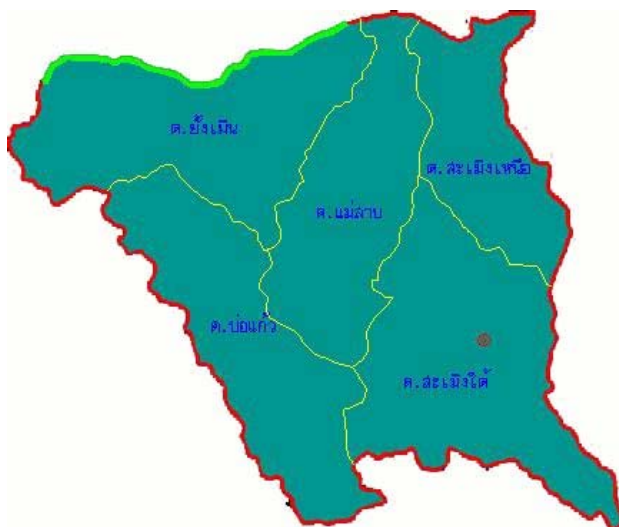
ทีมผู้ให้บริการ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน

ระบบคุณภาพเบาหวาน CUP สะเมิง

บริบทพื้นที่ของอำเภอสะเมิง

อำเภอสะเมิง ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของจังหวัดเชียงใหม่ บนถนนสาย 1096 ห่างจากตัวจังหวัดระยะทาง 51 กิโลเมตร และห่างจากกรุงเทพมหานคร 801 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 1,002 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 626,250 ไร่ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็น ภูเขาและป่าไม้ ประมาณ 80% ของพื้นที่ทั้งหมด เป็นที่ราบ 20% ของพื้นที่ทั้งหมด มีอาณาเขตติดต่อ กับอำเภอต่าง ๆ ดังนี้ คือ



ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอแม่แว้ว อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอแม่ริม อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

อำเภอสะเมิงมีประชากรทั้งหมดประมาณ 23,000 คน ความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ยต่อพื้นที่ 22.94 คน/ตารางกิโลเมตร (ประชากรทั้งหมด /พื้นที่อำเภอเป็นตารางกิโลเมตร) การแบ่งเขตการปกครอง แบ่งเป็น 5 ตำบล 44 หมู่บ้าน ดังนี้ คือ ตำบลสะเมิงใต้ 11 หมู่บ้าน ตำบลสะเมิงเหนือ 6 หมู่บ้าน ตำบลแม่สาบ มี 10 หมู่บ้าน ตำบลยังเมิน มี 8 หมู่บ้าน และตำบลบ่อแก้ว มี 10 หมู่บ้าน

การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย เทศบาล 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลสะเมิงใต้ และ องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ อบต. บ่อแก้ว , อบต. ยังเมิน,อบต. สะเมิงใต้, อบต. สะเมิงเหนือ อบต. แม่สาบ

ระบบสนับสนุนของ CUP

การสนับสนุนของ CUP คือ ได้จัดแพทย์และพยาบาลออกไปสถานีอนามัยทุกเดือน เพื่อติดตามและวางระบบในการติดตามคนไข้ ปัจจุบันมีแพทย์ที่รับผิดชอบในการออก PCU เพียง 1 ท่าน ออก 5-6 วันต่อ 1 เดือน การออกตรวจที่ PCU นั้นแพทย์จะทำการตรวจรักษาและสั่งจ่ายยาทุกโรค ยกเว้นโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยต้องไปรับการตรวจและรับยาเองที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลตามวันนัด นอกจากนี้ ทาง CUP ได้มีการสนับสนุนทางด้าน

วิชาการให้กับ PCU และ สถานีนามัย โดยการจัดอบรม ปีละ 1-2 ครั้ง ในการเพิ่มความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย ส่วนการมีส่วนร่วมกับชุมชน ทางโรงพยาบาลมีการติดต่อประสานงานเพื่อขอความร่วมมือจากองค์กรการบริหารส่วนตำบลเกี่ยวกับโครงการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เช่น การออกคลินิกความดันโลหิตสูงตามหมู่บ้านต่าง ๆ

สำหรับงานเบาหวานในปัจจุบัน ทาง รพ. ได้จัดให้ผู้ป่วยเบาหวานในเขต PCU ที่รับผิดชอบได้มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเกือบทั้งหมด นอกจากนี้มีการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์เจ้าของคลินิก และพยาบาลผู้ดูแลคลินิกเบาหวาน โดยนัดผู้ป่วยเบาหวานมารับการตรวจครั้งละ 1-2 หมู่บ้าน (ทั้งนี้การจัดคลินิกแต่ละครั้งจะนัดผู้ป่วยไม่เกิน 35 คน) เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้แจ้งเหมารถจากหมู่บ้านเพื่อรับบริการที่โรงพยาบาลได้ เนื่องจากสภาพพื้นที่ของอำเภอสะเมิงมีลักษณะเป็นที่สูงทำให้การเดินทางของคนในพื้นที่มายังโรงพยาบาลเป็นไปอย่างยากลำบาก โรงพยาบาลมีการการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น เข้าไปติดต่อประสานงานกับทาง อบต.เกี่ยวกับโครงการต่างๆ เช่น การออกคลินิกความดันโลหิตสูงตามหมู่บ้านต่าง ๆ

คุณภาพงานเบาหวาน: คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสะเมิง

รูปแบบของการจัดระบบการให้บริการด้านงานเบาหวาน ของโรงพยาบาลสะเมิง ค่อนข้างแตกต่างจาก CUP อื่น ๆ กล่าวคือ โรงพยาบาลจะมีบทบาททั้งการคัดกรองแบบตั้งรับในโรงพยาบาล (ผู้สงสัยว่าตนเองจะเป็นเบาหวานเข้ามาขอตรวจ) และส่งฝ่ายชุมชนเข้าไปทำการ

คัดกรองร่วมกับสถานีนามัยตำบลต่าง ๆ สำหรับบทบาทอื่น ๆ อันได้แก่ การตรวจรักษา การติดตามผู้ป่วย จะอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั้งหมด ดังนั้นที่สถานีนามัยต่าง ๆ จึงไม่มีรายการรักษาเบาหวาน

ระบบงาน

คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสะเมิง รองรับผู้ป่วยจากอำเภอสะเมิงทุกตำบล และจาก ต.แม่แดด อ.แม่แจ่ม เปิดให้บริการทุกวันพฤหัสบดีช่วงเช้า ตั้งแต่ 07.00 น. – 12.00 น. ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการเฉลี่ยในแต่ละครั้งมีประมาณ 35 คน สำหรับขั้นตอนในการให้บริการของคลินิกมีดังนี้ คือ ผู้ป่วยมายื่นบัตร และไปรับการวัด Vital sign โดยเจ้าหน้าที่ (พยาบาลหรือผู้ช่วย) ในระหว่างรอพบหมอหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค อาการ หรือยา ผู้ป่วยจะซักถามจะพยาบาลที่รับผิดชอบ พยาบาลจะให้ความรู้ตามประเด็นที่ผู้ป่วยสงสัย (การให้สุศึกษาไม่ได้มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะเป็นรายบุคคล เนื้อหาที่ให้ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย หรือขึ้นกับว่าเจ้าหน้าที่ได้รับความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับเบาหวานเรื่องใดมาบ้าง) เมื่อถึงเวลาประมาณ 9.00 น. แพทย์จะลงมาตรวจผู้ป่วยที่ห้อง สำหรับการตรวจผู้ป่วยแพทย์ใช้เวลาประมาณ 10 นาที/ราย สำหรับกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรักษา แพทย์จะเขียน Comment ลงใน OPD Card ซึ่งคลินิกได้ออกแบบขึ้นเอง เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง(พยาบาล, เภสัชกร) ดำเนินการต่อไป หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมานั่งรอรับบัตรนัดจากโต๊ะของพยาบาลหน้าห้องตรวจ ในระหว่างนี้ทางพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกจะมีให้ความรู้กับผู้ป่วยที่หมอมักมีความเห็นเพิ่มเติมว่าคุมน้ำตาลไม่ได้ หรือไม่คอยให้ความร่วมมือในการรักษา เมื่อรับบัตรนัดแล้วผู้ป่วยจะไปรับยาที่ห้องยา ณ จุดนี้เภสัชกรจะทำหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาและการปฏิบัติตัวอีกครั้งหนึ่ง หลังจากมีการให้สุศึกษาแล้วทุกครั้ง จะมีการ เขียนคำว่า “Ed.” ซึ่งหมายถึง ให้สุศึกษาแล้ว ส่วนกรณีผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาตามนัดได้ เนื่องจากลำบากเรื่องการเดินทาง ทางพยาบาลจะอนุโลมจะให้ญาติเจ้าน้ำตาลให้ผู้ป่วยแล้วนำผลน้ำตาลมาแจ้งแก่เจ้าหน้าที่เพื่อรับยาแทนผู้ป่วย

คลินิกเบาหวานจะนัดผู้ป่วยรับยาเดือนละ 1 ครั้ง มีการใช้การนับเม็ดยาเพื่อติดตามว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ หากพบว่ามียาเหลือ หรือยาขาดไปกว่าที่กำหนด ทางพยาบาลผู้รับผิดชอบจะส่งต่อผู้ป่วยไปพบเภสัชกรที่ห้องยาทันที สำหรับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรค ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการเจาะหา Lipid profile, Albumin และ Creatinine ปีละครั้ง นอกจากนี้เวลาที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด ในอดีตพยาบาลจะใช้วิธีการคลำ Pulse ที่เท้า เพื่อตรวจหาภาวะ neuropathy เบื้องต้น ส่วนการตรวจหาโรคแทรกซ้อนทางตา หากผู้ป่วยมีอาการตามัว จะส่งต่อให้พยาบาลทำการวัดความผิดปกติของสายตาในเบื้องต้นก่อน ถ้าผิดปกติจริงจะส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลนครพิงค์ เนื่องจากเครื่องมือต่าง ๆ ของโรงพยาบาลยังไม่มีความพร้อม นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม ACE Inhibitor แพทย์จะสั่งให้ตรวจ Liver function test ทุก 3 เดือน ในกรณีที่ผู้ป่วยขาดนัดพยาบาลผู้รับผิดชอบจะติดต่อให้เจ้าหน้าที่สอ.(ในกรณีนอกเขตต.สะเมิงใต้) ไปเยี่ยมบ้าน หากเป็นผู้ป่วยในเขต จะให้ฝ่ายชุมชนของโรงพยาบาลเป็นผู้ไปเยี่ยมบ้านเอง

ระบบข้อมูล

คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสะเมิง มีการใช้ทั้ง OPD Card และ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ร่วมกัน โดยใน OPD Card จะมีการบันทึก Vital Sign, Diagnosis, ค่า Lab, รายการยา, ความเห็นของแพทย์, พยาบาล, เภสัชกร ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับระดับน้ำตาล, วันนัดจะถูกนำไปบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ด้วยทุกครั้ง

โปรแกรมเฉพาะโรค ถูกเขียนและพัฒนาขึ้นโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ร่วมกับพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิก สำหรับข้อมูลผู้ป่วยที่สามารถแสดงผลทางหน้าจอคอมพิวเตอร์ ได้แก่ HN, เลขที่คลินิก, ชื่อ, อายุ, วันขึ้นทะเบียน, การติดตามนัด, ปัญหาขาดนัด, ที่อยู่, วันนัด, และผลการตรวจ FBS

ทีมผู้ให้บริการ

แพทย์เจ้าของคลินิก 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

ผลลัพธ์ทางคลินิก

ตารางที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย ณ ระดับ BMI ต่าง ๆ จำแนกตามพื้นที่

พื้นที่	ระดับ BMI						รวม
	<17.0	17.0-23.0	23.0-24.9	25.0-27.4	27.5-30.0	>30.0	
แม่ริม	2(1.1)	43(23.9)	57(31.7)	23(12.8)	33(18.3)	22(12.2)	180(100)
สันทราย	3(1.2)	78(30.4)	73(28.4)	39(15.2)	38(14.8)	26(10.1)	257(100)
สะเมิง	0(0)	34(25.4)	45(33.6)	23(17.2)	25(18.7)	7(5.2)	134(100)
ภาคเหนือ	6(0.8)	201(28.1)	207(28.9)	102(14.2)	122(17.0)	78(10.9)	716(100)
กรุงเทพ	2(0.8)	34(13.5)	58(23.0)	53(21.0)	57(22.6)	48(19.0)	252(100)
ภาคกลาง	6(1.0)	121(20.4)	154(26.0)	116(19.6)	94(15.9)	102(17.2)	593(100)
ภาคอีสาน	19(1.1)	543(31.7)	402(23.4)	357(20.8)	232(13.5)	162(9.4)	1715(100)
ภาคใต้	11(1.6)	148(21.2)	211(30.2)	137(19.6)	111(15.9)	81(11.6)	699(100)

เมื่อเปรียบเทียบค่า BMI ของผู้ป่วยทั้ง 3 อำเภอ พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอแม่ริมและสะเมิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 31.7 และ 33.6 ตามลำดับ) มีค่า BMI อยู่ระหว่าง 23.0 – 24.9 ในขณะที่ผู้ป่วยในเขตอำเภอ

สันทรายส่วนใหญ่มีค่าอยู่ระหว่าง 17.0 – 23.0 เมื่อพิจารณาระดับ BMI > 25 พบว่าอำเภอแม่ริมมีจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้มากที่สุด (ร้อยละ 43.3) รองลงมา คือ อำเภอสะเมิง (ร้อยละ 41.0) และสันทราย (ร้อยละ 40.1)ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาภาพรวมของประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.0) มีระดับ BMI มากกว่า 25 ในขณะที่ภาคเหนือมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 42.1 ที่มีระดับ BMI อยู่ในช่วงดังกล่าว

ตารางที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย ณ ระดับ HbA1C ต่าง ๆ จำแนกตามพื้นที่

: กรณีผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี

พื้นที่	ระดับ HbA1C			รวม
	< 7.0	7.0-8.0	>8.0	
แม่ริม	46(49.5)	17(18.3)	30(32.3)	93(100)
สันทราย	32(38.6)	28(21.7)	33(39.8)	83(100)
สะเมิง	61(61.6)	20(20.2)	18(18.2)	99(100)
ภาคเหนือ	205(53.2)	79(20.5)	114(32.0)	385(100)
กรุงเทพ	45(47.9)	14(14.9)	35(37.2)	94(100)
ภาคกลาง	163(45.9)	79(22.3)	113(31.8)	355(100)
ภาคอีสาน	289(34.4)	230(27.4)	321(38.2)	840(100)
ภาคใต้	163(45.8)	79(22.2)	114(32.0)	356(100)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอสะเมิง สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C <7) ถึงร้อยละ 61.6 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ จะเห็นว่า อำเภอสะเมิงเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มากที่สุด ในขณะที่พื้นที่อำเภอแม่ริมและ

อำเภอสนทราย มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 49.5 และ 38.6 ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันเมื่อพิจารณาถึงจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ($HbA1C > 8$) พบว่า พื้นที่อำเภอสนทรายมีผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีมากที่สุด รองลงมา คือ อำเภอแม่ริมและสะเมิง (ร้อยละ 39.8, 32.3 และ 18.2 ตามลำดับ) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบภาพรวมของประเทศพบว่าพื้นที่ของภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่และพิษณุโลก) มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ระดับ $HbA1C < 7$) มากที่สุด (ร้อยละ 53.2) รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 47.9) ภาคกลาง (ร้อยละ 45.9) และ ภาคใต้ (ร้อยละ 45.8) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย ณ ระดับ $HbA1C$ ต่าง ๆ จำแนกตามพื้นที่
: กรณีผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานระยะเวลามากกว่า 5 ปี

พื้นที่	ระดับ $HbA1C$			รวม
	< 7.0	7.0-8.0	>8.0	
แม่ริม	17(30.9)	12(21.8)	26(47.3)	55(100)
สนทราย	20(22.5)	18(20.2)	51(57.3)	89(100)
สะเมิง	9(45.0)	5(25.0)	6(30.0)	20(100)
ภาคเหนือ	61(28.9)	50(23.7)	100(47.4)	211(100)
กรุงเทพ	56(35.9)	50(32.1)	50(32.1)	156(100)
ภาคกลาง	109(34.9)	79(25.3)	124(39.7)	312(100)
ภาคอีสาน	223(32.2)	185(26.7)	284(41.0)	692(100)
ภาคใต้	54(28.9)	46(24.6)	87(46.5)	187(100)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอสะเมิง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ($HbA1C < 7$) คิดเป็นร้อยละ 45 ซึ่งผลจากเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ จะมีความคล้ายคลึงกับผลของการเปรียบเทียบระดับ $HbA1C$ ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานาน้อยกว่า 5 ปี กล่าวคือ อำเภอสะเมิงยังคงเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มากที่สุด ในขณะที่พื้นที่อำเภอแม่ริมและอำเภอสนทราย มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 30.9 และ 22.5 ตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ($HbA1C > 8$) พบว่า พื้นที่อำเภอสนทรายมีผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีมากที่สุด รองลงมา คือ อำเภอแม่ริมและสะเมิง (ร้อยละ 57.3, 47.3 และ 30.0ตามลำดับ)

ในภาพรวมของประเทศพบว่าในพื้นที่ของกรุงเทพมหานครและภาคกลางมีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากที่สุด (ร้อยละ 35.9 และ ร้อยละ 34.9 ตามลำดับ) ในขณะที่เมื่อพิจารณาถึงผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี พบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่และพิษณุโลก) และภาคใต้มีร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้สูงที่สุด (ร้อยละ 47.4 และ ร้อยละ 46.5 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย ณ ระดับ Cholesterol ต่าง ๆ จำแนกตามพื้นที่

พื้นที่	ระดับ Cholesterol			รวม
	≤ 200	201-250	> 250	
แม่ริม	122(67.4)	41(22.7)	18(9.9)	181(100)
สันทราย	175(53.5)	110(33.6)	42(12.8)	327(100)
สะเมิง	106(79.1)	24(17.9)	4(3.0)	134(100)
ภาคเหนือ	545(63.8)	233(27.3)	76(8.9)	854(100)
กรุงเทพ	107(42.8)	98(39.2)	45(18.0)	250(100)
ภาคกลาง	384(50.3)	272(35.6)	108(14.1)	764(100)
ภาคอีสาน	993(57.1)	553(31.8)	192(11.0)	1738(100)
ภาคใต้	329(43.5)	292(38.6)	135(17.9)	756(100)

ทุกพื้นที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับ Cholesterol ในระดับที่น้อยกว่า 200 mg/dL (53.5 – 79.1) โดยผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่อำเภอสะเมิงที่มีระดับ Cholesterol < 200 มากถึงร้อยละ 79.1 และมีผู้ป่วยที่มีระดับ Cholesterol > 250 เพียง ร้อยละ 3.0 ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับภาพรวมในระดับประเทศ โดยผู้ป่วยในพื้นที่ภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่และพิษณุโลก) มีระดับ Cholesterol < 200 มากที่สุด (ร้อยละ 63.8) รองลงมาคือ ภาคอีสาน (ร้อยละ 57.1) และภาคใต้ (ร้อยละ 43.5) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย ณ ระดับ Low Density Lipoprotein (LDL) ต่าง ๆ
จำแนกตามพื้นที่

พื้นที่	ระดับ Low Density Lipoprotein (LDL)			รวม
	< 100	100-130	> 130	
แม่ริม	81(44.8)	58(32.0)	42(23.2)	181(100)
สันทราย	113(24.6)	98(30.0)	116(25.4)	327(100)
สะเมิง	84(62.7)	33(24.6)	17(12.7)	134(100)
ภาคเหนือ	382(44.8)	254(29.8)	217(25.4)	853(100)
กรุงเทพ	64(25.7)	72(28.9)	113(45.4)	249(100)
ภาคกลาง	284(37.3)	211(27.7)	267(35.0)	762(100)
ภาคอีสาน	783(45.2)	508(29.3)	442(25.5)	1733(100)
ภาคใต้	184(24.3)	231(30.6)	341(45.1)	756(100)

ผลการเปรียบเทียบระดับ LDL มีความสอดคล้องกับผลการเปรียบเทียบระดับ Cholesterol กล่าวคือพื้นที่อำเภอสะเมิงมีจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับ LDL < 100 มากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ อำเภอแม่ริมและอำเภอสันทราย (ร้อยละ 62.7, 44.8 และ 24.6 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาในภาพรวมของประเทศ พบว่าพื้นที่ภาคอีสาน ผู้ป่วยที่ระดับ LDL อยู่ในเกณฑ์มากที่สุด (ร้อยละ 45.2) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่และพิษณุโลก) ซึ่ง

มีผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 44.8 ในขณะที่มีผู้ป่วยในพื้นที่กรุงเทพมหานครและภาคใต้ถึงร้อยละ 45.4 และ 45.1 ตามลำดับที่มีระดับ LDL มากกว่า 130

ผลลัพธ์เชิงมนุษย์

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เก็บข้อมูลได้ มีจำนวน 522 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ใช้บริการสุขภาพในอำเภอแม่ริม จำนวน 184 คน, อำเภอสันทราย จำนวน 202 คน และอำเภอสะเมิง จำนวน 136 คน ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีกินยา (ร้อยละ 79.0-90.0) โดยมีสัดส่วนมากที่สุดในอำเภอสะเมิง และน้อยที่สุดในอำเภอแม่ริม รองลงมาเป็นการกินและฉีดยา (ร้อยละ 1.7-16.7) โดยพบสูงที่สุดในอำเภอแม่ริม และน้อยที่สุดในอำเภอสะเมิง ส่วนการฉีดยาพบร้อยละ 3.3-11.7 โดยพบมากที่สุดในอำเภอสันทราย และน้อยที่สุดในอำเภอแม่ริม ส่วนการรักษาผู้ป่วยด้วยการควบคุมอาหารมีเพียง ร้อยละ 0.7 – 6.2 โดยพบมากที่สุดในอำเภอสันทราย และน้อยที่สุดในอำเภอแม่ริม

ผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอสะเมิง มีการใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 45.8 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่ในอำเภอสันทรายมีการใช้ยาสมุนไพรน้อยที่สุด (ร้อยละ 27.8)

ตารางที่ 6 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยด้านการปฏิบัติตัว จำแนกตามพื้นที่

หัวข้อ	ระดับการปฏิบัติตัว			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
ด้านการบริโภคอาหาร				
แม่ริม	129(86.0)	21(14.0)	0	150(100.0)
สันทราย	168(84.8)	30(15.2)	0	198(100.0)
สะเมิง	112(93.3)	8(6.7)	0	120(100.0)
ด้านการรักษา				
แม่ริม	144(96.0)	6(4.0)	0	150(100.0)
สันทราย	188(94.9)	10(5.1)	0	198(100.0)
สะเมิง	111(92.5)	9(7.5)	0	120(100.0)
ด้านการออกกำลังกาย				
แม่ริม	124(82.7)	26(17.3)	0	150(100.0)
สันทราย	168(84.8)	30(15.2)	0	198(100.0)
สะเมิง	103(85.8)	17(14.2)	0	120(100.0)
ด้านการปฏิบัติโดยรวม				
แม่ริม	140(93.3)	10(6.7)	0	150(100.0)
สันทราย	184(92.9)	14(7.1)	0	198(100.0)
สะเมิง	114(95.0)	6(5.0)	0	120(100.0)

ตารางที่ 6 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยด้านการปฏิบัติตัว จำแนกตามพื้นที่ (ต่อ)

หัวข้อ	ระดับการปฏิบัติตัว			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
ด้านการปฏิบัติโดยรวม				
ภาคเหนือ	585(87.7)	91(20.3)	0	667(100)
กรุงเทพ	430(72.6)	162(27.4)	0	592(100)
ภาคกลาง	357(79.7)	91(20.3)	0	448(100)
ภาคอีสาน	721(64.2)	402(35.8)	0	1123(100)
ภาคใต้	553(84.2)	104(15.8)	0	657(100)

เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงมนุษย์ ด้านการปฏิบัติตัว (ตารางที่ 6) พบว่า ในด้านอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอสะเมิงมีการปฏิบัติตัวด้านอาหารในระดับดีถึง 93% ในขณะที่อำเภอแม่ริม และสันทรายมีผู้ป่วยที่ปฏิบัติด้านอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.0 และ 84.8 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติตัวด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านการออกกำลังกายและการปฏิบัติโดยรวม ผู้ป่วยทั้ง 3 พื้นที่ที่มีการปฏิบัติตัวในระดับดี มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวโดยรวมในระดับประเทศพบว่า พื้นที่ภาคเหนือมีผู้ป่วยที่มีระดับการปฏิบัติตัวอยู่เกณฑ์ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.7 รองลงมา คือ ภาคใต้ (ร้อยละ 84.2)

ตารางที่ 7 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยด้านความรู้ จำแนกตามพื้นที่

หัวข้อ	ระดับความรู้			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
โรค				
แม่ริม	112(74.7)	38(25.3)	0	150(100.0)
สันทราย	159(80.3)	39(19.7)	0	198(100.0)
สะเมิง	80(66.7)	40(33.3)	0	120(100.0)
อาหาร				
แม่ริม	102(68.0)	48(32.0)	0	150(100.0)
สันทราย	167(84.3)	31(15.7)	0	198(100.0)
สะเมิง	87(72.5)	33(27.5)	0	120(100.0)
ยา				
แม่ริม	2(1.3)	95(63.3)	53(35.3)	150(100.0)
สันทราย	11(5.6)	143(72.2)	44(22.2)	198(100.0)
สะเมิง	8(6.7)	76(63.3)	36(30.0)	120(100.0)
การออกกำลังกาย				
แม่ริม	4(2.7)	97(64.7)	49(32.7)	150(100.0)

หัวข้อ	ระดับความรู้			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
สั้นทราย	18(9.1)	141(71.2)	39(19.7)	198(100.0)
สะเมิง	38(4.2)	77(64.2)	5(31.7)	120(100.0)
การดูแลตนเองในโอกาสพิเศษ				
แมร์ม	0	59(39.3)	91(60.7)	150(100.0)
สั้นทราย	0	77(38.9)	121 (61.1)	198(100.0)
สะเมิง	0	55(45.8)	65(54.2)	120(100.0)
ความรู้โดยรวม				
แมร์ม	9(6.0)	104(69.3)	37(24.7)	150(100.0)
สั้นทราย	36(18.2)	133(67.2)	29(14.6)	198(100.0)
สะเมิง	17(14.2)	67(55.8)	36(30.0)	120(100.0)
ภาคเหนือ	69(10.6)	413(63.4)	169(26.0)	651(100)
ภาคกลาง	41(9.1)	307(68.2)	102(22.7)	450(100)
ภาคอีสาน	171(15.2)	694(61.6)	262(23.2)	1123(100)
ภาคใต้	125(18.8)	397(59.8)	142(21.4)	657(100)

สำหรับด้านความรู้ (ตารางที่ 7) ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอสั้นทรายมีความรู้ในภาพรวมดีที่สุด กล่าวคือ ผู้ป่วยประมาณ 85% ที่มีความรู้อยู่ในระดับ ปานกลางถึงดี ส่วนผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอแมร์ม และ อำเภอสะเมิงมีความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดีคิดเป็นร้อยละ 75.3 และ 70.0 ตามลำดับ ในด้านความรู้เรื่องอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานของสั้นทราย ร้อยละ 84 มีความรู้ด้านอาหารในระดับดี ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอแมร์มและสะเมิง ร้อยละ 68 และ 72.5 มีความรู้ด้านอาหารอยู่ในระดับดี ส่วนด้านยาและการออกกำลังกายผู้ป่วยเบาหวานของ CUP สั้นทรายมีความรู้ด้านนี้ดีกว่าอีก 2 พื้นที่ กล่าวคือ ในด้านการออกกำลังกายมีผู้ป่วยเบาหวานของพื้นที่สั้นทรายประมาณร้อยละ 80 ที่มีความรู้ในระดับดี ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานของแมร์มและสะเมิงมีเพียงร้อยละ 67 และ 68 ที่มีความรู้ในระดับนี้

เมื่อพิจารณาความรู้โดยรวมในระดับประเทศ พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้มีความรู้ในระดับปานกลางถึงดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.4 รองลงมา คือ ภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 77.3

ตารางที่ 8 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย ด้านคุณภาพชีวิต จำแนกตามพื้นที่				
หัวข้อ	ระดับคุณภาพชีวิต			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
ด้านกายภาพ				
แม่ริม	53(35.3)	97(64.7)	0	150(100.0)
สันทราย	69(34.8)	129(65.2)	0	198(100.0)

หัวข้อ	ระดับคุณภาพชีวิต			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
สะเมิง	18(15)	102(85)	0	120(100.0)
ด้านจิตใจ				
แม่ริม	0	150(100)	0	150(100.0)
สันทราย	1(0.5)	196(99.0)	1(0.5)	198(100.0)
สะเมิง	0	118(98.3)	2(1.7)	120(100.0)
ด้านความเป็นอิสระ				
แม่ริม	57(38.0)	91(60.7)	2(1.3)	150(100.0)
สันทราย	80(40.4)	117(59.1)	1(0.5)	198(100.0)
สะเมิง	56(46.7)	63(52.5)	1(0.8)	120(100.0)
ด้านสังคม				
แม่ริม	29(19.3)	116(77.3)	5(3.3)	150(100.0)
สันทราย	41(20.7)	155(78.3)	2(1.0)	198(100.0)
สะเมิง	9(7.5)	108(90.0)	3(2.5)	120(100.0)
ด้านสิ่งแวดล้อม				
แม่ริม	3(2.0)	146(97.3)	1(0.7)	150(100.0)
สันทราย	8(4.0)	190(96.0)	0	198(100.0)
สะเมิง	1(0.8)	117(97.5)	2(1.7)	120(100.0)
ด้านความเชื่อส่วนบุคคล				
แม่ริม	80(53.3)	68(45.3)	2(1.3)	150(100.0)
สันทราย	84(42.4)	110(55.6)	4(2.0)	198(100.0)
สะเมิง	24(20.0)	84(70.0)	12(10.0)	120(100.0)
คุณภาพชีวิตโดยรวม				
แม่ริม	5(3.3)	145(96.7)	0	150(100.0)
สันทราย	6(3.0)	192(97.0)	0	198(100.0)
สะเมิง	0	120(100.0)	0	120(100.0)
ภาคเหนือ	19(2.8)	648(97.0)	1(0.1)	668(100)
กรุงเทพ	11(1.9)	581(98.1)	0	592(100)
ภาคกลาง	23(5.1)	426(94.7)	1(0.2)	450(100)
ภาคอีสาน	51(4.5)	1076(95.5)	0	1127(100)
ภาคใต้	38(5.7)	624(94.0)	2(0.3)	657(100)

ในขณะที่ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (ตารางที่ 8) เป็นที่น่าสังเกตว่า คุณภาพชีวิตในด้านที่จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในทุกพื้นที่มีค่าค่อนข้างต่ำ ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสังคม ตามลำดับ สำหรับ

คุณภาพด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในทุกพื้นที่ (อำเภอแม่ริมสันทราย และสะเมิง) ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.7 – 85.0) รองลงมา คือ ระดับดี (ร้อยละ 15.0 – 35.3) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ทั้ง 3 พื้นที่ที่มีร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 3.0) เมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับประเทศ พบว่าผู้ป่วยในทุกภาคมีคุณภาพชีวิตในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางถึงดี มากกว่าร้อยละ 90

ตารางที่ 9 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยความพึงพอใจ จำแนกตามพื้นที่				
หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
ด้านสถานที่				
แม่ริม	141(94.0)	9(6.0)	0	150(100.0)
สันทราย	192(97.0)	6(3.0)	0	198(100.0)
สะเมิง	106(88.3)	14(11.7)	0	120(100.0)
ด้านเวลาที่รอ				
แม่ริม	91(60.7)	41(21.3)	18(12.0)	150(100.0)
สันทราย	145(73.2)	45(22.7)	8(4.0)	198(100.0)
สะเมิง	53(44.2)	47(39.2)	20(16.7)	120(100.0)
ด้านเครื่องมือ				
แม่ริม	134(89.3)	16(10.7)	0	150(100.0)
สันทราย	185(93.4)	13(6.6)	0	198(100.0)
สะเมิง	84(70.0)	30(25.0)	6(5.0)	120(100.0)
ด้านข้อมูล				
แม่ริม	27(18.0)	123(82.0)	0	150(100.0)
สันทราย	63(31.8)	135(68.2)	0	198(100.0)
สะเมิง	42(35.0)	78(65.0)	0	120(100.0)
ด้านยา				
แม่ริม	132(89.8)	14(9.5)	1(0.7)	150(100.0)
สันทราย	186(96.4)	7(3.6)	0	198(100.0)
สะเมิง	108(92.3)	8(6.8)	1(0.9)	120(100.0)
ด้านค่าใช้จ่าย				
แม่ริม	137(91.3)	9(6.0)	4(2.7)	150(100.0)
สันทราย	188(94.9)	9(4.5)	1(0.5)	198(100.0)
สะเมิง	94(78.3)	13(10.8)	13(10.8)	120(100.0)

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
ด้านผลการรักษา				
แมริม	3(2.0)	146(93.7)	1(0.7)	150(100.0)
สันทราย	0	198(100.0)	0	198(100.0)
สะเมิง	4(3.3)	116(96.7)	0	120(100.0)
ความพึงพอใจโดยรวม				
แมริม	49(32.7)	101(67.3)	0	150(100.0)
สันทราย	99(50.0)	99(50.0)	0	198(100.0)
สะเมิง	22(18.3)	98(81.7)	0	120(100.0)

ตารางที่ 9 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยความพึงพอใจ จำแนกตามพื้นที่ (ต่อ)				
หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
ความพึงพอใจโดยรวม				
ภาคเหนือ	238(35.6)	430(64.4)	0	668(100)
กรุงเทพ	208(35.1)	383(64.7)	1(0.2)	592(100)
ภาคกลาง	167(37.1)	283(62.9)	0	450(100)
ภาคอีสาน	258(22.9)	866(76.8)	3(0.3)	1127(100)
ภาคใต้	167(25.3)	494(74.7)	2(0.3)	661(100)

สำหรับด้านความพึงพอใจ (ตารางที่ 9) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) ของทั้ง 3 พื้นที่ที่มีความพึงพอใจในเรื่องสถานที่ เครื่องมือ ยาและค่าใช้จ่าย ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจใน ด้านผลลัพธ์ของการรักษาในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจโดยรวมในระดับประเทศ พบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60.0) ของทุกภาคมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลาง

การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษาระบบการทำงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่ ทำการศึกษาในพื้นที่ทั้งหมด 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสันทราย อำเภอสะเมิง และอำเภอแมริม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบงานในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร สถานีอนามัยบ้านหนองมะจับ โรงพยาบาลสะเมิง สถานีอนามัยบ้านป๋อก ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว และสถานีอนามัยบ้านสะลงนอก โดยในการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสถานบริการ (CUP) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

สำหรับระบบสนับสนุนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดเชียงใหม่ ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ทำให้ทราบถึงนโยบายของการจัด และการให้บริการในส่วนของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กล่าวคือ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อกำกับดูแลในเรื่องมาตรฐานบริการ จำนวน 2 ชุด

คณะกรรมการชุดที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาระบบเชิงนโยบาย MCH board ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการที่ดูแลเรื่องนโยบายและสนับสนุนเชิงนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ได้จัดการให้มีการบริหารจัดการแบ่งการดูแลเป็นโซน เรียกเป็น MCHระดับอำเภอ

คณะกรรมการชุดที่ 2 คณะกรรมการพัฒนาส่งเสริมเรื่องมาตรฐาน ดูแลควบคุมและประเมินมาตรฐาน ชุดนี้แบ่งเป็น 6 โซน เขตเมืองและชานเมืองมี 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ร.พ. นครพิงค์ดูแลสังกัดอื่นต่างๆและนอกสังกัดเช่นเอกชน 2) ร.พ.สันทรายดูแลเครือข่าย ร.พ. ชุมชน 3) ร.พ.สันป่าตอง และ 4) ร.พ.สันกำแพง สำหรับเขตชนบทแบ่งเป็น 2 แม่ข่าย ได้แก่แม่ข่ายสายใต้มี ร.พ.จอมทอง เป็นที่ปรึกษา และแม่ข่ายสายเหนือ มี ร.พ.ฝาง เป็นที่ปรึกษา

การดำเนินงานของ MCH board

MCH board ชุดใหญ่จะทำหน้าที่วางนโยบาย และให้การสนับสนุนวิชาการโดย มีโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทีมสูติแพทย์ กุมารแพทย์ จากโรงพยาบาลศูนย์ ร่วมทีมในนามของ MCH Board จังหวัด และมีการเชิญประชุมปกติ 4 ครั้งต่อปี ซึ่งมักจัดประชุมตามไตรมาส ไตรมาสแรกจะเป็นการ นำเสนอนโยบาย ไตรมาสที่ 2 เป็นการประเมินผล ไตรมาสที่ 3 วาระแจ้งทั่วๆ ไป และ ไตรมาสสุดท้ายเป็นการสรุปผล ในส่วนของ MCH board ระดับอำเภอ ได้ถูกกำหนดให้มีขึ้น ในปี 2549 เพื่อให้บรรลุผลตามโครงการโรงพยาบาลแม่เกิดรอด ลูกปลอดภัย MCH board ระดับอำเภอประชุมปีละ 2 ครั้ง โดยมีการดำเนินงานตามนโยบายที่สอดคล้องกับระดับจังหวัด

ในการสนับสนุนด้านงานวิชาการ มีการจัดอบรม เครือข่าย (CUP) ทั้งหมด โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการจัดอบรม ทั้งในด้านวิชาการงานแม่และเด็ก และเรื่องเฉพาะทางเช่น ภาวะซีดซีเมีย Low Birth Weight และ Birth Asphyxia โดยปัจจุบันมีการจัดอบรมวิชาการ(โดย MCH board จังหวัด) จำนวน 1-2 ครั้งต่อปี และในอนาคตจะพยายามพัฒนาแม่ข่าย (ชุด 2) ให้เป็นผู้สนับสนุน ซึ่งทางจังหวัด จะมีการพัฒนาศักยภาพของทีมแม่ข่ายให้สามารถ support ในเรื่องวิชาการ

การดำเนินการในส่วนของการประเมินจะทำการประเมินในด้าน ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ด้านผลผลิต คือ การ ANC ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ ผลลัพธ์ คือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ในด้านผลกระทบ คือ หลังจากทำให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยแล้ว ยังคงมีการเกิด low birth weight หรือในเรื่องอื่นๆ อีกหรือไม่ หากยังคงเกิดขึ้นอีก ทางจังหวัดจะประสานงานลงไปยังพื้นที่โดยตรง เพื่อติดตามการดำเนินการ แก้ไขในเรื่องดังกล่าวอย่างไร เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผล

ระบบงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

โครงการวิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลระบบงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอสันทราย ใน โรงพยาบาลสันทราย ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหารและสถานีอนามัยบ้านหนองมะจับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระบบงานอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลสันทราย

ระบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลสันทราย ให้บริการฝากครรภ์ในวันจันทร์และวันพุธ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ จะมีการลงทะเบียน และตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันผลการตั้งครรภ์ ในกรณีเป็นการฝากครรภ์ครั้งแรก (First ANC) จะมีการส่งพบแพทย์ทุกราย หลังจากนั้นจะเป็นการให้คำปรึกษา (Counseling) และทำการเจาะเลือด และส่งต่อไปทำการฝากครรภ์ โดย มีการลงบันทึกในสมุดทะเบียน และสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ทำการซักประวัติการตั้งครรภ์ ประเมินภาวะเสี่ยง และนัด ฟังผลเลือดใน 1 สัปดาห์ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีผลเลือดผิดปกติ จะทำการส่งพบแพทย์ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดปกติ หากเป็นหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบจะทำการนัดฝากครรภ์ครั้งต่อไป หากเป็นนอกเขต จะทำการชี้แจงให้มารับบริการต่อในสถานีอนามัยใกล้บ้าน โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้รับบริการ ว่าสะดวกจะรับบริการที่สถานบริการใด และในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการไม่ตรงกับวันที่มีคลินิก ANC ทางโรงพยาบาลจะทำการส่งหญิงตั้งครรภ์และสามี รับการให้คำปรึกษาก่อน แล้วนัดทำการ ANC ในวันที่ตรงกับคลินิกอีกครั้ง

การให้บริการฝากครรภ์ ของโรงพยาบาลสันทราย มีเจ้าหน้าที่ คือ พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก จำนวน 1 ท่าน และมีพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนมาช่วยบริการวันที่มีคลินิก 1 ท่าน ในรพ. สันทราย กลุ่มงานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กที่รับผู้มาฝากครรภ์ ที่อยู่ในเขตบริการ (เครือข่าย UC อำเภอสันทราย) รวมทั้งคนต่างด้าว สถานที่รับฝากครรภ์ คือ ห้องคลอด โดยเฉลี่ยมีผู้มาบริการเฉลี่ยวันละ 10 – 15 ราย คิดเป็นรายใหม่ 1 – 9 ราย/เดือน

การ Complete record จะบันทึกในแบบฟอร์มสมุด ANC และ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) เนื้อหา/ข้อมูล ที่เน้น คือ

- การซักประวัติ LMP กรณีจำไม่ได้ จะใช้วันสำคัญเปรียบเทียบ
- อายุครรภ์ ดูหลายปัจจัยประกอบ คือ ประวัติเด็กด้น การตรวจมดลูกทางหน้าท้อง การวัดระดับยอดมดลูก Ultrasound
- การตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจครรภ์
- Vallop Curve

การให้คำปรึกษา จะมีทีมผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลจากจุดบริการต่างๆ โดยมีเวรรับผิดชอบโดยเฉลี่ย 1 วัน/สัปดาห์ จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาทั้งผู้รับบริการทั่วไปและหญิงตั้งครรภ์ เพราะฉะนั้นทีมผู้ให้คำปรึกษาจะทำงานและเชื่อมโยงกับทีมห้องคลอด ห้องบริการฝากครรภ์ ร่วมจัดระบบให้บริการที่เกี่ยวข้อง ทั้งในรายที่ปกติและผิดปกติ ให้เจาะเลือดตรวจจะให้บริการตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเฉพาะการตรวจโรคเลือดจาง ธาลัสซีเมีย ดับอีกเสบ ปี จะขอตรวจในสามทุกราย ยกเว้น Anti – HIV ที่ต้องได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการ การให้บริการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์จะให้บริการทุกวัน

ใน ระยะคลอด เมื่อหญิงตั้งครรภ์มารับบริการ จะมีการประเมินอาการเบื้องต้น ที่ OPD (ในเวลา) และ ER (นอกเวลา) ว่ามีอาการเจ็บครรภ์จริงและต้องให้การช่วยเหลือเบื้องต้นหรือไม่ แล้วจึงส่งต่อห้องครรภ์ ซึ่งเจ้าหน้าที่ห้องครรภ์จะประเมินอาการซ้ำและประเมินภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ การประเมินอาการซ้ำที่ห้องคลอดจะเป็นการซัก

ประวัติการมารับบริการ และการตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางหน้าท้อง กรณีที่ตรวจพบความผิดปกติ หรือมีภาวะเสี่ยงระยะตั้งครรภ์ รายงานแพทย์ ถ้าแพทย์ให้รับไว้ดูแลต่อจะรับไว้ที่ห้องคลอด

ก่อนเข้าสู่ระยะคลอด มีการเตรียมความพร้อมวัสดุ อุปกรณ์การคลอด และการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพของมารดา และทารกกรณีอยู่ในภาวะวิกฤต โดยเจ้าหน้าที่ห้องคลอด ในระยะคลอดจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาล ช่วยดูแลผู้คลอดและรับเด็ก พร้อมทั้งบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงขณะคลอด และรายงานแพทย์กรณีผู้ตั้งครรภ์มีอาการผิดปกติ หลังจากการคลอดสิ้นสุดลง หญิงตั้งครรภ์จะนอนสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหลังคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายไปที่ห้องผู้ป่วยหญิง

ระยะหลังคลอด หญิงหลังคลอดจะได้รับการส่งต่อไปที่สถานบริการใกล้บ้าน โดยเจ้าหน้าที่พยาบาล หรือผู้ป่วยหญิง จะส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้เอกสาร บส. 08 เพื่อติดตามเยี่ยมดูแลหลังคลอดที่บ้าน โดยนัดมาตรวจหลังคลอดพร้อมวางแผนครอบครัวหลังคลอด 1 เดือน ที่โรงพยาบาลสันทราย

ในส่วนของการให้บริการฝากครรภ์ใน สถานีนอนามัย ที่เป็นเครือข่ายของ โรงพยาบาล มีการให้บริการ ฝากครรภ์ (ANC) โดยใช้แนวทางเดียวกันกับ โรงพยาบาล โดยอำเภอสันทราย มีการให้บริการฝากครรภ์ในสถานีนอนามัย ประมาณ 5 – 6 แห่ง โดยเป็นสถานีนอนามัยที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำการ โดยผู้มารับบริการ ANC รายใหม่ที่โรงพยาบาล หากอยู่ในเขตบริการของสถานีนอนามัย โรงพยาบาลจะแนะนำให้ไปรับบริการต่อที่สถานบริการใกล้บ้าน โดยโรงพยาบาลจะสนับสนุนในเรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรับส่งต่อกรณีที่มีอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ หรือ วิชาชีพอื่น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลในศูนย์สุขภาพชุมชนและ สถานีนอนามัย จำนวน 2 แห่ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระบบงานอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร

การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ที่ PCU หนองหาร จัดให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้งทุกวันพฤหัสบดี ให้บริการแก่ผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบเป็นหลัก ในกรณีที่เป็นผู้รับบริการนอกพื้นที่จะให้บริการในครั้งแรกแล้วแนะนำให้ไปรับบริการต่อที่โรงพยาบาลสันทราย สถานบริการแห่งนี้มีผู้มารับบริการฝากครรภ์โดยเฉลี่ย 5 คน /สัปดาห์ ซึ่งจำนวนผู้มารับบริการดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่แต่ละช่วงเวลา อย่างไรก็ตามเนื่องจากพื้นที่รับผิดชอบตั้งอยู่ใกล้ตัวเมือง ทำให้กลุ่มเป้าหมายบางส่วนไปรับบริการที่โรงพยาบาลใกล้เคียงหรือบางส่วนไปรับบริการที่โรงพยาบาลสันทราย

ระยะเวลาในการให้บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์รายใหม่จะใช้เวลาประมาณ 45 นาที เนื่องจากต้องผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือด การเจาะเลือด การทำบันทึกทะเบียนประวัติ ส่วนระยะเวลาการบริการหญิงตั้งครรภ์รายเก่าจะใช้เวลาเฉลี่ย 20 นาที ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์เข้ามาใช้บริการจะมีการค้นแฟ้มประวัติ ตรวจร่างกาย เบื้องต้น โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

ในการบริการฝากครรภ์ มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก 1 ท่าน หากมีผู้มารับบริการจำนวนมาก จะมีเจ้าหน้าที่ท่านอื่นมาช่วยบริการในเรื่องการให้คำปรึกษา บทบาทของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหารในงานอนามัยแม่และเด็ก มีความครอบคลุมตั้งแต่การค้นหากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การให้บริการฝากครรภ์ และการเยี่ยมหลังคลอด

การค้นหากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จะดำเนินการโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ค้นหาและแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ รวมถึงการติดตามความครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ที่ไปรับบริการฝากครรภ์และคลอดในสถานบริการอื่น ๆ อีกด้วย

กระบวนการฝากครรภ์ในสถานบริการ หญิงตั้งครรภ์เมื่อมารับบริการ จะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะเสี่ยงตามแบบฟอร์ม รบ. 1 ต.05 และมีการให้คำปรึกษา (Counseling) ทำการเจาะเลือด โดยทางศูนย์สุขภาพชุมชนจะทำการส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลสันทราย หลังจากนั้นมีการนัดฟังผลเลือดอีก 2 สัปดาห์ ในส่วนของการให้ความรู้และสุศึกษา ทางศูนย์สุขภาพชุมชน จะมีการประเมินความรู้และให้ความรู้ตามราย

ไตรมาส โดยไตรมาสแรกเป็นเรื่องของการปฏิบัติตัว เพศสัมพันธ์ สิ่งผิดปกติต่าง ๆ อาการแพ้ท้อง ไตรมาสที่สอง เรื่องการบริโภคอาหาร การตรวจเลือด และไตรมาสสุดท้าย เรื่องการเตรียมตัวก่อนคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ระบบข้อมูล

1. ใช้แฟ้มอนามัยครอบครัว (Family Folder) ในการเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในสถานบริการ โดยใช้แบบฟอร์มบันทึกการรับบริการฝากครรภ์
2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)

2. ระบบงานอนามัยแม่และเด็ก สถานีอนามัยบ้านหนองมะจับ

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของสถานีอนามัยบ้านหนองมะจับ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่ โรงพยาบาลสันทรายและคลินิก ในปีงบประมาณที่ผ่านมาทางสถานีอนามัยได้ให้บริการตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ ที่ให้ผลบวก จำนวน 2 ราย และได้แนะนำให้ไปรับบริการการตรวจครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลสันทรายเพื่อทำการเจาะเลือด พบแพทย์ และทันตแพทย์ หลังจากนั้นจึงให้มารับบริการฝากครรภ์ที่สถานีอนามัย แต่พบว่าหญิงตั้งครรภ์เกือบทุกรายจะไปรับบริการต่อที่โรงพยาบาล ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ที่กลับมาบริการสถานีอนามัย จะมาขอรับคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แล้วไปรับบริการต่อที่โรงพยาบาลตามวันนัด ถึงแม้ว่าสถานีอนามัยแห่งนี้จะไม่ค่อยได้ให้บริการฝากครรภ์บ่อยนัก แต่ก็ได้จัดระบบการให้บริการหญิงฝากครรภ์ มีขั้นตอนดังนี้

ระบบการให้บริการฝากครรภ์

ถ้าหญิงตั้งครรภ์ มารับบริการครั้งแรก ด้วยมีอาการประจำเดือนไม่มา เจ้าหน้าที่จะซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป คือ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ซักประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติประจำเดือน แล้วตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ ถ้าผลบวกก็จะแนะนำให้ไปฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมทั้งตรวจเลือดที่โรงพยาบาลสันทราย โดยจะบันทึกข้อความส่งต่อในกระดาษทั่วไป พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย และอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์

ในระบบข้อมูลของสถานีอนามัย จะยังไม่มีกรลงทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ หรือกรออกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) แต่จะบันทึกเฉพาะรายละเอียดการมารับบริการและผลการตรวจปัสสาวะลงใน OPD CARD เท่านั้น

ระยะคลอด และหลังคลอด

หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ก็จะคลอดในสถานบริการที่ไปฝากครรภ์ และสถานบริการที่ให้เกือบทุกแห่งโดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐจะส่งต่อข้อมูลโดยใช้ใบส่งตัว บส.08 ซึ่งประกอบด้วยวิธีการคลอด สุขภาพเด็กแรกคลอด น้ำหนักเด็ก ยาและวัคซีนที่ให้กับแม่และเด็ก วันนัดบริการครั้งต่อไป นอกจากข้อมูลหญิงหลังคลอด ที่ได้รับจาก จากโรงพยาบาลต่างๆโดยใบส่งตัวแล้ว ยังได้รับข้อมูลจาก อสม. ซึ่งมีอยู่ทุกหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ก็จะออกติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย การให้บริการการคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด การวางแผนครอบครัว และการพาบุตรไปฉีดวัคซีนตามนัด เมื่อกลับจากการเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่จะมีการบันทึกข้อมูลลงใน OPD CARD ของมารดา พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในคอมพิวเตอร์

สำหรับเรื่องการวางแผนครอบครัวหรือการตรวจหลังคลอด พบว่ามีจำนวนน้อยมากที่มาบริการวางแผนครอบครัวหรือตรวจหลังคลอด จากการสังเกตของเจ้าหน้าที่ที่อยู่ประจำสถานีอนามัยถ้าเจ้าหน้าที่ให้บริการเป็นผู้ชายจะไม่ยอมให้ฉีดยาหรือตรวจภายในเลย แต่ถ้าอยู่ในช่วงของการรณรงค์การตรวจจะเร่งปากมดลูกก็พอมิผู้รับบริการตรวจหลังคลอดบ้าง เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ผู้หญิงมาให้บริการ

ระบบข้อมูล

ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองมะจับ ใช้ OPD Card ในการลงบันทึกข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ โดยจะบันทึกเฉพาะรายละเอียดการมารับบริการ ผลการตรวจปัสสาวะ เท่านั้น ไม่มีการลงทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ หรือให้สมุดสีชมพู เนื่องจากทำการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลสันทราย และใช้ Family Folder และ OPD Card ในการติดตามหญิงหลังคลอด

ระบบงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

การให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลสะเมิง และสถานีอนามัยบ้านป๋อก โดยบทบาทหลักของการให้บริการจะอยู่ที่โรงพยาบาลสะเมิง

ระบบงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลสะเมิง

การให้บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์

โรงพยาบาลสะเมิงมีการให้บริการฝากครรภ์ทุกวันพุธ สำหรับผู้มารับบริการฝากครรภ์รายใหม่ที่มาใช้บริการไม่ตรงกับวันพุธ ถ้าตรวจปัสสาวะพบว่าตั้งครรภ์ ก็จะให้บริการฝากครรภ์ โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันที่เปิดบริการฝากครรภ์

การฝากครรภ์ครั้งแรก จะมีการลงทะเบียนรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ หลังจากได้รับการตรวจปัสสาวะยืนยันการตั้งครรภ์แล้วจะมีการตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ โดยแพทย์ เพื่อวินิจฉัยการตั้งครรภ์และตรวจปอด หัวใจ ม้ามและตับ หลังจากนั้นผู้รับบริการฝากครรภ์จะถูกส่งไปพร้อมกับ OPD Card เพื่อรับการฝากครรภ์ต่อที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อทำการซักประวัติและให้คำปรึกษา และการประเมินภาวะเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการประเมินความเสี่ยงทางด้านร่างกายและจิตใจ คนที่เกี่ยวข้องในครอบครัว โดยประเมินความพร้อมของผู้รับบริการในการบริการฝากครรภ์ หลังจากได้รับการตรวจปัสสาวะยืนยันการตั้งครรภ์และที่หน่วยบริการฝากครรภ์จะมีการตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ และการให้บริการให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อประเมินความเสี่ยง หลังจากที่ได้รับบริการได้รับการประเมินความเสี่ยงและพบว่ามีความเสี่ยงข้อมูลจะถูกบันทึกใน รบ. 1 ต 05 และสมุดสุขภาพแม่และเด็ก และมีสัญลักษณ์คำว่า “HIGH RISK เรื่อง.....” ที่สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ในกรณีที่มารับบริการครั้งแรกจะพบแพทย์ในวันที่มาฟังผลการตรวจเลือด อีก 1 สัปดาห์ต่อมา สำหรับภาวะเสี่ยงจะเกิดขึ้นในระหว่างที่มารับบริการฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการจะพิจารณาและลำดับความสำคัญของความเสี่ยงว่าอยู่ในระดับที่เป็นภาวะฉุกเฉินหรืออยู่ในระดับที่รุนแรงหรือไม่ วิธีการแก้ไขปัญหาที่เริ่มตั้งแต่การให้ศึกษา คำแนะนำ การนัดมาตรวจถี่ขึ้นหรือเป็นภาวะเสี่ยงจะต้องพบแพทย์เลย

การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจเลือดรวมกับการให้บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจเลือดเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษาโดยเฉลี่ยรายละเอียด 20 นาที โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฝากครรภ์เป็นผู้ให้คำปรึกษา การให้บริการจะมีห้องให้คำปรึกษาแยกเฉพาะ แต่จะอยู่บริเวณเดียวกันกับห้องบริการตรวจครรภ์ การนัดฟังผลเลือดจะนัดอีก 1 สัปดาห์

การให้ศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นกรณีให้ศึกษารายบุคคลซึ่งผู้ให้บริการแต่ละขั้นตอนจะให้ศึกษาและคำแนะนำสอดคล้องไประหว่างให้บริการ โดยในการบริการฝากครรภ์ครั้งแรกจะเน้นในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์และแนะนำการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ อาหาร เป็นต้น สำหรับการรับบริการฝากครรภ์ครั้งต่อไป การให้ศึกษาตามไตรมาสและปัญหาที่ตรวจพบ

ผู้ให้บริการ

การให้บริการฝากครรภ์ของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวมีเจ้าหน้าที่ประจำคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน มีผู้มารับบริการฝากครรภ์โดยเฉลี่ยวันละ 6-7 คน มีรูปแบบการให้บริการเน้น One Stop Service ระยะเวลาให้บริการครั้งแรกประมาณ 45 นาที และให้บริการครั้งต่อไป ประมาณ 20 นาที

ระบบข้อมูล

ระบบข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลสะเมิง จะประกอบด้วย

1. เอกสารที่ใช้บันทึกและจัดเก็บที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ OPD Card ซึ่งจะบันทึกการมารับบริการสุขภาพทั่วไป การมารับบริการเวลามีอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ในช่วงเวลานอกราชการ

2. เอกสารที่ใช้บันทึกและจัดเก็บที่งานเวชปฏิบัติครอบครัว (ANC Clinic)

- ทะเบียนผู้มารับบริการ ANC จะบันทึกข้อมูลประวัติส่วนตัวและประวัติการตั้งครรภ์ของผู้มารับบริการทั้งในและนอกเขตบริการโรงพยาบาล
- OPD Card บันทึกประวัติการมารับบริการ ANC ครั้งแรกและกรณีผู้มารับบริการมีปัญหาที่ต้องส่งต่อเพื่อพบแพทย์และส่งคืนกลับมา ANC Clinic พร้อมกับผู้รับบริการ ซึ่ง OPD Card จะถูกจัดเก็บที่ ANC Clinic
- รบ.1 ต 05 แบบบันทึกประวัติรายละเอียดการมารับบริการแต่ละครั้ง และแนวทางการดูแลรักษา จัดเก็บรวมกับ OPD Card เก็บไว้ที่ ANC Clinic

3. เอกสารที่มีการเคลื่อนย้าย และมีการใช้ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและ ANC Clinic

- สมุดบันทึกอนามัยแม่และเด็ก จะใช้บันทึกรายละเอียดของการตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจครรภ์ การประเมินปัจจัยเสี่ยงและการให้บริการดูแลรักษาผู้รับบริการทุกครั้งที่มา ANC สมุดนี้ผู้รับบริการจะเก็บไว้และนำมาด้วยทุกครั้ง ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและ ANC Clinic
- OPD Card (ANC) กรณีมีการส่งต่อผู้รับบริการมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจะมีการบันทึกการวินิจฉัยและการให้การรักษารักษาของแพทย์ไว้ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับทีมให้บริการ ANC

การเชื่อมโยงข้อมูลในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน

1. กรณีปัญหาสุขภาพทั่วไป ผู้รับบริการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ข้อมูลการมารับบริการจะถูกบันทึกใน OPD Card ซึ่งจะไม่มีการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน ในกรณีที่ต้องการหา ข้อมูล สามารถเชื่อมต่อข้อมูลไปที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้ Hospital Number (HN) ที่บันทึกไว้ใน OPD Card /สมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก โดยอาศัยระบบคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่อแต่ละบริการภายในโรงพยาบาล
2. กรณีที่มีสภาพปัญหาที่มีความสำคัญกับการตั้งครรภ์ มีคลินิกบริการฝากครรภ์จะใช้แบบฟอร์ม รบ.1 ต 05 และสมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็กเป็นหลัก ในการส่งต่อข้อมูลที่เป็นปัจจัยเสี่ยง/อาการผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์ หรือการดูแลรักษาและแผนการดูแลรักษาในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการ

ระบบงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

โครงการวิจัยนี้ทำการศึกษาระบบงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการเก็บข้อมูลในศูนย์แพทย์ดอนแก้วและสถานอนามัยบ้านสะลงนอก

1. ระบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลนครพิงค์

การให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลนครพิงค์มีบริการ ANC ในวันจันทร์ อังคาร พุธ และศุกร์ โดยในช่วงเช้าเป็นการให้บริการในเฉพาะรายใหม่ ส่วนในช่วงบ่ายระหว่างเวลา 13.00 – 15.00 น. จะให้บริการทั้งรายใหม่และเก่า โดยการดำเนินงานของงาน ANC ขึ้นตรงกับ แผนก OPD การให้บริการหญิงตั้งครรภ์รายใหม่จะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงเศษโดยกระบวนการให้บริการประกอบด้วยการซักประวัติตามหลักทั่วไปของการฝากครรภ์ มีการให้คำปรึกษา (counseling) ในคลินิกเฉพาะกรณี Post Counseling และแจ้งผลการตรวจเลือด ส่วน Pre Counseling จะส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยจิตเวช กรณีผล Positive และ Post Counseling มีปัญหา ก็จะส่งหน่วยจิตเวชเช่นกัน ซึ่งในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา มีในเรื่อง การตรวจหา HIV ซิฟิลิส ตับอักเสบนานบี ชาติสซีเมีย และความเข้มข้นของเลือด (Hct) หลังจากนั้นมีการเจาะเลือดผู้รับบริการ และจะทราบผลเลือดภายใน 7 วัน ซึ่งในวันที่มีการบอกผลเลือดจะมีการให้ความรู้ และให้ดู VCD ขณะรอรับบริการ ANC ด้วยสำหรับการให้สุศึกษาจะให้ป็นรายกลุ่ม โดยมีการแจกแผ่นพับและเอกสาร ปัจจุบันมีการให้สุศึกษาในช่วงเวลาประมาณ 10.00 – 11.30 น. และให้สุศึกษาเพิ่มเติมรายบุคคล ที่จุดออกไปนัดฝากครรภ์ครั้งต่อไป โดยจะประเมินจากอายุครรภ์ ในการให้สุศึกษา

การประเมินภาวะเสี่ยงจะทำในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยส่วนใหญ่ที่เป็นชาวเขาจะพบ เรื่องอายุน้อย อายุมาก มีลูกมาก มีการ check list ตามคู่มือในสมุดอนามัยมารดาและทารก (สีชมพู) ส่วนการประเมินน้ำหนัก ไม่ได้ใช้ Vallop curve แต่จะดูน้ำหนักของมารดาถ้าน้ำหนักไม่ขึ้นหรือผิดปกติจะใช้ปากกาตีทำเครื่องหมายไว้ หรืออายุครรภ์ไม่ได้สัดส่วนกันกับความสูงของมดลูกที่วัดได้ก็จะทำเครื่องหมายไว้ให้แพทย์เห็นชัดเจนในสมุดสีชมพู เพื่อให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยต่อไป

ระบบการส่งต่อ ในกรณีที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ภายหลังจากการคลอดแล้ว จะมีทีมเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ติดตามเยี่ยมหลังคลอด หากเป็นหญิงตั้งครรภ์นอกเขต จะมีให้ทีมของ PCU เครือข่ายและสถานีอนามัยทำการติดตามเยี่ยม

ผู้ให้บริการ

1. พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ให้บริการหลัก โดยจะเป็นพยาบาลประจำ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่หมุนเวียนมาให้บริการ อีก 1 ท่าน และมีผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 1 ท่าน บทบาทหน้าที่ จะทำการซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต
2. แพทย์ โดยในแต่ละวันที่มีคลินิกจะมีแพทย์ประจำ จำนวน 1 – 2 คน โดยมีหน้าที่ในการตรวจครรภ์ ทุกราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิก

ระบบข้อมูล

1. ใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้โปรแกรมในส่วน of OPD
2. มีทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ โดยทำการปรับรายงาน รบ 1 ต. 05 ให้เป็นรูปแบบของโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งจะวางแผนร่วมกันของทีม PCT

2. ระบบงานอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว

เนื่องจากศูนย์แพทย์ดอนแก้วมีสถานที่ตั้งอยู่ในชุมชนเมือง ซึ่งที่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลนครพิงค์ โรคพยาบาลเอกชนและคลินิกต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบส่วนใหญ่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลนครพิงค์ หรือคลินิกแพทย์ใกล้เคียง และบางส่วนไปรับบริการจากโรงพยาบาลในอำเภอเมือง

การดูแลหญิงตั้งครรภ์จะมีการรับข้อมูลการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการจากโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งทางกลุ่มงานเวชกรรมสังคมติดตามเก็บข้อมูลรายงานจากคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลเท่านั้น โดยระบบการดูแลจะเป็นของโรงพยาบาลนครพิงค์

การดูแลในระยะหลังคลอด มีการรวบรวมข้อมูลหญิงคลอดจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล จากนั้นเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์จะทำการจดบันทึกข้อมูลหญิงคลอดในสมุดที่จัดทำขึ้น แล้ววางแผนออกให้บริการเยี่ยมหลังคลอดในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวน 4 หมู่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง เพื่อติดตามดูแล ให้คำแนะนำการปฏิบัติ การเลี้ยงดูบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การแนะนำหลังการตรวจหลังคลอด การนัดตรวจแผนครอบครัว

การตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์และการตรวจมะเร็งปากมดลูกนั้นไม่ได้ให้บริการที่ศูนย์ฯ เจ้าหน้าที่จะแนะนำให้หญิงหลังคลอด ไปรับบริการที่โรงพยาบาลนครพิงค์ตามนัด สำหรับการวางแผนครอบครัวหลังคลอดครั้งแรานั้นหญิงหลังคลอดจะได้รับบริการที่โรงพยาบาลหลังจากการตรวจหลังคลอดแล้ว แต่การรับบริการครั้งต่อไปผู้รับบริการอาจกลับมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์อีกได้ขึ้นกับความสมัครใจ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ไม่ได้เปิดให้บริการที่ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว เจ้าหน้าที่จะแนะนำให้พาเด็กไปรับบริการที่โรงพยาบาลนครพิงค์ตามกำหนดนัด

ระบบข้อมูล

ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว ไม่มีระบบข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการค้นหาข้อมูลในพื้นที่และไม่มี การจัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่ ไม่มีการบันทึกข้อมูลและประวัติการตั้งครรภ์และไม่ได้ใช้แบบฟอร์ม รบ.1

ต.05 มีการจัดทำแฟ้มบันทึกสุขภาพครอบครัว แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกหลังคาเรือนและหมู่บ้าน แต่มีสมุดบันทึกรายชื่อและที่อยู่หลังคลอด และมีการบันทึกการเยี่ยมหลังคลอดในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

3. ระบบงานอนามัยแม่และเด็ก สถานีอนามัยบ้านสะลงนอก

การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก

ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีการซักประวัติคนไข้จะใช้ประเด็นตามใบ รบ 1 ต 05 เป็นหลัก และถามประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติม และมีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ในการให้คำปรึกษา Pre-Post HIV Counseling จะทำโดยโรงพยาบาลนครพิงค์ แต่จะมีคนใช้ส่วนหนึ่งที่ขอพบเจ้าหน้าที่ สอ.ก่อนเพราะกลัวการเจาะเลือด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยปกติจะตรวจ Albumin, Sugar, หน้าที่้อง, HIV, VDRL, HBV Hematocrit สำหรับ Hb -Hemoglobin จะตรวจเฉพาะกรณีที่มี Hct<32 %

การประเมินความเสี่ยง

หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการประเมินความเสี่ยงจากโรงพยาบาลนครพิงค์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ถ้าอยู่ในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลจะทำเครื่องหมาย High Risk ทางสถานีอนามัยก็จะนำมาเป็นแนวปฏิบัติ ในกรณีที่เราตรวจและพบ high risk เองก็จะแนะนำให้ไปพบแพทย์และจะช่วย follow up ให้เป็นราย ๆ ไป ในการติดตาม เรื่อง ภาวะโภชนาการจะใช้ Vallop curve และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งในกรณีที่แม่มีน้ำหนักน้อย จะให้ศึกษาเป็นราย ๆ ไป เพราะผู้ป่วยมีจำนวนน้อย และมีเวลาว่างไม่ตรงกัน

ผู้ให้บริการ

ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสะลงนอก มีผู้ให้บริการทั้งสิ้น 3 คน

ระบบข้อมูล

ระบบการเก็บข้อมูลของ สอ. สะลงนอก เมื่อผู้รับบริการมาตรวจ เจ้าหน้าที่จะบันทึกผลการตรวจลงในสมุดสีชมพูก่อน แล้วจึงคัดลอกลงในใบสีฟ้า(รบ 1 ต 05) อีกครั้ง อย่างไรก็ตามมีข้อมูลบางส่วนที่อาจจะขาดหายไป เช่น ในกรณีที่ผู้รับบริการอยู่บนที่สูง และครรภ์ผิดปกติซึ่งจะฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่ทราบรายละเอียดของการตั้งครรภ์ช้า โดยจะทราบเมื่อคลอดแล้วเท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาจมีการนัดฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทุกครั้ง จึงไม่มีการส่งตัวไปฝากครรภ์ครั้งที่ 2-4 ที่สถานีอนามัย

ผลลัพธ์การดำเนินงาน อนามัยแม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของการฝากครรภ์ แยกตามรายสถานบริการ

CUP	สถานบริการ	การฝากครรภ์				รวม
		ครรภ์แรก	ครรภ์ที่ 2-4	ครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป	ไม่ทราบข้อมูล	
สะเมิง	โรงพยาบาลสะเมิง	23 (59.0)	14 (35.9)	1 (2.6)	1 (2.6)	39 (100)
	สถานีอนามัยบ้านป้อก	2 (33.3)	4 (67.7)	0	0	6 (100)
สันทราย	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองหาร	15 (42.9)	20 (57.1)	0	0	35 (100)
	สถานีอนามัยบ้านหนองมะจับ	8 (50.0)	8 (50.0)	0	0	16 (100)
แมริม	ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว	10 (33.3)	17 (56.7)	0	3 (10.0)	30 (100)
	สถานีอนามัยบ้านสะลงนอก	5 (22.7)	15 (68.2)	2 (9.1)	0	22 (100)
รวม CUP เชียงใหม่		63 (42.6)	78 (52.7)	3 (2.0)	4 (2.7)	148 (100)
ภาค	เหนือ	107 (44.6)	123 (51.3)	6 (2.5)	4 (1.7)	240 (100)
	กลาง	168 (50.3)	162 (48.5)	4 (1.2)	0	334 (100)
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	239 (51.2)	220 (47.1)	2 (0.4)	6 (1.3)	467 (100)
	ใต้	441 (37.1)	567 (47.7)	163 (13.7)	17 (1.4)	1188 (100)
ภาพรวม ประเทศ		955 (42.8)	1072 (48.1)	175 (7.9)	27 (1.2)	2229 (100)

จากตาราง ในภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การฝากครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 – 4 คิดเป็นร้อยละ 52.7 และเมื่อเปรียบเทียบกับในระดับประเทศ พบว่า มีมารดาที่มาฝากครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 – 4 ร้อยละ 48.7 ซึ่งต่ำกว่าของจังหวัดเชียงใหม่ แต่อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลข้างต้นไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน ถึงคุณภาพของระบบงานอนามัยแม่และเด็ก แต่หากมีข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนของการวางแผนครอบครัวก่อนการตั้งครรภ์ ข้อมูลนี้อาจชี้ให้เห็นถึงคุณภาพของการวางแผนครอบครัว ซึ่งไม่ควรเกิด ภาวะตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือการตั้งครรภ์ในครั้งสูง ๆ ซึ่งข้อมูลของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีมารดาที่มีการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 15.3 ในขณะที่ระดับประเทศ มีมารดาที่มีการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป ถึงร้อยละ 27.7 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มอายุมารดาที่มาฝากครรภ์ แยกตามสถานบริการ

CUP	สถานบริการ	กลุ่มอายุ				
		< 17 ปี	17-34 ปี	> 35 ปี	ไม่ทราบอายุ	รวม
สระเมิง	โรงพยาบาลสระเมิง	4 (10.3)	33 (84.6)	1 (2.6)	1 (2.6)	39 (100)
	สถานอนามัยบ้านป้อก	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)	0	6 (100)
สันทราย	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหนองหาร	4 (11.4)	27 (77.1)	4 (11.4)	0	35 (100)
	สถานอนามัยบ้านหนองมะจับ	1 (6.3)	12 (75.0)	3 (11.4)	0	16 (100)
แมริม	ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว	1 (6.3)	16 (53.3)	4 (13.3)	9 (30.0)	30 (100)
	สถานอนามัยบ้านสะลงนอก	0	18 (81.8)	4 (18.2)	0	22 (100)
รวม CUP เชียงใหม่		11 (7.4)	110 (74.3)	17 (11.5)	10 (6.8)	148 (100)
ภาค	เหนือ	14 (5.8)	186 (77.5)	29 (12.1)	11 (4.6)	240 (100)
	กลาง	28 (8.4)	276 (82.6)	30 (9.0)	0	334 (100)
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	18 (3.9)	398 (85.2)	42 (9.0)	9 (1.9)	467 (100)
	ใต้	28 (2.4)	932 (78.5)	216 (18.2)	12 (1.0)	1188 (100)
ภาพรวม ประเทศ		88 (3.9)	1792 (80.4)	317 (14.2)	32 (1.4)	2229 (100)

จากตาราง ในกลุ่มเสี่ยงอายุน้อยกว่า 17 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่า ในสถานอนามัยบ้านป้อก มีอัตรากลุ่มเสี่ยงอายุน้อยกว่า 17 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ โรงพยาบาลสระเมิงมีอัตรา กลุ่มเสี่ยงต่ำที่สุด ร้อยละ 12.5 ส่วนในภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ มีอัตรากลุ่มเสี่ยง อายุน้อยกว่า 17 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.6 และเมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศ พบว่า มีอัตรากลุ่มเสี่ยงอายุน้อยกว่า 17 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.4 ซึ่งต่ำกว่าจังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ แยกตามสถานบริการ

CUP	สถานบริการ	จำนวนหญิงตั้งครรภ์รับบริการ						รวม
		No ANC	ANC 1 ครั้ง	ANC 2 ครั้ง	ANC 3 ครั้ง	ANC 4 ครั้ง	Abortion	
สะเมิง	โรงพยาบาลสะเมิง	0	0	0	0	39 (100)	0	39 (100)
	สถานีอนามัยบ้านป๋อก	1 (16.7)*	1 (16.7)	1 (16.7)	0	3 (50.0)	0	6 (100)
สันทราย	ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร	0	0	0	0	35 (100)	0	35 (100)
	สถานีอนามัยบ้านหนองมะจับ	0	0	0	0	16 (100)	0	16 (100)
แมริม	ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว	4 (13.3)	5 (16.7)	3 (10.0)	5 (16.7)	13 (43.3)	0	30 (100)
	สถานีอนามัยบ้านสะลงนอก	1 (4.5)	0	1 (4.5)	1 (4.5)	19 (68.4)	0	22 (100)
รวม CUP เชียงใหม่		6 (4.1)	6 (4.1)	5 (3.4)	6 (4.1)	125 (84.5)	0	148 (100)
ภาค	เหนือ	6 (2.5)	23 (9.6)	6 (2.5)	14 (5.8)	191 (79.6)	0	240 (100)
	กลาง	6 (1.8)	2 (0.6)	4 (1.2)	32 (9.7)	286 (86.7)	0	330 (100)
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	62 (13.3)	40 (8.6)	22 (4.7)	63 (13.5)	279 (59.7)	1 (0.2)	467 (100)
	ใต้	13 (1.1)	40 (3.4)	28 (2.4)	36 (3.0)	1071 (90.2)	0	1188 (100)
ภาพรวม ประเทศ		87 (3.9)	105 (4.7)	60 (2.7)	145 (6.5)	1827(82.1)	1 (0.0)	2225 (100)

หมายเหตุ * ตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์

จากตาราง ในภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 84.5 และเมื่อพิจารณาตามสถานบริการ หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสะเมิง ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร และสถานีอนามัยบ้านหนองมะจับ ทุกรายมีการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ ส่วนของสถานีอนามัยบ้านสะลงนอก ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว และสถานีอนามัยบ้านป๋อก มีการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.4, 43.3 และ 50.0 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบภาพรวมของระดับประเทศ พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง ร้อยละ 82.1 ซึ่งต่ำกว่าภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่

ในส่วนของการฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง และการไม่ได้ฝากครรภ์นั้น เมื่อพิจารณาตามสถานบริการพบว่า ในอำเภอแมริม มีจำนวนผู้ที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้งและไม่ได้ฝากครรภ์มากที่สุด เนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะทำงาน รับจ้าง ไม่เป็นหลักแหล่ง การติดตามข้อมูลทราบแล้วเมื่อคลอด ทำให้ ขาดข้อมูลในส่วนของการฝากครรภ์ ส่วนในอำเภอสะเมิง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ จำนวน 1 รายนั้นเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทราบข้อมูลเมื่อคลอดแล้ว และ ในรายที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้งเนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากแล้วและไม่ได้ทำงานในหมู่บ้าน

ตารางที่ 4. แสดงจำนวน (ร้อยละ) วิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ แยกตามพื้นที่รับผิดชอบ

CUP	สถานบริการ	วิธีการคลอด					รวม
		คลอดปกติ	V/E	F/C	C/S	คลอด ผิดปกติ	
สะเมิง	โรงพยาบาลสะเมิง	26 (100)	0	0	0	0	26 (100)*
	สถานีอนามัยบ้านป๋อก	6 (100)	0	0	0	0	6 (100)
สันทราย	ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร	19 (73.1)	2 (7.7)	1 (3.8)	4 (15.4)	0	26 (100)**
	สถานีอนามัยบ้านหนองมะจับ	16 (100)	0	0	0	0	16 (100)
แมริม	ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว	11 (68.8)	1 (6.3)	0	4 (25.0)	0	16 (100)***
	สถานีอนามัยบ้านสะลงนอก	14 (63.6)	0	0	8 (36.7)	0	22 (100)
รวม CUP เชียงใหม่		92 (82.1)	3 (2.7)	1 (0.9)	16 (14.7)	0	112 (100)
ภาค	เหนือ	144 (75.4)	13 (6.8)	1 (0.5)	33 (17.3)	0	191 (100)
	กลาง	236 (73.5)	9 (2.8)	0	76 (23.7)	0	321 (100)
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	230 (65.2)	18 (5.1)	8 (2.3)	95 (26.9)	2 (0.6)	353 (100)
	ใต้	711 (69.8)	13 (1.3)	0	115 (11.3)	179 (17.6)	1018 (100)
ภาพรวม ประเทศ		1321 (70.2)	53 (2.8)	9 (0.5)	319 (16.9)	181 (9.6)	1883 (100)

หมายเหตุ * เมื่อเทียบกับตารางที่ 3 พบว่ามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่โรงพยาบาลสะเมิง ทั้งหมด 39 คน แต่มีเพียง 26 คน (66.7%) ที่ทราบวิธีการคลอด ในตารางที่ 4

** เมื่อเทียบกับตารางที่ 3 พบว่ามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหารทั้งหมด 35 คน แต่มีเพียง 26 คน (72.3%) ที่ทราบวิธีการคลอด ในตารางที่ 4

*** เมื่อเทียบกับตารางที่ 3 พบว่ามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว ทั้งหมด 30 คน แต่มีเพียง 16 คน (53.3%) ที่ทราบวิธีการ คลอดในตารางที่ 4

จากตาราง ในภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดส่วนใหญ่คลอดปกติ ร้อยละ 82.1 ซึ่งในพื้นที่ของโรงพยาบาลสะเมิง สถานีอนามัยบ้านป๋อก และสถานีอนามัยบ้านหนองมะจับ ทุกราย (100%) ใช้วิธีการคลอดปกติ และเมื่อเปรียบเทียบภาพรวมของระดับประเทศ พบว่า มีการคลอดปกติ ร้อยละ 70.2 ซึ่งต่ำกว่าภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ และจะเห็นได้ว่า ร้อยละของการคลอดปกติมีแนวโน้มลดลงในพื้นที่ใกล้เมือง ซึ่งแสดงให้เห็นในตารางที่ 5 โดยการคลอดปกติของสะเมิงมากกว่าสันทราย สันทรายมากกว่า แมริม(นครพิงค์) ทั้งที่ครรภ์แรกอำเภอแมริม มีสัดส่วนมากกว่า ที่อำเภอ สะเมิงและสันทราย โดยปัจจัยวิธีคลอดเกิดจาก ทั้งตัวมารดา ผู้ให้บริการ และขนาดของสถานบริการ ซึ่งโรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์และมีแพทย์เฉพาะทางในการให้บริการ และเมื่อนำข้อมูลในส่วนขอแบบบันทึกสุขภาพมาพิจารณาพบว่า ในอำเภอสันทรายและอำเภอสะเมิงผู้ที่ทำคลอดส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ในขณะที่อำเภอแมริม กว่า ร้อยละ 50 ทำคลอดโดยแพทย์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบฟอร์มการติดตามบริการสุขภาพของหญิงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ (MCH 1) ที่คลอดตั้งแต่ 1 ต.ค.47 - 31 ก.ค.48 พบว่าข้อมูลบางส่วนยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเก็บข้อมูลของโครงการวิจัยนี้ทำการเก็บข้อมูลโดยให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของแต่ละพื้นที่กรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม MCH 1 ในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งในกรณีที่หญิงคลอดบางรายที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอื่น ๆ เจ้าหน้าที่จะไม่สามารถติดตามรายละเอียดของข้อมูลบางอย่างได้ เช่น ข้อมูลวิธีการคลอด น้ำหนักเด็กแรกคลอด เป็นต้น

และเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการติดตามแบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพแบบบันทึกสุขภาพการฝากครรภ์ (Review Chart) พบว่า ในการบันทึกข้อมูล ทั้งในเรื่องการบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการตรวจครรภ์ และบันทึกการคลอดและเยี่ยมหลังคลอด พบว่า ส่วนใหญ่มีอัตราการบันทึกข้อมูลครบถ้วน ร้อยละ 70 โดยข้อมูลวิธีการคลอดมีการบันทึกข้อมูล ร้อยละ 79.7 ส่วนข้อมูลน้ำหนักทารกแรกคลอด มีการบันทึกข้อมูล ร้อยละ 71.9 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของ น้ำหนักทารกแรกเกิด แยกตามรายสถานบริการ

CUP	สถานบริการ	น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)					รวม
		ตั้งแต่					
		< 2,000	2,000 แต่ น้อยกว่า 2500	2,500 - 2,999	3,000 - 3,999	4,000 ขึ้น ไป	
สระเมิง	โรงพยาบาลสระเมิง	0	6 (24.0)	8 (32.0)	11 (44.0)	0	26 (100)
	สถานีอนามัยบ้านป้อก	1 (16.7)	3 (50.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	0	6 (100)
สันทราย	ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร	1 (3.8)	3. (11.2)	4 (15.4)	18 (69.2)	0	26 (100)
	สถานีอนามัยบ้านหนองมะจับ	0	1 (6.3)	4 (25.0)	11 (68.8)	0	16 (100)
แมริม	ศูนย์แพทย์ดอนแก้ว	1 (5.9)	2 (11.8)	6 (35.3)	8 (47.1)	0	16 (100)
	สถานีอนามัยบ้านสะลงนอก	0	4 (18.2)	10 (45.5)	8 (36.4)	0	22 (100)
รวม CUP เชียงใหม่		3 (2.7)	19 (17.0)	33 (29.5)	57 (50.9)	0	112 (100)
ภาค	เหนือ	4 (2.1)	20 (10.6)	50 (26.6)	114 (60.6)	0	188 (100)
	กลาง	3 (1.0)	28 (9.1)	97 (31.4)	169 (54.7)	12 (3.9)	309 (100)
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	4 (1.1)	11 (3.2)	128 (36.7)	198 (56.7)	8 (2.3)	349 (100)
	ใต้	19 (1.9)	42 (4.2)	348 (35.0)	556 (56.9)	20 (2.0)	995 (100)
ภาพรวม ประเทศ		30 (1.6)	101 (5.5)	623 (34.0)	1047 (57.1)	40 (2.2)	1831 (100)

จากตาราง ในภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่มีเด็กทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 19.6 และพบว่า เด็กทารกที่อยู่ในพื้นที่ของสถานีอนามัยบ้านป้อก มีอัตราเด็กทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 และเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมของระดับประเทศ พบว่า มีอัตราเด็กทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม เพียงร้อยละ 7.1 เท่านั้น

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้น เมื่อนำมาพิจารณา ร่วมกับความแตกต่างของบริบทของพื้นที่ พบว่า พื้นที่อำเภอสะเมิง เป็นอยู่ในพื้นที่ราบสูง เป็นพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะสถานีอนามัยบ้านป้อก ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชาวเขา ซึ่งมีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากคนพื้นราบ โดยลักษณะการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่จะบริโภคอาหารตามปกติ ไม่ได้มีการบำรุงครรภ์ เหมือนกับมารดาที่อยู่ในพื้นราบ

และจากข้อมูลดังกล่าว หากพิจารณาร่วมกับข้อมูลระบบการฝากครรภ์คุณภาพและการประเมินน้ำหนักตัวทารก โดยใช้ Vallop curve จะสามารถประเมินถึงคุณภาพของระบบงานอนามัยแม่และการดูแลเด็กได้ในอนาคต

ตารางที่ 7.1 แสดงข้อมูลการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ด้าน การบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์

CUP	ระดับการปฏิบัติตัว			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
สะเมิง	4 (12.5)	28 (87.5)	0	32 (100)
สันทราย	30 (73.2)	11 (26.8)	0	41 (100)
แมริม	23 (51.1)	22 (48.9)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	57 (48.31)	61 (51.69)	0	118 (100)
ภาค				
เหนือ	92 (52.9)	82 (47.1)	0	174 (100)
กลาง	133 (71.1)	54 (28.9)	0	187 (100)
อีสาน	209 (38.6)	331 (61.2)	1 (0.2)	541 (100)
ใต้	284 (71.9)	111 (28.1)	0	395 (100)
กรุงเทพฯ	57 (68.7)	26 (31.3)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	775 (56.2)	604 (43.8)	1 (0.1)	1380 (100)

การวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงมนุษย์ ในการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์ของมารดา พบว่า ในพื้นที่อำเภอสันทราย มีการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์ ระดับดี ถึงร้อยละ 73.2 เมื่อเปรียบเทียบกับอำเภอแมริม และอำเภอสะเมิง มีมารดาที่ปฏิบัติตัวในระดับดีเพียง ร้อยละ 51.1 และ 12.5 ตามลำดับ และในภาพรวมของระดับประเทศ พบว่า มารดามีการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์ ระดับดี ร้อยละ 56.1 ซึ่งต่ำกว่าของพื้นที่อำเภอสันทราย แต่สูงกว่าอำเภอแมริมและอำเภอสะเมิง

เมื่อพิจารณาร่วมกับตารางที่ 6 เรื่องน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด พบว่า มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารของมารดา โดยในอำเภอสะเมิงมีเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด และระดับการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารในระดับดี เพียงร้อยละ 12.5 ในขณะที่ อำเภอสันทรายมีเด็กน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ ต่ำที่สุด และมีระดับการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหาร สูงที่สุด (ร้อยละ 73.2)

ตารางที่ 7.2 แสดงข้อมูลการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป

CUP	ระดับการปฏิบัติตัว			รวม
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
ละเมิง	3 (9.4)	29 (90.6)	0	32 (100)
สันทราย	32 (78.0)	9 (22.0)	0	41 (100)
แมริม	36 (80.0)	9 (20.0)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	71 (60.17)	47 (39.83)	0	118 (100)
ภาค				
เหนือ	104 (59.8)	70 (40.2)	0	174 (100)
กลาง	138 (73.8)	49 (26.2)	0	187 (100)
อีสาน	259 (47.9)	275 (50.8)	7 (1.3)	541 (100)
ใต้	281 (71.1)	114 (28.9)	0	395 (100)
กรุงเทพฯ	60 (72.3)	22 (26.5)	1 (1.2)	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	842 (61.0)	530 (38.4)	8 (0.6)	1380 (100)

การปฏิบัติตัวส่วนในการดูแลสุขภาพทั่วไป พบว่า จังหวัดเชียงใหม่ มีการดูแลสุขภาพทั่วไปในระดับมาก ร้อยละ 60.17 เมื่อพิจารณารายพื้นที่ พบว่า พื้นที่อำเภอแมริม มีการดูแลสุขภาพทั่วไประดับมาก สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมาได้แก่ อำเภอสันทราย ร้อยละ 78.0 ส่วนในอำเภอละเมิงพบว่า ส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพทั่วไปในระดับปานกลาง สูงถึงร้อยละ 90.6 และเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมของระดับประเทศ พบว่า มีมารดาที่มีการดูแลสุขภาพทั่วไปในระดับมาก ร้อยละ 61.0 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 7.3 แสดงข้อมูลการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ด้านการปฏิบัติตัวโดยรวม

CUP	ระดับการปฏิบัติตัว			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
สะเมิง	3 (9.38)	29 (90.63)	0	32 (100)
สันทราย	35 (85.4)	6 (14.6)	0	41 (100)
แมริม	32 (71.1)	13 (28.9)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	70 (59.32)	48 (40.68)	0	118 (100)
ภาค				
เหนือ	101 (58.0)	73 (42.0)	0	174 (100)
กลาง	137 (73.3)	50 (26.7)	0	187 (100)
อีสาน	210 (38.8)	331 (61.2)	0	541 (100)
ใต้	227 (70.1)	118 (29.9)	0	395 (100)
กรุงเทพฯ	59 (71.1)	24 (28.9)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	784 (56.8)	596 (43.2)	0	1380 (100)

การปฏิบัติตัวโดยรวม พบว่า พื้นที่อำเภอสันทราย มีการปฏิบัติตัวโดยรวม ระดับดี สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.4 รองลงมา คือ อำเภอแมริม คิดเป็นร้อยละ 71.1 ในขณะที่อำเภอสะเมิง มีการปฏิบัติตัวโดยรวมในระดับปานกลางสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.63 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศ พบว่า มีมารดาที่มีการปฏิบัติตัวโดยรวมในระดับดี ร้อยละ 56.8 ซึ่งต่ำกว่าพื้นที่อำเภอสันทรายและอำเภอแมริม โดยความแตกต่างที่เกิดขึ้นน่าจะมาจากบริบทของแต่ละพื้นที่ (ชุมชนเมือง/ชุมชนชนบท) และการได้รับรู้ศึกษาในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งในแต่ละสถานบริการมีการให้รู้ศึกษาที่แตกต่างกันออกไป เช่น การให้รู้ศึกษารายบุคคล และรายกลุ่ม เนื้อหาที่ให้รู้ศึกษาเป็นต้น

ตารางที่ 8.1 แสดงข้อมูลพัฒนกิจ ของมารดา ด้านการยอมรับการตั้งครรภ์

CUP	ระดับพัฒนกิจ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
สะเมิง	29 (90.6)	3 (9.4)	0	32 (100)
สันทราย	39 (95.1)	2 (4.9)	0	41 (100)
แมริม	44 (97.8)	1 (2.2)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	112 (94.9)	6 (5.1)	0	118 (100)
ภาค				
เหนือ	158 (90.8)	15 (8.6)	1 (0.6)	174 (100)
กลาง	169 (90.4)	18 (9.6)	0	187 (100)
อีสาน	364 (67.3)	175 (32.3)	2 (0.4)	541 (100)
ใต้	378 (95.7)	17 (4.3)	0	395 (100)
กรุงเทพฯ	78 (94.0)	5 (6.0)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	1147 (83.1)	230 (16.7)	3 (0.2)	1380 (100)

จากตาราง ในด้านการยอมรับการตั้งครรภ์ พบว่า กว่าร้อยละ 90 มีการยอมรับการตั้งครรภ์ในระดับดี โดยในพื้นที่อำเภอแมริม มีการยอมรับการตั้งครรภ์ระดับดี สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ อำเภอสันทรายและอำเภอสะเมิง คิดเป็นร้อยละ 97.8, 95.1 และ 90.6 ตามลำดับ ซึ่งในภาพรวมของระดับประเทศ พบว่า มารดามีการยอมรับการตั้งครรภ์ระดับดี ร้อยละ 83.1 และเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า จังหวัดเชียงใหม่ มีการยอมรับการตั้งครรภ์ระดับดี (ร้อยละ 94.9) ซึ่งสูงกว่าในภาพรวมของระดับประเทศ

ตารางที่ 8.2 แสดงข้อมูลพัฒนกิจ ของมารดา ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์

CUP	ระดับพัฒนกิจ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
สะเมิง	6 (18.8)	25 (78.1)	1 (3.1)	32 (100)
สันทราย	28 (68.3)	12 (29.3)	1 (2.4)	41 (100)
แมริม	34 (75.6)	11 (24.4)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	68 (57.6)	48 (40.7)	2 (1.7)	118 (100)
ภาค				
เหนือ	92 (52.9)	78 (44.8)	4 (2.3)	174 (100)
กลาง	150 (80.2)	36 (19.3)	1 (0.5)	187 (100)
อีสาน	254 (47.0)	273 (50.5)	14 (2.6)	541 (100)
ใต้	294 (74.4)	95 (24.1)	6 (1.5)	395 (100)
กรุงเทพฯ	50 (60.2)	32 (38.6)	1 (1.2)	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	840 (60.9)	514 (37.2)	26 (1.9)	1380 (100)

ในด้านการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ พบว่า ในพื้นที่อำเภอแมริม มีมารดาที่มีการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ ในระดับดี สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.6 รองลงมาได้แก่ อำเภอสันทราย คิดเป็นร้อยละ 68.3 ในส่วนของอำเภอสะเมิง พบว่า มารดามีการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ ในระดับปานกลางสูงถึง ร้อยละ 78.1 ซึ่งในภาพรวมของระดับประเทศ พบว่า มารดามีการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ในระดับดี ร้อยละ 60.8 และเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า จังหวัดเชียงใหม่ มีการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ ระดับดี (ร้อยละ 57.6) ซึ่งต่ำกว่าในภาพรวมของระดับประเทศ

ตารางที่ 8.3 แสดงข้อมูลพัฒนกิจของมรดา ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเองและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

CUP	ระดับพัฒนกิจ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
ละเมิง	3 (9.4)	29 (90.6)	0	32 (100)
สันทราย	21 (51.2)	20 (48.8)	0	41 (100)
แมริม	33 (73.3)	12 (26.7)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	57 (48.3)	61 (51.7)	0	118 (100)
ภาค				
เหนือ	88 (50.6)	86 (49.4)	0	174 (100)
กลาง	109 (58.3)	77 (41.2)	1 (0.5)	187 (100)
อีสาน	229 (42.3)	306 (56.6)	6 (1.1)	541 (100)
ใต้	265 (67.1)	129 (32.7)	1 (0.3)	395 (100)
กรุงเทพฯ	43 (51.8)	39 (47.0)	1 (1.2)	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	734 (53.2)	637 (46.2)	9 (0.7)	1380 (100)

ในด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเองและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พบว่าในพื้นที่อำเภอแมริม มีมรดาที่มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเองและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับดี สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ อำเภอสันทราย คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 51.2 ตามลำดับ ส่วนในอำเภอละเมิงพบว่า มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเองและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 90.6 ซึ่งในภาพรวมของประเทศ พบว่า มรดามีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงฯ ระดับดี ร้อยละ 53.1 และระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1 และเมื่อเปรียบเทียบแล้ว พบว่า จังหวัดเชียงใหม่ มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงฯ ระดับดี (ร้อยละ 48.3) ต่ำกว่าภาพรวมในระดับประเทศ และหากเปรียบเทียบเป็นรายพื้นที่ พบว่า มรดาพื้นที่อำเภอแมริม มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงฯ ระดับดี สูงกว่าภาพรวมของระดับประเทศ ในขณะที่อำเภอสันทราย มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงฯ ต่ำกว่าระดับประเทศ ส่วนอำเภอละเมิงนั้นมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงฯ ระดับดี ต่ำกว่าระดับประเทศ เป็นอย่างมาก

ตารางที่ 8.4 แสดงข้อมูลพัฒนาการของมารดา ด้านการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและการเป็นมารดา

CUP	ระดับพัฒนาการ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
สะเมิง	8 (25.0)	24 (75.0)	0	32 (100)
สันทราย	28 (68.3)	13 (31.7)	0	41 (100)
แมริม	34 (75.6)	11 (24.4)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	70 (59.3)	48 (40.7)	0	118 (100)
ภาค				
เหนือ	103 (59.2)	70 (40.2)	1 (0.6)	174 (100)
กลาง	131 (70.1)	56 (29.9)	0	187 (100)
อีสาน	258 (47.7)	213 (39.4)	70 (12.9)	541 (100)
ใต้	287 (72.7)	106 (26.8)	2 (0.5)	395 (100)
กรุงเทพฯ	61 (73.5)	22 (26.5)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	840 (60.9)	467 (33.8)	73 (5.3)	1380 (100)

ด้านการเตรียมตัวเพื่อคลอดและเป็นมารดา พบว่า ในพื้นที่ อำเภอแมริม มีมารดาที่มีการเตรียมตัวเพื่อคลอดระดับดี สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.6 รองลงมาได้แก่ อำเภอสันทราย ร้อยละ 68.3 ส่วนในพื้นที่อำเภอสะเมิง พบว่ามีมารดาที่มีการเตรียมตัวเพื่อคลอดระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 75.0 ซึ่งในภาพรวมของประเทศ พบว่า มารดามีการเตรียมตัวเพื่อคลอดในระดับดี ร้อยละ 60.8 และเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า จังหวัดเชียงใหม่ มีการเตรียมตัวเพื่อคลอดและเป็นมารดาในระดับดี (ร้อยละ 59.3) ซึ่งต่ำกว่าภาพรวมในระดับประเทศ

ตารางที่ 8.5 แสดงข้อมูลพัฒนกิจโดยรวม ของมารดา

CUP	ระดับพัฒนกิจ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
สะเมิง	4 (12.5)	28 (87.5)	0	32 (100)
สันทราย	28 (68.3)	13 (31.7)	0	41 (100)
แมริม	35 (77.8)	10 (22.2)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	70 (59.32)	48 (40.68)	0	118 (100)
ภาค				
เหนือ	98 (56.3)	76 (43.7)	0	174 (100)
กลาง	134 (71.7)	53 (28.3)	0	187 (100)
อีสาน	242 (44.7)	298 (55.1)	1 (0.2)	541 (100)
ใต้	295 (74.7)	100 (25.3)	0	395 (100)
กรุงเทพฯ	55 (66.3)	28 (33.7)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	824 (59.7)	555 (40.2)	1 (0.1)	1380 (100)

ในส่วนของพัฒนกิจในภาพรวม พบว่า มารดาในพื้นที่อำเภอแมริม มีพัฒนกิจโดยรวมในระดับดี สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมาได้แก่ อำเภอสันทราย และอำเภอสะเมิง คิดเป็นร้อยละ 68.3 และ 12.5 ตามลำดับ ซึ่งในภาพรวมของประเทศ พบว่า มารดามีพัฒนกิจโดยรวม ร้อยละ 59.7 เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่ในพัฒนกิจโดยรวมระดับดี (ร้อยละ 56.8) ซึ่งต่ำกว่าภาพรวมของระดับประเทศ หากพิจารณาแยกรายพื้นที่พบว่าในพัฒนากิจระดับดี ทั้งอำเภอแมริมและอำเภอสันทรายมีมารดาที่มีพัฒนกิจโดยรวมมากกว่าภาพรวมของระดับประเทศ ส่วนอำเภอสะเมิง พบว่า มีพัฒนกิจโดยรวม ในระดับปานกลางสูงถึง ร้อยละ 87.5 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของระดับประเทศ (ร้อยละ 40.2)

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของความพึงพอใจ

CUP	ระดับความพึงพอใจ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
ความพึงพอใจด้านสถานที่				
ละเมิง	16 (50.0)	16 (50.0)	0	32 (100)
สันทราย	40 (97.6)	1(2.4)	0	41 (100)
แมริม	42 (93.3)	3 (6.7)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	98 (83.1)	20 (16.9)	0	118 (100)
ภาค				
เหนือ	149 (85.6)	25 (14.4)	0	174 (100)
กลาง	176 (94.1)	11 (5.9)	0	187 (100)
อีสาน	325 (60.2)	180 (33.3)	35 (6.5)	540 (100)
ใต้	370 (93.7)	25 (6.3)	0	395 (100)
กรุงเทพฯ	80 (96.4)	3 (3.6)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	1100 (79.8)	244 (17.7)	35 (2.5)	1379(100)
ความพึงพอใจด้านเวลารอคอย				
ละเมิง	30 (93.8)	2 (6.3)	0	32 (100)
สันทราย	28 (68.3)	8 (19.5)	5 (12.2)	41 (100)
แมริม	27 (60.0)	16 (35.6)	2 (4.4)	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	85 (72.1)	26 (22.0)	7 (5.9)	118 (100)
ภาค				
เหนือ	112 (64.4)	45 (25.9)	17 (9.8)	174 (100)
กลาง	155 (82.9)	25 (13.4)	7 (3.7)	187 (100)
อีสาน	427 (79.1)	92 (17.0)	21 (3.9)	540 (100)
ใต้	271 (68.6)	89 (22.5)	35 (8.9)	395 (100)
กรุงเทพฯ	68 (81.9)	13 (15.7)	2 (2.4)	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	1033 (74.9)	264 (19.1)	82 (5.9)	1379(100)
ความพึงพอใจด้านบุคลากร				
ละเมิง	5 (15.6)	27 (84.4)	0	32 (100)
สันทราย	25 (61.0)	15 (36.6)	1 (2.4)	41 (100)
แมริม	9 (20.0)	36 (80.0)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	39 (33.1)	78 (66.1)	1 (0.8)	118 (100)
ภาค				
เหนือ	69 (39.7)	104 (59.8)	1 (0.6)	174 (100)
กลาง	114 (61.0)	73 (39.0)	0	187 (100)
อีสาน	172 (31.9)	329 (60.9)	39 (7.2)	540 (100)
ใต้	196 (49.6)	199 (50.4)	0	395 (100)
กรุงเทพฯ	43 (51.8)	40 (48.2)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	594 (43.1)	745 (54.0)	40 (2.9)	1379(100)

CUP	ระดับพัฒนากิจ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
ความพึงพอด้านเครื่องมือ				
ละเมิง	28 (87.5)	3 (9.4)	1 (3.1)	32 (100)
สันทราย	36 (87.8)	5 (12.2)	0	41 (100)
แมริม	43 (95.6)	2 (4.4)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	107 (90.7)	10 (8.5)	1 (0.8)	118 (100)
ภาค				
เหนือ	159 (91.4)	14 (8.0)	1 (0.6)	174 (100)
กลาง	172 (92.0)	12 (6.4)	3 (1.6)	187 (100)
อีสาน	289 (53.7)	214 (39.8)	35 (6.5)	540 (100)
ใต้	319 (81.0)	71 (18.0)	4 (1.0)	395 (100)
กรุงเทพฯ	75 (90.4)	8 (9.6)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	1014 (73.7)	319 (23.2)	43 (3.1)	1379(100)
ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่าย				
ละเมิง	22 (68.8)	9 (28.1)	1 (3.1)	32 (100)
สันทราย	39 (95.1)	1 (2.4)	1 (2.4)	41 (100)
แมริม	42 (93.3)	3 (6.7)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	103 (87.3)	13 (11.0)	2 (1.7)	118 (100)
ภาค				
เหนือ	157 (90.2)	15 (8.6)	2 (1.1)	174 (100)
กลาง	183 (97.9)	4 (2.1)	0	187 (100)
อีสาน	506 (94.4)	21 (3.9)	9 (1.7)	540 (100)
ใต้	353 (90.3)	24 (6.1)	14 (3.6)	395 (100)
กรุงเทพฯ	82 (98.8)	1 (1.2)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	1281 (93.4)	65 (4.7)	25 (1.8)	1379(100)
ความพึงพอใจด้านข้อมูล				
ละเมิง	0	31 (96.9)	1 (3.1)	32 (100)
สันทราย	1 (2.4)	37 (90.2)	3 (7.3)	41 (100)
แมริม	0	43 (95.6)	2 (4.4)	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	1 (0.8)	111 (94.1)	6 (5.1)	118 (100)
ภาค				
เหนือ	4 (2.3)	157 (90.2)	13 (7.5)	174 (100)
กลาง	7 (3.7)	160 (85.6)	20 (10.7)	187 (100)
อีสาน	12 (2.2)	515 (95.4)	13 (2.4)	540 (100)
ใต้	3 (0.8)	367 (92.9)	25 (6.3)	395 (100)
กรุงเทพฯ	0	83 (100)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	26 (1.9)	1282 (93.0)	71 (5.1)	1379(100)

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ			รวม
	ดี	ปานกลาง	น้อย	
ความพึงพอใจโดยรวม				
ละเมิง	3 (9.4)	29 (90.6)	0	32 (100)
สันทราย	14 (34.1)	27 (65.9)	0	41 (100)
แมริม	5 (11.1)	40 (88.9)	0	45 (100)
รวม CUP เชียงใหม่	22 (18.6)	96 (81.4)	0	118 (100)
ภาค				
เหนือ	42 (24.1)	132 (75.9)	0	174 (100)
กลาง	86 (46.0)	101 (54.0)	0	187 (100)
อีสาน	105 (19.4)	435 (80.6)	0	540 (100)
ใต้	98 (24.8)	297 (75.2)	0	395 (100)
กรุงเทพฯ	47 (56.6)	36 (43.4)	0	83 (100)
ภาพรวมประเทศ	378 (27.4)	1001 (72.6)	0	1379(100)

จากตารางพบว่าเมื่อพิจารณาความพึงพอใจในรายด้านพบว่า ในความพึงพอใจระดับดี มารดามีความพึงพอใจในด้านเครื่องมือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.7 ในส่วนของความพึงพอใจในด้านบุคลากรและด้านข้อมูลพบว่า มารดามีความพึงพอใจในระดับดี เพียงร้อยละ 33.3 และ 0.8 ตามลำดับ

ในส่วนของความพึงพอใจโดยรวม พบว่า โดยภาพรวมของจังหวัดเชียงใหม่มีความพึงพอใจในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 81.4 และความพึงพอใจในระดับดี ร้อยละ 18.6 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับในระดับภาค พบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลางของเชียงใหม่ สูงกว่าในทุกภาค รวมถึงในระดับประเทศด้วย ในขณะที่ ความพึงพอใจโดยรวมในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบกับในระดับภาค พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีความพึงพอใจในระดับดี ต่ำกว่าทุกภาค โดยภาคที่มารดามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดได้แก่ ภาคกลาง รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคอีสาน คิดเป็นร้อยละ 46.0, 24.8, 24.1 และ 19.4 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับในระดับประเทศ พบว่า ความพึงพอใจในระดับดีของเชียงใหม่ยังต่ำกว่าระดับประเทศเช่นกัน โดยในระดับประเทศ มีความพึงพอใจร้อยละ 27.4 ในขณะที่จังหวัดเชียงใหม่ มีเพียงร้อยละ 18.6 เท่านั้น

หมายเหตุ

ในการวัดระดับความพึงพอใจนั้น แม้ว่าแบบสอบถามจะให้ระบุถึงสถานที่ที่ผู้รับบริการไปรับบริการ แต่จากผลการวิเคราะห์ที่ได้ ยังไม่สามารถที่จะจำแนกได้อย่างชัดเจนว่า ในความเป็นจริงแล้วผู้รับบริการไปรับบริการที่ใด และผลที่ได้จากแบบวัดความพึงพอใจสะท้อนความพึงพอใจต่อสถานบริการในพื้นที่ที่อยู่ในโครงการวิจัยหรือไม่ เช่น ในกรณีของอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้รับบริการส่วนมากจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจัดเป็นโรงพยาบาลของ รัฐบาล เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสันทราย ดังนั้นเพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้สะท้อนภาพของสถานบริการที่เข้าร่วมโครงการอย่างแท้จริง ควรนำตัวแปรของ “ชื่อสถานบริการ” มาใช้ในการวิเคราะห์ด้วย

รายงานผลการศึกษา

โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย
(ภาคกลาง)

รายงานโครงการวิจัย

การพัฒนาระบบติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในบริบทที่หลากหลายของประเทศไทย

จังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดที่อยู่บริเวณภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วย 9 อำเภอ คือ อำเภอเมือง นครไทย ชาติตระการ บางระกำ วัดโบสถ์ เนินมะปราง พรหมพิราม วังทอง และบางกระทุ่ม ลักษณะการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจะแบ่งเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หลัก ซึ่งมีแพทย์ไปให้บริการเป็นประจำรายสัปดาห์ และ PCU เครือข่ายที่ไม่มีแพทย์ไปให้บริการแต่สามารถให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ ปัจจุบันมี PCU หลัก มีจำนวนดังนี้ อำเภอเมือง 23 แห่ง นครไทย 8 แห่ง ชาติตระการ 5 แห่ง บางระกำ 6 แห่ง วัดโบสถ์ 3 แห่ง เนินมะปราง 5 แห่ง พรหมพิราม 6 แห่ง วังทอง 11 แห่ง บางกระทุ่ม 4 แห่ง เทศบาล 4 แห่ง ค่ายฯ 1 แห่ง กองบินฯ 1 แห่ง และมหาวิทยาลัยนเรศวร 1 แห่ง

ในการรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่นำนโยบายไปดำเนินการปฏิบัติงาน โดยจะมีงานประกันสุขภาพเป็นผู้ดูแลภาพรวมคุณภาพ ประสานการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีและงบประมาณและประสานงานให้ได้มาซึ่งการพัฒนาแบบต่างๆของ PCU มาตรฐาน ทั้งนี้จังหวัดพิษณุโลกจะมีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วยคณะทำงาน ดังนี้

คณะทำงานพัฒนาระบบมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัยระดับอำเภอ จังหวัดพิษณุโลก มีหน้าที่ในการรับนโยบายมาดำเนินการ ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาลพุทธชินราช กลุ่มงานเวชศาสตร์ รพ.พุทธชินราช รพ.บางกระทุ่ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สสอ.บางระกำ สสอ.เมือง ศสช.ร่วมใจ วังทอง

คณะทำงานพัฒนาและประเมินศูนย์สุขภาพชุมชน (QRT PCU ระดับจังหวัด) มีหน้าที่ในการกระตุ้นให้นโยบายเกิดและจัดให้มีการประเมินและเป็นพี่เลี้ยงให้ เช่นเดียวกันคือประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ

สำหรับโครงการวิจัยการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทที่หลากหลายของประเทศไทยในจังหวัดพิษณุโลก มีการเลือกพื้นที่ของศูนย์สุขภาพเมือง PCU บ้านกว้างและ PCU สระโคก เป็นพื้นที่ที่ศึกษา โดยทั้ง 3 พื้นที่อยู่ที่อำเภอเมือง แต่มีความแตกต่างกันที่ ศูนย์สุขภาพเมืองนั้นอยู่ในสังกัดของโรงพยาบาลพุทธชินราช PCU บ้านกว้างเป็น PCU หลัก และ PCU สระโคกเป็น PCU เครือข่าย ซึ่งทำให้ความสามารถในการให้บริการนั้นมีความแตกต่างกัน งานบริการที่นำมาศึกษาถึงระบบบริการสุขภาพนั้นจะเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (ทั้ง 3 พื้นที่) และงานอนามัยแม่และเด็ก (เฉพาะ PCU บ้านกว้างและสระโคก)

วิธีการศึกษาและกระบวนการเก็บข้อมูล

การศึกษาจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนทางผลลัพธ์บริการ (clinic) และทาง humanistic รายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่พักอาศัยอยู่ในเขตที่พื้นที่ PCU รับผิดชอบ โดยแบ่งดังนี้

1. พื้นที่ PCU บ้านกว้าง

1.1 รับการรักษาที่ PCU บ้านกว้าง

1.2 รับการรักษาที่โรงพยาบาล (โดยที่ผู้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอาจเข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพเมืองหรืออายุรกรรมโรงพยาบาล)

2. พื้นที่ PCU สระโคก

2.1 รับการรักษาที่ PCU สระโคก (แต่เนื่องจากพื้นที่สระโคกไม่มีการรักษาโรคเบาหวานจึงไม่มีกลุ่มตัวอย่างส่วนนี้)

2.2 รับการรักษาที่โรงพยาบาล (โดยที่ผู้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอาจเข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพเมืองหรืออายุรกรรมโรงพยาบาล)

3. พื้นที่อื่นๆ

3.1 รับการรักษาที่โรงพยาบาล (โดยที่ผู้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอาจเข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพเมืองหรืออายุรกรรมโรงพยาบาล)

2. ผู้รับบริการงานอนามัยแม่และเด็ก เป็นหญิงในเขตรับผิดชอบที่พักอาศัยอยู่ในเขตที่พื้นที่ PCU ที่คลอดระหว่างเดือน ตุลาคม 2547-สิงหาคม 2548 ที่ฝากครรภ์ที่ PCU หรือโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตพื้นที่อำเภอ

1. พื้นที่ PCU บ้านกว้าง

2. พื้นที่ PCU สระโคก

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานแยกตามสถานที่มารับบริการ

พื้นที่	สถานที่รับบริการ	จำนวน
บ้านกว้าง (80)	ศสช.บ้านกว้าง	40
	ศูนย์สุขภาพเมือง รพ.พุทธชินราช	31
	อายุรกรรม รพ.พุทธชินราช	9
สระโคก (45)	ศสช.สระโคก	0
	ศูนย์สุขภาพเมือง รพ.พุทธชินราช	24
	อายุรกรรม รพ.พุทธชินราช	21
อื่นๆ (75)	ศูนย์สุขภาพเมือง รพ.พุทธชินราช	55
	อายุรกรรม รพ.พุทธชินราช	20
รวม		200

ตารางที่ 2 จำนวนตัวอย่างสตรีมีครรภ์แยกตามพื้นที่

พื้นที่	จำนวนสตรีมีครรภ์ในพื้นที่	จำนวนตัวอย่างที่คลอดใน รพ.รัฐบาล
ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกว้าง	38	19
ศูนย์สุขภาพชุมชนสระโค่ง	29	16

ผลลัพธ์บริการ

1 ผู้เก็บข้อมูล

การบันทึก DM1 และ MCH1	นิสิตเภสัชศาสตร์และพยาบาลในพื้นที่
review chart	แพทย์เป็นผู้ทบทวนและนิสิตเภสัชศาสตร์เป็นผู้บันทึก
การตรวจเจาะเลือด	พยาบาลในพื้นที่
ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว	นิสิตเภสัชศาสตร์และพยาบาลในพื้นที่
ตรวจเท้า	นิสิตเภสัชศาสตร์และพยาบาลในพื้นที่

2. สถานที่เก็บข้อมูล

มีการประสานงานกับพื้นที่ก่อนถึงวันและเวลาที่จะไป จากนั้นพื้นที่จะนัดผู้ป่วยให้มาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือที่วัด เพื่อให้มีการเจาะวัดค่าทาง clinic

ข้อมูล Humanistic

1. ผู้เก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลที่เป็น humanistic ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย 1 คน
2. นิสิตปริญญาเอก 1 คน
3. นิสิตระดับปริญญาตรี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 15 คน

2. กระบวนการเตรียมความพร้อมของผู้เก็บข้อมูล

ก่อนจะไปเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้เก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ วิธีการที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ให้ดูแบบสัมภาษณ์เพื่อชี้แจงรายละเอียดแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เก็บข้อมูลทราบเกี่ยวกับข้อควรระวังในการสัมภาษณ์

1.3 วิธี/สถานที่เก็บข้อมูล

ใช้วิธีการสัมภาษณ์ โดยในการไปเก็บข้อมูลในระยะแรกจะมีการประสานงานกับพื้นที่ก่อนถึงวันและเวลาที่จะไป จากนั้นพื้นที่จะนัดผู้ป่วยให้มาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือที่วัด เพื่อให้มีการสัมภาษณ์พร้อมเจาะวัดค่าทาง clinic นอกจากนี้ยังมีการนัด อสม. เพื่อนำผู้เก็บข้อมูลไปที่บ้านผู้ป่วยสัมภาษณ์

1.4 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

Review chart ANC พฤศจิกายน 2548-มกราคม 2549

Community survey DM กรกฎาคม – พฤศจิกายน 2548

Community survey พัฒนกิจ MCH ตุลาคม – พฤศจิกายน 2548

บริบทพื้นที่

ศูนย์สุขภาพเมือง

ศูนย์สุขภาพเมือง ตั้งอยู่ในบริเวณเดียวกับโรงพยาบาลพุทธชินราช อ.เมือง จ.พิษณุโลก เป็นเขตเทศบาล โดยได้รับการสนับสนุนมาจากกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว เปิดบริการในปี พ.ศ. 2547 เนื่องจากลักษณะที่ตั้งดังกล่าวทำให้มีลักษณะเป็นเหมือน OPD ที่ขยายออกมาจากโครงสร้างเดิม การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสะดวกเนื่องจากเป็นจุดประสานงานศูนย์สาธารณสุขชุมชน และการคมนาคมสะดวกเนื่องจากโรงพยาบาลตั้งอยู่ใจกลางเมืองสามารถเข้าออกได้หลายเส้นทาง ทำให้มีผู้มารับบริการค่อนข้างมาก การบริการที่มีบุคลากรค่อนข้างพร้อมและหลากหลายเป็นสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักสุขศึกษา นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกร่าง

ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกร่าง ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 ตำบลบ้านกร่าง ถนนพิษณุโลก-สุโขทัย ต.บ้านกร่าง อ.เมือง จ.พิษณุโลกอยู่นอกเขตเทศบาลโดยตั้งอยู่ห่างจากตัวอำเภอเมืองประมาณ 10 กิโลเมตร ถนนติดต่อจากตัวอำเภอเป็นถนนลาดยาง ประชาชนสามารถเดินทางติดต่อเข้า-ออก ภายในตำบลและอำเภอสะดวก ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกร่างได้เปลี่ยนแปลงมาจากศูนย์สุขภาพชุมชนวันที่ 1 มิถุนายน 2546

ตำบลบ้านกร่างถูกแบ่งเป็น 12 หมู่บ้าน อยู่ในเขตรับผิดชอบของ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชน คือ บ้านกร่างและแหลมโพธิ์ เมืองคกรบริหารส่วนตำบล (อบต.) 1 แห่ง โดยศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกร่างมีพื้นที่รับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1-6 และ 11-12 รวมทั้งนิคมโรคเรื้อนบ้านกร่าง ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา และรองลงมาคืออาชีพรับจ้าง

บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน รวม 8 คน ประกอบด้วย

1. นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ทำหน้าที่รักษาการหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน
2. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน
3. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 1 คน (แต่ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ)
4. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 1 คน
5. ลูกจ้างชั่วคราวจำนวน 2 คน ทำหน้าที่เป็นพนักงานทำความสะอาดและคนบันทึก/จัดเก็บข้อมูล

และในงานบริการด้านการรักษามีแพทย์ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนฯ 1 คน ในปี พ.ศ. 2548 โดยมาตรวจที่ศูนย์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนเป็นเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 วัน คือวันจันทร์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง วันอังคารสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ที่รับบริการที่โรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งจะบริการเจาะเลือดเบาหวานและรับยา และวันพุธ เป็นวันผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ที่ไม่ได้รับยาที่โรงพยาบาลแล้ว มีอาการคงที่ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลเอง มีบริการเจาะเลือดเบาหวานและรับยา

นอกเหนือจากงานบริการของศูนย์ฯโดยทั่วไปแล้ว กิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพที่ศูนย์จัดทำ คือ โครงการสำรวจแฟ้มอนามัยครอบครัว โครงการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โครงการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมและปากมดลูก ชมรมสตรีรวมใจต้านภัยมะเร็งบ้านกร่าง ชมรมส่งเสริมการออกกำลังกายวิถีไทยประยุกต์บ้านกร่าง ศูนย์การเรียนรู้ดูแลสุขภาพในวัด โครงการฟนสารเคมีป้องกันไข้เลือดออกร่วมกับ อบต. เป็นต้น

ศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคก

ศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคก ตั้งอยู่ตำบลหัวรอ อ.เมือง จ.พิษณุโลกอยู่นอกเขตเทศบาล ตำบลหัวรออยู่ในเขตรับผิดชอบของ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนคือ หัวรอและสระโคก โดยศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคกเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนรอง (เครือข่าย) และศูนย์สุขภาพชุมชนหัวรอเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหลัก ศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคกพื้นที่รับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 6-11 ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม คือ ทำนา

บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนมี 5 คน ประกอบด้วย

1. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน ทำหน้าที่รักษาการหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน
2. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน
3. พยาบาลเทคนิค จำนวน 1 คน
4. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 คน

และในงานบริการด้านการรักษาไม่มีแพทย์ประจำ

ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ระบบงาน (ระบบสนับสนุน จุดบริการ ระบบข้อมูล ทีมผู้ให้บริการ)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสำหรับจังหวัดพิษณุโลกพบว่านอกจากการรับนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนโยบายการกระจายบริการให้สะดวกแก่ผู้รับบริการ ได้เหมาะสม นั้นมีการเน้นให้ผู้ป่วยได้กลับไปรักษาและติดตามที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน โดยนโยบายการพัฒนาบทบาท ความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการสนับสนุนให้ดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังได้ มียาใช้ตามรายการที่จำเป็น มีแพทย์-พยาบาลจากรพ.พุทธไปช่วยตามความเหมาะสม มีการสนับสนุนทรัพยากร วิชาการ แก่หน่วยปฐมภูมิ โดยให้มีการเขียนโครงการมาเสนอ มีการจัดระบบติดตามเชื่อมโยงการบริการ โดยมีตัวแทนของแต่ละสอ.มารับทราบนโยบายและรายงานผลอย่างสม่ำเสมอ มีทีมนำศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน (ผอ.รพ.พุทธ+ ตัวแทน สอ. 5 แห่งของพิษณุโลก , รวมบ้านกว้างด้วย) ในการเป็นบทบาทหลักการนำ และการสนับสนุนนโยบาย

โดยปกติมีการจัดอบรมวิชาการสม่ำเสมอมีการทำ CPG สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (ประกอบด้วย 10 อาการ) ให้ใช้ในแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน มีการจัดแพทย์เป็นที่ปรึกษาประจำศูนย์สุขภาพชุมชน โดยอาจไปตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ นอกจากนี้มีการพัฒนาแผนการคัดกรองโดยสำหรับศูนย์สุขภาพเมืองเดิมไม่ได้คัดกรองในชุมชน แต่รับตรวจคนที่มียังเสี่ยงและมาของตรวจที่ ศูนย์สุขภาพเมือง รพ.พุทธฯ ทำให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ร้อยละ 7-8 ของผู้ป่วยทั้งหมด ต่อมาเปลี่ยนการคัดกรองผู้ป่วยเป็นการตั้งหน่วยคัดกรองโดยการทำงานนอกเวลาของแพทย์และพยาบาลตามชุมชนต่างๆ สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด ปัจจุบันใช้การให้ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สอ.และอสม.ทำงานนอกเวลาในการลงพื้นที่ออกตรวจ postprandial blood glucose ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 mg% จะนัดให้อดอาหารเพื่อตรวจ FBS ที่สอ.หรือรพ.พุทธ วิธีนี้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้เกือบทั้งหมดของพื้นที่ และมีแผนการพัฒนาป้องกัน/ตระหนักอาการแทรกซ้อนของเบาหวานมีการตรวจเท้าปีละ 1 ครั้ง (เริ่มปีนี้) ให้ครอบคลุมจำนวนคนมากขึ้น มีการส่งทีมงานไปอบรมเพื่อทำงานนี้ที่รพ.เทพารินทร์ โดยทีมงานประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรม อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ แพทย์เวชศาสตร์ แพทย์กายภาพบำบัด พยาบาล นักโภชนาการ และเภสัชกร โดยตั้งเป้าหมายว่าจะต้องมีผู้ป่วยที่ถูกตัดเท้าน้อยกว่าร้อยละ 5 (เดิมคนไข้ 20 คน จาก 30 คนจะถูกตัดเท้า) มีจัดส่ง

อุปกรณ์และแบบบันทึกตรวจเข้าให้สอ.ตรวจคนไข้ที่ถูกส่งต่อจากรพ.พุทธฯ และให้คนไข้เวียนกลับมาตรวจที่ศูนย์สุขภาพเมืองทุก 6 เดือน

อย่างไรก็ตามในช่วงที่ไปสำรวจข้อมูล ซึ่งเป็นช่วงก่อนที่จะไปสัมภาษณ์นโยบายหรือการสนับสนุนของผู้บริหาร พบว่าทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละพื้นที่เป็นไปตามที่คาดได้ว่าที่ศูนย์สุขภาพเมืองมีจำนวนมากที่สุด ศสช. บ้านกร่างรองลงมา และศสช.สระโคกนั้นลำดับสุดท้ายแต่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการก็เป็นไปตามลำดับเดียวกับผู้ป่วยในพื้นที่แต่ในพื้นที่ ศสช.สระโคกนั้นไม่มีการให้บริการการรักษา โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพเมืองคิดเป็นร้อยละ 47 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในอำเภอเมือง ที่ศสช.บ้านกร่างมีผู้มารับบริการคิดเป็นร้อยละ 7 ของผู้ป่วยทั้งอำเภอ

พบว่าทุกศูนย์สุขภาพชุมชนมีคอมพิวเตอร์เพื่อที่จะสนับสนุนการทำงาน สำหรับศูนย์สุขภาพเมืองมีทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่ดี ประสานกับหน่วยงานอื่นได้ เช่น เวชระเบียน โฆษณาการ ปฏิบัติการ มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันใช้ปฏิบัติงาน มีทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานแยกออกจาก OPD card เพื่อติดตามผู้ป่วยเป็นพิเศษ สามารถติดตามการนัด ผู้ป่วยได้จากทะเบียนผู้ป่วยด้วยระบบคอมพิวเตอร์ มีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ศสช.บ้านกร่างมีคอมพิวเตอร์เช่นกัน แต่ไม่ได้ประสานงานกับหน่วยงานใดๆ ระบบทะเบียนผู้ป่วยแยกตามทะเบียนบ้าน มีระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่เรียกว่า PLK-pro และบันทึกด้วยมือ ในการปฏิบัติงานมักใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกด้วยมือการลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์จะบันทึกตามที่ได้ลงด้วยลายมือก่อน ซึ่งพบว่าทำให้ไม่ค่อยทันสมัย ข้อมูลการตรวจร่างกายไม่ละเอียด แต่รายการยาที่ใช้รักษาครบถ้วน คือมีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง สามารถขอเรียกใช้ดูได้แต่คิดว่าไม่ค่อยได้นำมาใช้ขณะที่ปฏิบัติงานจริง สำหรับ ศสช.สระโคกไม่มีระบบทะเบียนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากไม่มีการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน แต่มีรายชื่อคนที่ผ่านการตรวจคัดกรอง & ส่งต่อเพื่อการรักษา

ในการคัดกรองนั้นศสช.มีการกำหนดวิธีการคัดกรอง (เกณฑ์) ประชากรกลุ่มเสี่ยง (อายุมากกว่า 40 ปี) แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบคือจะมีการสำรวจประชากรกลุ่มเสี่ยงปีละครั้ง แต่ไม่มีการติดตามผลต่อ ข้อมูลดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นระบบโอเพ่นเอนด์ปกติ มีการจัดรูปแบบให้ดูแลต่อเนื่องได้ มีแฟ้มรายชื่อครบถ้วน แต่ไม่ได้มีข้อมูลของประชากรทุกคนในพื้นที่ มีข้อมูลเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมาขอรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเท่านั้น แต่ให้การตรวจตามบ้านสำหรับผู้สูงอายุ, ผู้พิการ และผู้ป่วยที่เดินทางมาศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สะดวก หลังจากที่ได้คัดกรองแล้วจะมีการส่งเฉพาะผู้ที่เข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยไปโรงพยาบาล (ศสช.เมือง) โดยที่ศสช.เมืองเองมีการคัดกรองแบบตั้งรับในศูนย์สุขภาพชุมชนตามผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงร้องขอและเน้นผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และมีการตรวจรวมในหมู่บ้านตามกำหนดการสำคัญประจำปี สำหรับระบบดูแลหลังคัดกรอง นั้น มีการให้ความรู้ ความเข้าใจก่อนคัดกรอง ส่งผู้ป่วย มี การเพิ่มการให้ความรู้ แนวปฏิบัติทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มที่เฝ้าระวัง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือปัจจัยเสี่ยง ดำเนินการรักษาแก่ผู้ป่วยที่เกิดอาการแทรกซ้อนและติดตามผลการรักษาอาการแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างในการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มไม่เสี่ยง เพียงแต่นำการคัดกรองในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีทุกราย

แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชน อ.เมือง จ.พิษณุโลก

1. เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/ อสม. สำรวจประชาชนอายุมากกว่า 40 ปีในพื้นที่รับผิดชอบ
2. เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/ อสม. นัดประชาชนมาเจาะเลือด โดยแปลผลดังนี้

ถ้าเจาะโดยงดอาหารและน้ำ 6-8 ชั่วโมง

ระดับน้ำตาลปกติ <110 mg%

ระดับน้ำตาลผิดปกติ ≥ 110 mg%

ถ้าตรวจเวลาใดก็ตาม

ระดับน้ำตาลปกติ < 140 mg%

ระดับน้ำตาลผิดปกติ ≥ 140 mg%

- ถ้าผล DTX อยู่ในกลุ่มปกติ (ไม่เป็นเบาหวาน) ให้ลงทะเบียนประชาชนไว้และติดตามเจาะเลือดทุก 2 ปี
- ถ้าผล DTX อยู่ในกลุ่มผิดปกติ (สงสัยมีภาวะเบาหวาน) ให้ PCU นัดผู้มีระดับน้ำตาลผิดปกติอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS* ตรวจยืนยัน

3**. การเจาะ FBS ถ้าผลมากกว่า 110 mg%* ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัววันอังคาร เวลา 13.30-16.00 น. เมื่อผู้ป่วยมาที่ ศสช.เมือง มีการตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจผลปฏิบัติการณ์แล้ว พยาบาลซักประวัติ ตรวจภาวะแทรกซ้อนระบบต่างๆ เช่น ตรวจเท้า ฟัน ตา เข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และรับการตรวจโดยแพทย์เฉพาะทาง ในผู้ป่วยรายใหม่

4. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด แพทย์จะพิจารณาส่งกลับ ศสช. พื้นที่เป็นเวลา 6 เดือน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

- เป็นเบาหวานชนิด NIDDM
- ตรวจภาวะแทรกซ้อนครบ (อย่างน้อย 2 ใน 4 อย่าง) และไม่มีโรคแทรกซ้อน
- ควบคุมน้ำตาลได้ FBS < 140 อย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้ง
- คุมระดับไขมันในเลือดและความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่แพทย์พิจารณา
- ศสช.นั้นมีการจัดรูปแบบการดูแล/การตรวจรักษา/กิจกรรมการเรียนรู้ในรูปแบบชมรมโรคเรื้อรัง
- ผู้ป่วยยินดีและสะดวกไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนพื้นที่ โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลระดับบริการระหว่าง CUP-PCU นั้นมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่สถานะของโรคคงที่แล้วจาก CUP เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่ PCU รับข้อมูลและตรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษาและต้องการได้รับการดูแลใกล้ชิดจากศูนย์สุขภาพชุมชน และมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลรักษาจาก PCU ให้ CUP (บส1)

*สำหรับศสช.สระโคก เพื่อเจาะ FBS ตรวจยืนยัน โดย FBS ตรวจที่ ศสช.หลัก (ศสช.หัวรอ) และถ้าเจาะ FBS แล้วผลน้อยกว่า 110 mg% ให้นัดตรวจซ้ำทุก 1 ปี

**ถ้าเจาะ FBS แล้วผลน้อยกว่า 110 mg% ให้นัดตรวจซ้ำทุก 1 ปี

ที่ ศสช.เมืองและบ้านกว้างสำหรับการให้บริการเฉพาะเบาหวานจะมี 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดย ศูนย์สุขภาพเมืองมีคลินิกเบาหวานในวันอังคาร โดยในช่วงเช้าเป็นการตรวจทางปฏิบัติการ (lab) และตรวจรักษา รวมทั้งจ่ายยา ส่วนในตอนบ่ายจะมีการตรวจรักษาต่อ การจ่ายยา และ มีการให้สุขศึกษา รวมถึงมีการรับผู้ป่วยที่ถูกส่งมาจาก ศสช.อื่นที่ผ่านการคัดกรองแล้วว่าเป็นเบาหวาน ในการบริการจะมีผู้มารับบริการประมาณ 70-100 คน ต่อครั้ง มีผู้ให้บริการคือ แพทย์ และพยาบาลเป็นหลัก โดยมีแพทย์ 2-3 คน ในการรักษาและ ติดตามการดูแลรักษา พยาบาลวิชาชีพ 5 คน เพื่อซักประวัติ การตรวจค่าต่างๆ การดูแลการประสานงาน บุคลากรอื่นได้แก่ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักศึกษา นักกายภาพ นักจิตวิทยาและนักโภชนาการ มีการทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG ทุก 3 เดือน มีการตรวจค่าทางชีวเคมี (HbA1c, BUN/Cr, cholesterol, HDL, Triglyceride, LDL) และตรวจเท้ารายปี โดยปกติหลังจากตรวจค่าน้ำตาลและ biochemical test ต่างๆ พยาบาลจะเรียกผู้ป่วยมาซักประวัติเพื่อประเมินความเสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการก่อนพบแพทย์ เมื่อพบแพทย์ แพทย์บางท่านจะมีการประเมินอีกครั้งเมื่อทราบระดับการควบคุมน้ำตาล ยาที่ใช้ในการรักษาเบาหวานนั้นจะสั่งยาโดยแพทย์ จ่ายยาโดยเภสัชกร กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะมีทีมสหวิชาชีพมาร่วมกันในการให้คำปรึกษา นอกจากนี้มีการจัด Self-help group โดยมีการให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่ม โดยสหวิชาชีพ ที่ห้องเรียนรู้ กลุ่มละ 10-15 คน โดยจะทำในผู้ป่วยรายใหม่ และรายที่ควบคุมไม่ได้ที่ศูนย์สุขภาพเมืองเอง มีสถานที่จัดเป็นห้องเป็นสัดส่วน สำหรับในการนัดมาแต่ละครั้งผู้ป่วยจะถูกนัดล่วงหน้าในวันที่มารับการรักษาครั้งล่าสุด และเมื่อก่อนเวลานัดทางศูนย์จะมีการเตรียม folder ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมาเตรียมไว้ เมื่อผู้ป่วยขาดนัดจะมีการส่งไปรษณียบัตรตาม โดยสรุปมีจุดการให้บริการดังนี้

- รับบัตรคิว
- พยาบาลเก็บตัวอย่างเลือด 5 นาที
- รอผลตรวจเลือดจากห้องแลป 60-120 นาที
- พยาบาลคัดกรองและซักประวัติ 5-10 นาที
- แพทย์ตรวจร่างกายและประเมินการรักษา 5-10 นาที
- พยาบาลให้คำปรึกษาทั่วไป นัดหมายครั้งหน้า 5-10 นาที
- รอรับยาจากเภสัชกรห้องยา 30-60 นาที
- การให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่ม (กลุ่มละ 10-15 คน) ทำตอนบ่าย (บางราย)

โดยเวลารวมทั้งสิ้นในการให้บริการแต่ละราย 2-4 ชั่วโมง โดยจะมีช่วงรอผลการตรวจเลือดเพื่อนำไปพบแพทย์ค่อนข้างนาน ทางศูนย์ฯพยายามสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสนใจผู้รับบริการโดยจัดกิจกรรมในการให้บริการกระจายในระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อรอรับการตรวจ เช่น มีการสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรม แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่นำอาหารมารับประทานหรือไปหาซื้อทานในเวลาระหว่างนั้น

ในการรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกว้างนั้นจะมีพยาบาลเป็นหลัก มีผู้มารับบริการครั้งละ 20-30 คน ในวันที่มีแพทย์จะจ่ายยาโดยแพทย์ และกรณีที่ไม่มีแพทย์จ่ายยาโดยพยาบาลวิชาชีพที่ประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชน แต่ในปี พ.ศ. 2548 วันคลินิกเบาหวานจะเป็นทุกวันอังคาร ซึ่งไม่ใช่วันที่แพทย์มา ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจะเป็นคนจ่ายยาตามที่ใบสั่งยาระบุไว้ในใบส่งกลับจากโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่อาการคงที่ มีการจ่ายยาประจำทุกเดือน เพื่อให้กลับมารับยาทุกเดือนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและเจาะวัดระดับน้ำตาลทุกเดือนด้วย กรณีที่ผู้ป่วยมาในวันอังคารซึ่งเป็นวันเบาหวานนั้น ถ้าพบว่ามีอาการแทรกซ้อนหรือไม่เหมาะสมจะนัดผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ในวันพุธ ซึ่งเป็นวันที่แพทย์มาประจำในการมารับบริการผู้ป่วยจะมาทุกเดือน เพื่อตรวจระดับน้ำตาลและจ่ายยาเป็นเดือนปกติแล้วผู้ป่วยไม่ขาดนัด แต่ถ้าขาดนัดจะตามๆที่อยู่โดยให้ อสม.ไปตาม ในรายที่มาศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้ เช่นคนสูงอายุ พิการ จะมีการให้บริการที่บ้านผู้ป่วย

สำหรับการประเมินความเสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละครั้งที่มารับบริการนั้นเป็นการพูดคุยทั่วไปโดยพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับศูนย์สุขภาพเมืองแล้วที่ ศสช.เมืองมีความเข้มแข็งมากกว่าในการซักถาม มีการตรวจค่าทางชีวเคมี เช่นเดียวกับศูนย์สุขภาพเมืองคือเป็นรายปี มีการจัด Self-help group โดยมีการจัดตั้งชมรม มีพยาบาลเป็นคนแกน จัด กิจกรรมเดือนละครั้ง ในการที่ผู้ป่วยมารับบริการแต่ละครั้งจะใช้เวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ดังนี้

- เจ้าหน้าที่ศสช./พยาบาลคัดกรอง ตรวจ DTXและซักประวัติ 5-10 นาที
- แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ศสช. ตรวจร่างกายและประเมินการรักษา 5-10 นาที
- พยาบาล/เจ้าหน้าที่ศสช.จัดยาและให้คำปรึกษา 5-10 นาที
- รอดรจนานกว่าช่วงอื่นๆ - ไม่มีกิจกรรมใดๆ

สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคกไม่มีงานบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นในการประเมินความเสี่ยงในแต่ละครั้งของการมารับบริการเบาหวานจึงไม่มี ปกติผู้ป่วยเบาหวานหลังจากคัดกรองและถูกวินิจฉัยแล้วจะถูกส่งต่อไปรักษาที่อื่น ไม่ได้ย้อนกลับมารักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคก

สภาพพื้นฐาน (BMI)

จากจำนวนตัวอย่างผู้ป่วย 200 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 20 และ เพศหญิงร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย (SD) 59(11.2) ปี อายุอยู่ในช่วง 20-83 ปี BMI เฉลี่ย (SD) 25.1 (5.2) มีค่าระหว่าง 16.1-57.8 พบว่าเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยมากกว่า แต่เพศชายมีลักษณะอ้วนกว่า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อายุและค่า BMI แบ่งตามเพศ

เพศ (จำนวน)	อายุ		BMI	
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
ชาย (40)	55(13)	20-80	26.18(6.62)	16.92-57.85
หญิง (160)	60(11)	20-83	24.87(4.76)	16.11-42.62

เมื่อนำผู้ป่วยเบาหวานมาจำแนกตามสถานที่ผู้ป่วยไปรับบริการสำหรับเบาหวานพบว่าโดยเฉลี่ยแล้ว เพศหญิงยังคงอายุมากกว่าเพศชาย และผู้ป่วยที่รับบริการจากศสช.บ้านกร่างมีอายุเฉลี่ยมากกว่าที่อื่น แต่ ค่าBMI ของผู้ป่วยที่รับการรักษาที่อายุรกรรมโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 อายุ เพศ และค่า BMI จำแนกตามสถานที่ให้บริการและที่อยู่อาศัย

สถานที่ให้บริการ	ประชาชน	เพศ (จำนวน)	อายุ		BMI	
			ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
ศูนย์สุขภาพเมือง	บ้านกร่าง	ชาย (7)	57(10)	44-69	24.77(3.84)	19.47-31.51
		หญิง (24)	56(11)	37-77	24.92(4.76)	17.78-36.19
	สระโคก	ชาย (2)	78(4)	75-80	24.86(1.21)	24.01-25.71
		หญิง (22)	58(13)	33-79	24.95(4.00)	19.47-31.24
	อื่นๆ	ชาย (11)	51(11)	34-71	23.37(1.99)	19.47-25.26
		หญิง (44)	59(11)	20-77	25.09(5.11)	16.11-36.44
	รวม (110)	ชาย (20)	56(13)	34-80	24.22(2.89)	19.47-31.51
		หญิง (90)	58(11)	20-79	25.01(4.68)	16.11-36.44
อายุรกรรม รพ.	บ้านกร่าง	ชาย (2)	62(1)	61-62	40.70(24.25)	23.56-57.85

	สระโคก	หญิง (7)	63(10)	46-70	21.70(2.32)	18.77-24.67
		ชาย (4)	53(22)	20-69	23.74(5.60)	16.92-30.11
		หญิง (17)	63(9)	49-83	25.08(5.07)	17.78-40.00
	อื่นๆ	ชาย (7)	50(12)	28-65	28.83(3.02)	23.89-32.27
		หญิง (13)	61(8)	45-78	27.86(6.06)	19.29-41.62
	รวม (50)	ชาย (13)	53(15)	20-69	29.09(9.67)	16.92-57.85
		หญิง (37)	62(9)	45-83	25.42(5.43)	17.78-41.62
ศสช.บ้านกว้าง	บ้านกว้าง (40)	ชาย (7)	59(13)	42-76	24.96(3.49)	20.31-30.11
		หญิง (33)	63(10)	44-80	23.88(4.11)	17.72-34.17

เมื่อนำค่า BMI มาแบ่งเป็นระดับเพื่อบ่งบอกความความอ้วนพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30-46 ของทุกสถานให้บริการ ผู้ป่วยอยู่ในค่าปกติ (normal: BMI 17.0-22.9) มีผู้ป่วยร้อยละ 20-25 มีน้ำหนักเกิน (overweight: BMI 23.0-24.9) สำหรับผู้ป่วยอ้วน (obese: BMI.มากกว่า 25.0) มีประมาณร้อยละ 26-49 (ตารางที่ 5) จากภาพรวมด้าน BMI อาจสรุปได้ว่าผู้ป่วยจาก ศสช.บ้านกว้างน่าจะมีรูปร่างดีกว่าที่ศูนย์สุขภาพเมืองและอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกค่า BMI ตามเพศและสถานที่ให้บริการ

ค่า BMI	ร้อยละ											
	ทั้งหมดของพิษณุโลก			ศูนย์สุขภาพเมือง			อายุรกรรม รพ.			ศสช.บ้านกว้าง		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
น้อยกว่า 17.00	1.1	2.9	0.7	1.1	0	1.3	2	7.7	0	0	0	0
17.0-22.99	36.1	17.1	40.5	35.1	20	37.9	30	7.7	37.8	46.2	28.6	50
23.00-24.99	21.3	28.6	19.6	20.2	40	16.4	20	15.4	21.6	25.6	28.6	25
25.00-27.49	14.2	22.9	12.2	17.0	33.3	13.9	14	15.4	13.5	7.7	14.3	6.3
27.50-30.00	11.5	5.7	12.8	13.8	0	16.5	10	7.7	10.8	7.78	14.3	6.3
มากกว่า 30.00	15.8	22.9	14.2	12.8	6.7	13.9	24	46.2	16.2	12.8	14.3	12.5

ผลทางคลินิก

ในการวัดผลทางคลินิกโดยนำเอาค่า HbA1c เพื่อพิจารณาถึงการควบคุมระดับน้ำตาล โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 ส่วนตามระยะเวลาการเป็นเบาหวานคือมากกว่า 5 ปี และน้อยกว่า 5 ปี พบว่า ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 5 ปี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c < 7) ร้อยละ 60 โดยเพศหญิงสามารถควบคุมได้ดีกว่าเพศชาย ในขณะที่

ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ($\text{HbA1c} < 7$) เพียงร้อยละ 32 เท่านั้น และเพศชายควบคุมได้ไม่ดี (poor control: $\text{HbA1c} > 8$) ถึงร้อยละ 56 ซึ่งเป็นไปตามที่คาดไว้ว่าคนที่เป็มานานจะควบคุมได้ยาก (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c จำแนกตามระยะเวลาการเป็นเบาหวานและเพศ

ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน	ร้อยละของผู้ป่วยพิษณุโลกที่มีค่า HbA1c								
	ทั้งหมด			ชาย			หญิง		
	<7	7-8	>8	<7	7-8	>8	<7	7-8	>8
น้อยกว่า 5 ปี	60	21.8	18.2	53.8	26.9	19.2	61.4	20.5	18.1
มากกว่า 5 ปี	31.9	31.9	36.2	22.2	22.2	55.6	34.2	34.2	31.6

ความรู้ การปฏิบัติ

จากการสำรวจโดยการสัมภาษณ์การปฏิบัติตัว (ตารางที่ 7) และความรู้ (ตารางที่ 8) ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยในการปฏิบัติตัวจะแบ่งเป็นหัวข้อการบริโภคอาหาร ยาและการรักษา การออกกำลังกาย/การดูแลสุขภาพ รวมถึงสภาวะปัจจุบันของผู้ป่วย และในการวัดความรู้จะคล้ายคลึงกับการวัดการปฏิบัติตัวประกอบด้วยหัวข้อความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย/การดูแลสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยยังคงมีการปฏิบัติและความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่ค่อยดีนัก ประมาณร้อยละ 30 ที่ยังไม่เหมาะสม ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับค่า BMI ที่ระบุว่าอ้วน และ HbA1c ที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี โดยเฉพาะเรื่องการกินอาหารว่าง ขนมระหว่างมื้ออาหารและการกินผลไม้รสหวานจัด ซึ่งผู้ป่วยยังคงรับประทานบ่อย-ประจำ สิ่งที่น่าสนใจเรื่องผู้ป่วยไม่ทราบว่าแอลกอฮอล์ทำให้น้ำตาลสูงถึงร้อยละ 41 แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่ได้มีการดื่มแอลกอฮอล์มากนัก (ร้อยละ 6 ที่มีการดื่มบ่อย-ประจำ) ผู้ป่วยประเมินว่าตัวเองรูปร่างผอมถึงร้อยละ 22 ทั้งๆที่ จากค่า BMI ที่ น้อยกว่า 17.0 มีเพียง ร้อยละ 1.1 ในขณะที่ค่า BMI ระบุว่าผู้ป่วยน้ำหนักอ้วนมีประมาณร้อยละ 40 แต่ผู้ป่วยประเมินว่าตัวเองมีรูปร่างอ้วนเพียงร้อยละ 25 หรือผู้ป่วยที่มีค่า BMI ระบุว่าผู้ป่วยน้ำหนักท้วมมีประมาณร้อยละ 21 แต่ผู้ป่วยประเมินว่าตัวเองมีรูปร่างท้วมเพียงร้อยละ 16 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินรูปร่างตัวเองค่อนข้างหลากหลาย ไม่สอดคล้องกับค่า BMI ซึ่งอาจเกี่ยวกับทัศนคติอื่นๆ ผู้ป่วยมักไปตามนัดของแพทย์ถึงร้อยละ 80 แสดงว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการพบแพทย์ แต่เมื่อทราบระดับน้ำตาลในเลือดแล้วผู้ป่วยมีการทบทวนการปฏิบัติตัวเพียงร้อยละ 63 ผู้ป่วยร้อยละ 80 ปฏิเสธการไม่ได้รับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่แพทย์ระบุ และปฏิเสธการปรับขนาดยาใช้เองเมื่อพิจารณาถึงความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องประมาณร้อยละ 51-74 เท่านั้น โดยเฉพาะเรื่องค่าของระดับน้ำตาลในเลือดที่ปกติ ผู้ป่วยตอบถูกเพียงร้อยละ 50 และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยตอบถูกเพียงร้อยละ 58 ซึ่งน่าจะสอดคล้องกับค่า HbA1c สำหรับการปฏิบัติตัวในด้านการออกกำลังกาย/การดูแลสุขภาพถ้าเกี่ยวกับการทำสวดจะค่อนข้างดี อีกเช่นกันในการสังเกตอาการผิดปกติของตัวเองเกี่ยวกับระดับน้ำตาลหรือผิวหนังจะน้อย มีการเล่าเรื่องไม่สบายใจในผู้อื่นฟังไม่มากเท่าไร อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมักมีอายุและอยู่กับบ้าน นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย/การดูแลสุขภาพจะผิดค่อนข้างมาก โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการชาและการตัดเล็บที่ถูกต้อง และความรู้การดูแลตนเองเกี่ยวกับการเตรียมตัวในโอกาสพิเศษยังไม่ถูกต้องประมาณร้อยละ 50 จะเห็นว่าโดยรวมแล้วความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไม่ค่อยดี น่าจะมีการกระตุ้นและให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อการควบคุมอาการเบาหวานดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าทางสถานให้บริการมีเจ้าหน้าที่พร้อมในการให้ความรู้ มีการจัดห้องให้เอื้อ

ต่อการให้ความรู้ แต่มักจะจัดหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว ซึ่งผู้ป่วยมักไม่อยู่ฟัง หลังจากได้รับการตรวจรักษา ผู้ป่วยจะกลับบ้านทันที ดังนั้นหากต้องการจะจัดการให้ความรู้ อาจต้องจัดก่อนการเข้ารับการตรวจรักษา แต่ช่วงดังกล่าวจะเป็นช่วงที่เจ้าหน้าที่ที่สถานให้บริการค่อนข้างยุ่งมาก อาจไม่มีเวลาในการปฏิบัติ

ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวในด้านต่างๆ

การวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน				
	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วย			
การบริโภคอาหาร	ประจำ	บ่อย	นานๆครั้ง	ไม่เคย
การกินอาหารว่าง ขนมะขามมือ	11	29.5	44.5	15
การดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน	5	6.5	34.5	54
การรับประทานอาหารไขมันสูง	4.5	22	49.5	24
การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	4	20	48	28
การรับประทานอาหารเช้า	15	18	43.5	23.5
การรับประทานผลไม้หวานจัด	11	23.5	53	12.5
การรับประทานขนมหวาน	2	13.5	48	36.5
การรับประทานแอลกอฮอล์	3	3.5	9.5	84
การเติมน้ำตาลในอาหาร	10	11.5	30.5	48
ความถี่ของการดื่มชา กาแฟ	14.5	7	14	64.5
ยาและการรักษา (ในรอบ 1 ปี)				
การไม่ได้รับประทานยาตามจำนวน	10.3	4.1	26.2	59.5
การไม่ได้รับประทานยาตามเวลา	7.2	6.2	30.3	56.4
การปรับขนาดยาเอง	4.6	2.6	9.2	83.6
การไปตรวจตามนัด	72.2	8.1	8.1	11.6
การพบแพทย์ปฏิบัติตัวเมื่อทราบผลน้ำตาล	30.8	32.3	13.6	23.2
การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพทั่วไป				
การทำความสะอาดบริเวณซอกอับ	66	25	4.5	4.5
การอาบน้ำสลับเวลาปวด	64.5	19	8	8.5
การฟอกเท้าด้วยสบู่อ่อนแล้วเช็ด	56.5	23.5	10.5	9.5
การตรวจดูเท้าดูแผล ตุ่ม	45.5	25	18.5	11
การสวมรองเท้าออกจากบ้าน	86	7.5	0.5	6
การออกกำลังกายต่อเนื่อง	51.5	21.5	17	10
การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น น้ำตาลสูง-ต่ำ	23.5	37.5	25.5	13.5
การสังเกตความผิดปกติของผิวหนัง	37	30.5	19	13.5
การเล่าเรื่องไม่สบายใจให้คนรู้จักฟัง	24	26	21	29
สภาวะปัจจุบัน				
ประเมินรูปร่าง	อ้วน	ท้วม	พอดี	ผอม
	25	16.5	36.5	22
น้ำหนักเมื่อเทียบกับเดือนที่แล้ว	เพิ่มมาก	เพิ่มบ้าง	ไม่เพิ่ม	ลดลง
	3.5	22.5	43.5	30.5
ปัจจุบันรักษาเบาหวานโดย	ฉีด	กิน	กิน+ฉีด	ควบคุมอาหาร
	3.5	76.9	11.6	8
การกินยาสมุนไพรร่วม	ไม่กิน	กิน		
	70.5	29.5		

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ในด้านต่างๆ

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน				
	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วย			
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค	ผิด	ถูก		
โรคเบาหวานสามารถรักษาหายขาดได้	33	67		
ค่าน้ำตาลปกติ	49	51		
การทราบภาวะแทรกซ้อน	33.5	66.5		
การป้องกัน/ชะลอภาวะแทรกซ้อน	42.1	57.9		
ระยะเวลาที่ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	25.5	74.5		
อาหาร				
คนเป็นเบาหวานควรรับประทานอาหารต่อไปนี้ อย่างไร	กินลดลง	กินเพิ่มขึ้น	กินเท่าเดิม	ขึ้นกับการออกแรง
แป้งข้าว	74.5	2	22	1.5
อาหารมัน	ห้ามกิน	กินได้บ้าง	กินปกติ	
	32.2	62.8	5	
อาหารเค็ม	31.7	52.3	16.1	
อาหารหวาน	23.6	68.8	7.5	
ผลไม้หวาน	18.6	70.9	10.6	
ขนมหวาน	23.2	69.2	7.6	
เนื้อสัตว์	6.6	64.6	28.8	
ผัก	4	50.8	45.2	
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	
แอลกอฮอล์ทำให้น้ำตาลสูง	52	7	41	
ผู้ป่วยควรมีการควบคุมชนิดและปริมาณของอาหาร	70	5	25	
การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพทั่วไป				
	ผิด	ถูก		
การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม	44	56		
การดูแลรักษาความสะอาด	49	51		
การตัดเล็บ	74.5	25.5		
ความรู้สึกรู้สึกอย่างไร	90.5	9.5		
การไหลเวียนโลหิตดีหรือไม่ดี	37.7	62.3		
การเกิดแผล อย่างไร	44	56		
การงดสูบบุหรี่	34.5	65.5		
ความรู้การดูแลตนเอง-การเตรียมตัวโอกาสพิเศษ				
นำบัตรเบาหวานติดตัว	36.5	63.5		
เตรียมของหวานเผื่อน้ำตาลต่ำ	45.5	54.5		
ลดสัดส่วนอาหาร	54.5	45.5		
งดยาเบาหวานในวันที่ไม่สบาย	35	65		

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยต่อความพอใจในบริการที่ได้รับ/คุณภาพชีวิต/การปฏิบัติ/ความรู้

ความพอใจต่อบริการที่ได้รับ/คุณภาพชีวิต/การปฏิบัติ/ความรู้			
ความพอใจต่อบริการที่ได้รับ	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วย		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
ด้านสถานที่ (การเดินทาง ความสะดวก ความเป็นระเบียบ)	1	10	89
การรอคิวรักษา	19	24.5	56.5
มาตรฐานของเครื่องมือ	0.5	12	87.5
การได้รับข้อมูล	1.5	79	19.5
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยา	1.6	3.3	95.1
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมารับบริการ	4.5	10.6	84.9
ผลลัพธ์ของสุขภาพหลังจากกลับจากการรักษา	0.5	96.5	3
ความพอใจโดยรวม		66	34
คุณภาพชีวิต	น้อย	ปานกลาง	มาก
ด้านร่างกาย	1	64	35
จิตใจ	0.5	98.5	1
ระดับความเป็นอิสระ	2.5	62	35.5
ความสัมพันธ์ทางสังคม	2.5	73.5	24
สิ่งแวดล้อม		95.5	4.5
ความเชื่อส่วนบุคคล	7	59	34
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.5	95.5	4
การปฏิบัติ	น้อย	ปานกลาง	มาก
การปฏิบัติด้านการบริโภค		36	64
การปฏิบัติด้านการรักษา		19.7	80.3
การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย		32.5	67
การปฏิบัติโดยรวม		26.1	73.9
ความรู้	p>20	p21-80	p>80
ความรู้เรื่องโรค	29	71	
ความรู้เรื่องการบริโภค	36.5	63.5	
ความรู้เรื่องยา	34.4	65.5	
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	55.7	43.2	1.1
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	54.6	45.4	
ความรู้โดยรวม	36.6	59.6	3.8

กล่าวโดยสรุปผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับปานกลางจนถึงมาก ผู้ป่วยคิดว่าการรอคิวเพื่อการรักษานาน แต่สามารถรอได้เพราะเป็นไปตามที่คาดไว้แล้วว่าต้องมารอ มีความพึงพอใจในสถานที่และเครื่องทางการแพทย์ค่อนข้างสูง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่รับการรักษาจากโรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีความทันสมัยในตัวอาคารและเครื่องมือสูง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติระดับปานกลางถึงมาก โดยเฉพาะในเรื่องการปฏิบัติในด้านการรักษาจะดีมาก แต่ความรู้เกี่ยวกับโรค การบริโภค ยา การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง ปานกลางจนถึงน้อย ซึ่งอาจจะสวนทางการการปฏิบัติ คิดว่าการที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีเนื่องจากมีบุคลากรทางแพทย์ได้กำชับหรือบอกไว้เรื่องเกี่ยวกับเบาหวานในระหว่างที่มารับการรักษา และผู้ป่วยได้จำนำไปใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันเป็นทองจำเฉพาะสิ่งนั้น แต่ถ้าได้มีการถาม-ตอบเพื่อวัดความรู้ ถามถึงสาเหตุ หรือใน

รายละเอียดผู้ป่วยจะตอบไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดของคนปกติเป็นเท่าไร แต่ผู้ป่วยกินยาที่ได้รับอย่างเคร่งครัด

งานอนามัยแม่และเด็ก

ระบบงาน (ระบบสนับสนุน จุดบริการ ทีมผู้ให้บริการ การดูแลพรอม การเชื่อมโยงบริการ ข้อมูล)

ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกว้างและสระโคกไม่ได้ทำคลอดเอง มีลักษณะการจัดการคล้ายคลึงกัน ตัวศูนย์จะดูแลเฉพาะรายที่มีตรวจหรือขอฝากครรภ์ครั้งแรกที่ศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถทราบหรือได้รับข้อมูลการตั้งครรภ์จากการรายงานจากอสม.หรือรพ.พุทธชินราช เมื่อสตรีมีครรภ์มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จะส่งถูกตัวไปที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจเลือดในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เพื่อฟังผลเลือด จากนั้นตั้งแต่ครั้งที่ 3 สตรีมีครรภ์ที่มีสภาวะปกติสามารถเลือกรับบริการฝากครรภ์ ที่รพ.พุทธชินราชหรือศูนย์สุขภาพชุมชนก็ได้ และกรณีที่สตรีมีครรภ์ที่ตรวจพบความผิดปกติที่ศูนย์สุขภาพชุมชนต้องถูกส่งเข้ารับการรักษารพ.พุทธชินราช จะทำการคลอดที่โรงพยาบาลและเมื่อคลอดแล้วข้อมูลสตรีหลังคลอดจะถูกส่งมาจากโรงพยาบาลพุทธชินราช กล่าวโดยสรุปศูนย์สุขภาพชุมชนจะติดตามเฉพาะรายที่กลับมาฝากครรภ์ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือรายที่มีอาการแทรกซ้อนและได้รับมอบหมายให้ติดตามจากโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยใช้บส.1 ติดต่อผ่านทาง internet หรือทางวิทยุ และจากการสอบถามความพึงพอใจของผู้มารับบริการพบว่ามีความพอใจจะรับบริการที่รพ.พุทธชินราชมากกว่าศูนย์สุขภาพชุมชน การดูแลรักษาเน้นการให้ บริการเชิงรับที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้กำกับดูแลงาน ร่วมกับพยาบาลผู้รับผิดชอบ 1 คน

จำนวนครั้งของการให้บริการฝากครรภ์ในแต่ละเดือน ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นบริการประมาณ 1-2 รายต่อเดือน ให้บริการเยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่มีปัญหาหลังคลอดหรือตามเวลาว่างของเจ้าหน้าที่ แนวทางในการให้บริการนั้นเป็นการประเมินการตรวจร่างกายเบื้องต้นหรือการประเมินอายุครรภ์เบื้องต้น ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ดี ในด้านการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงนั้นไม่มี เนื่องจากขอบเขตในการให้บริการนั้นถูกจำกัดด้วยความสามารถในการตรวจวัด เช่นไม่มีการตรวจเลือด เมื่อมีการพบความผิดปกติ/ภาวะเสี่ยงจะมีการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลพุทธชินราชดูแล โดยใช้บส.1 แนวปฏิบัติ (practice guideline)/ การจัดการระบบ วิธีคิด การให้บริการเน้นการให้สุศึกษา และติดตามการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ อายุครรภ์เฉลี่ยผู้มารับบริการที่เริ่มมาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน คือ 3 เดือน วิธีการให้ความรู้/สุศึกษาแก่ผู้รับบริการนั้นเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลเหมือนกันทุกคนตามแนวทางพื้นฐานการให้คำปรึกษาจากรพ.พุทธชินราช

โดยทั่วไปมีบริการเยี่ยมบ้านหลังคลอดประมาณ 1 สัปดาห์ หลังจากกลับจากคลอดที่โรงพยาบาลพุทธชินราชแล้ว โดยทราบข้อมูลจากการส่งต่อมาจากโรงพยาบาล (บส1) หรือการแจ้งข่าวของ อสม. และจะทำการติดตาม 2 ครั้ง มีกำหนดนัดวัคซีนให้เด็กทุกวันที่ 10 ของเดือน โดยที่ศสช.บ้านกว้างมีเด็กมารับบริการครั้งละ 40-60 คน มีแผนการติดตามพัฒนาการของเด็กไม่แน่นอน แล้วแต่มีบริษัท(ยา/นม)เอกชนติดต่อมาวางแผนร่วมกัน มีแผนการตรวจสุขภาพเด็กปีละ 1 ครั้ง ดำเนินการร่วมกับ อบต.และมีแผนการวางแผนครอบครัว ให้บริการตามความต้องการของประชาชน มีแจกถุงยาง ยาคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ส่วนศสช.สระโคกมีเด็กมารับบริการครั้งละ 40 คน มีโปรยณียบัตรติดตามเด็กที่ไม่มาฉีดวัคซีนตามกำหนด มีแผนการติดตามพัฒนาการ สุขภาพ ทันทบิดบิด ให้กับศูนย์เด็กเล็กสระโคก และศูนย์เด็กเล็กวัดมะขามเตี้ย จำนวน 3 เดือน/ครั้ง

ในการจัดเก็บและทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่นั้นที่ศสช.บ้านกว้างเป็นการจดบันทึกด้วยมือ ส่วนที่ศสช.สระโคกมีการจดบันทึกด้วยมือและมีการพิมพ์เก็บในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ แต่มักเลือกใช้ในการปฏิบัติจากบันทึกด้วยมือ ระบบการส่งต่อ การปรึกษา ภายในหน่วยบริการและระหว่างหน่วยบริการมีการประสานงานกับโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยใช้บส.1 ส่งข้อมูลติดต่อไป-กลับทาง internet

Teenage

จำนวนสตรีมีครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดในสถานให้บริการที่กำหนดหรือโรงพยาบาลในพื้นที่ที่นำมาศึกษา (คลอดโรงพยาบาลพุทธชินราชทั้งหมด) รวมทั้งสิ้น 35 ราย อยู่ในพื้นที่บ้านกว้าง 19 คน และ สระโคก 11 คน จากสตรีมีครรภ์ในพื้นที่ดังกล่าวในรอบปีเดียวกัน 38 และ 29 คนตามลำดับ ซึ่งที่ไม่นำมาศึกษาเนื่องจากทำการคลอดในโรงพยาบาลอื่น อายุเฉลี่ย (sd) ของสตรีมีครรภ์ 35 คน คือ 25.71 (7.17) ปี ช่วงอายุระหว่าง 13-41 ปี (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนตัวอย่างสตรีมีครรภ์จำแนกตามพื้นที่และอายุ

อายุ (ปี)	จำนวนสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา (ร้อยละ)		
	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกว้าง (19)	ศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคก (16)	รวม
น้อยกว่า 17	0	1 (6.3)	1 (2.9)
17-20.0	3 (15.8)	7 (43.8)	10 (28.6)
20.1-25.0	2 (10.5)	4 (25.0)	6 (17.1)
25.1-30.0	7 (36.8)	1 (6.3)	4 (22.9)
30.1-35.0	4 (21.1)	1 (6.3)	5 (14.3)
35.1-40.0	2 (10.5)	2 (12.5)	8 (11.4)
มากกว่า 40	1 (5.3)	0	1 (2.9)

สตรีมีครรภ์ที่ตั้งครรภ์ตอนอายุน้อยกว่า 20 ปี มีประมาณร้อยละ 31 และน้อยกว่าอายุ 17 ปี เพียงร้อยละ 2.9 ที่ชุมชนสระโคกมีแนวโน้มจะตั้งครรภ์ในอายุที่น้อยกว่าชุมชนบ้านกว้าง

ตารางที่ 11 ประวัติการตั้งครรภ์จากการสัมภาษณ์

ประวัติการตั้งครรภ์	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกว้าง	ศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคก	รวม
จำนวนการตั้งครรภ์			
ครรภ์แรก	42.1	56.3	48.6
ครรภ์หลัง	57.9	43.8	51.4
จำนวนครั้งของการแท้ง			
ไม่เคยแท้ง	63.2	100	80.0
แท้ง 1 ครั้ง	31.6	0	17.1
แท้ง 3 ครั้ง	5.3	0	2.9

จากแบบบันทึกการฝากครรภ์จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์จากที่ศึกษาเหมือนกับแบบสัมภาษณ์ คือ เป็นครรภ์แรกร้อยละ 48.6 และครรภ์หลังร้อยละ 51.4 โดยแบ่งเป็นครรภ์แรกร้อยละ 48.6 ครรภ์ที่ 2-4 ร้อยละ 48.6 และครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 2.9 จากแบบบันทึกพบว่าอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย (SD) 13.91 (8.74) สัปดาห์ การแท้งเฉลี่ย (SD) 0.29 (0.62) ครั้ง

การดูแลมารดาและการบริการระยะก่อนคลอด

จากแบบบันทึกพบว่าจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ทั้งหมดเฉลี่ย (SD) 8.06 (3.67) ครั้ง ซึ่งต่างจากการสัมภาษณ์ (ตารางที่ 12) ในแบบบันทึกน่าจะมีความถูกต้องมากกว่า การสัมภาษณ์อาจเป็นเพราะผู้ปวยลิม

ตารางที่ 12 ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ฝากครรภ์ตามจำนวนการดูแลมารดาและการบริการระยะก่อนคลอดจากการสัมภาษณ์

จำนวนการ ANC	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกว้าง	ศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคก	รวม
น้อยกว่า 4 ครั้ง	77.8	68.8	73.5
ตั้งแต่ 4 ครั้ง ขึ้นไป	22.2	31.3	26.5

Low birth weight (LBW)

จากแบบบันทึกการฝากครรภ์พบว่าทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (น้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม) ยังพบอยู่ในพื้นที่บ้านกว้าง พบร้อยละ 5.3 นอกนี้น้ำหนักอยู่ในช่วง 2500-4000 กรัม (ตารางที่ 13) แต่ในแบบบันทึก MCH1 ไม่มีทารกแรกคลอดที่น้ำหนักตัวน้อย อาจต้องไปตรวจสอบการอ่านข้อมูลของเครื่องตรวจบันทึก หรืออาจเกิดความผิดพลาดจากการบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพ

ตารางที่ 13 ร้อยละของน้ำหนักทารกแรกคลอด

น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้านกว้าง	ศสช.สระโคก	รวม
น้อยกว่า 2500	5.3	0	2.9
2500-2900	31.6	6.7	20.6
3000-3499	57.9	66.7	61.8
3500-3999	5.3	26.7	17.7
ตั้งแต่ 4000	0	0	0

Review ANC chart

จากแบบบันทึกการฝากครรภ์ ซึ่งแหล่งข้อมูลที่นำมาได้จากแบบบันทึกการฝากครรภ์/การคลอดที่สถานพยาบาลนั้นกำหนดขึ้น และทะเบียนที่สถานพยาบาลจัดทำขึ้น ในส่วนของความครบถ้วนของการบันทึกประวัติ พบว่ามักไม่มีการบันทึกประวัติครอบครัว ประวัติการคุมกำเนิด, การตรวจ lab, กลุ่มเลือด, haematocrit, ไวรัสตับอักเสบบี (ไม่มีการบันทึกเลย), HIV และ VDRL ส่วนบันทึกการตรวจครรภ์ มักไม่มีการบันทึก BMI ในขณะที่มีการบันทึกน้ำหนัก การบันทึกเด็กดิ้น ขนาดมดลูก ทาเด็กส่วนล่าง เสียงหัวใจเด็ก อาการผิดปกติ และการวินิจฉัย ในการบันทึกการคลอดและหลังคลอดนั้นมักขาดความครบถ้วนในภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด และสุขภาพเด็กแรกคลอด ส่วนการใช้ข้อมูลเพื่อประเมินและวินิจฉัยการให้บริการ การดูแลและการจัดการปัญหา พบว่าส่วนใหญ่ไม่บันทึกการตรวจประเมิน บันทึกการตรวจครรภ์/ให้ความรู้ การจัดการดูแล ถึงแม้ว่าทารกที่คลอดออกมาจะไม่มีปัญหาอะไร แต่คุณภาพของข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ ไม่ครบถ้วน

ตารางที่ 14 คุณภาพแบบบันทึกการฝากครรภ์

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้าน กว้าง	ศสช.สระโค่ง	รวม
ความครบถ้วนของการบันทึกประวัติ			
การตรวจตามนัด			
ไม่บันทึก	0	6.3	2.9
บันทึกบางครั้ง	5.3	6.3	5.7
บันทึกทุกครั้ง	94.7	87.5	91.4
ข้อมูลทั่วไปของมารดา			
ไม่บันทึก	0	0	0
บันทึกบางครั้ง	15.8	6.3	11.4
บันทึกทุกครั้ง	54.2	93.8	88.6
ข้อมูลประวัติครอบครัว			
ไม่บันทึก	83.3	56.3	70.6
บันทึกบางครั้ง	11.1	25.0	17.6
บันทึกทุกครั้ง	5.6	18.8	11.8
ข้อมูลประวัติเจ็บป่วย			
ไม่บันทึก	38.9	12.5	26.5
บันทึกบางครั้ง	27.8	18.8	23.5
บันทึกทุกครั้ง	33.3	68.8	50.0
ข้อมูลประวัติการรับ TT			
ไม่บันทึก	0	6.3	2.9
บันทึกบางครั้ง	10.5	0	5.7
บันทึกทุกครั้ง	89.5	93.8	91.4
ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์			
ไม่บันทึก	0	6.3	2.9
บันทึกบางครั้ง	21.1	6.3	14.3
บันทึกทุกครั้ง	78.9	87.5	82.9
ข้อมูลประวัติการคุมกำเนิด			
ไม่บันทึก	68.4	87.5	77.1
บันทึกบางครั้ง	15.8	6.3	11.4
บันทึกทุกครั้ง	15.8	6.3	11.4
ข้อมูลประวัติตั้งครรภ์ปัจจุบัน			
ไม่บันทึก	0	0	0
บันทึกบางครั้ง	10.5	12.5	11.4
บันทึกทุกครั้ง	89.5	87.5	88.6

ข้อมูลตรวจร่างกายทั่วไป			
ไม่บันทึก	5.3	6.3	5.7
บันทึกบางครั้ง	89.5	56.3	74.3
บันทึกทุกครั้ง	5.3	37.5	20.0
ข้อมูลการตรวจ lab			
ไม่บันทึก	36.8	43.8	40.0
บันทึกบางครั้ง	63.2	56.3	60.0
บันทึกทุกครั้ง	0	0	0
Blood group			
ไม่บันทึก	78.9	100	88.6
บันทึก	21.1	0	11.4
Haematocrit			
ไม่บันทึก	100.0	93.8	97.1
บันทึก 1 ครั้ง	0	6.3	2.9
บันทึก 2 ครั้ง	0	0	0

ตารางที่ 14 คุณภาพแบบบันทึกการฝากครรภ์ (ต่อ)

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้าน กว้าง	ศสช.สระโคก	รวม
อายุครรภ์			
ไม่บันทึก	26.3	43.8	34.3
บันทึกบางครั้ง	63.2	56.3	60.0
บันทึกทุกครั้ง	10.5	0	5.7
อาการผิดปกติ			
ไม่บันทึก	68.4	87.5	77.1
บันทึกบางครั้ง	26.3	56.3	20.0
บันทึกทุกครั้ง	5.3	0	2.9
การวินิจฉัย			
ไม่บันทึก	42.1	87.5	62.9
บันทึกบางครั้ง	57.9	6.3	34.3
บันทึกทุกครั้ง	0	6.3	2.9
วันนัด			
ไม่บันทึก	0	12.5	5.7
บันทึกบางครั้ง	10.5	6.3	8.6
บันทึกทุกครั้ง	89.5	81.3	85.7
บันทึกผู้ตรวจ			
ไม่บันทึก	0	6.3	2.9
บันทึกบางครั้ง	10.5	31.3	20.0
บันทึกทุกครั้ง	89.5	62.5	77.1
ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกการคลอดและหลังคลอด			
สถานที่คลอด			
ไม่บันทึก	0	12.5	5.7
บันทึก	100.0	87.5	94.3
ผู้ทำคลอด			
ไม่บันทึก	10.5	6.3	8.6
แพทย์	84.2	93.8	88.6
พยาบาล	5.3	0	2.9
จนท.สาธารณสุข	0	0	0
หมอดำแย	0	0	0

วัน เดือน ปี ที่คลอด			
ไม่บันทึก	0	0	0
บันทึก	100.0	100.0	100.0
วิธีการคลอด			
ไม่บันทึก	5.3	6.3	5.7
คลอดปกติ	63.2	75.0	68.6
การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction, V/E)	0	6.3	2.9
การคลอดโดยใช้คีม (Forcep extraction, F/E)	0	0	0
การคลอดโดยวิธีการผ่าตัดทางหน้าท้อง (cesarean section, C/S)	31.6	12.5	22.9
การคลอดท่าก้นทางช่องคลอด (Vaginal breech delivery)	0	0	0
ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด			
ไม่บันทึก	36.8	25.0	31.4
ไม่มี	52.6	56.3	54.3
มี	10.5	18.8	14.3
น้ำหนักทารกแรกคลอด			
ไม่บันทึก		6.3	2.9
บันทึก	100.0	93.8	97.1

ตารางที่ 14 คุณภาพแบบบันทึกการฝากครรภ์ (ต่อ)

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้าน กว้าง	ศสช.สระโค่ง	รวม
สุขภาพทารกแรกคลอด			
ไม่บันทึก	47.4	18.8	34.3
ปกติ	42.1	68.8	54.3
ผิดปกติ	10.5	12.5	11.4
การใช้ข้อมูลเพื่อประเมินและวินิจฉัยการให้บริการดูแลและการจัดการปัญหา			
บันทึกการวินิจฉัย			
ไม่บันทึก	5.3	6.3	5.7
Normal case	94.7	87.5	91.4
High risk case	0	6.3	2.9
บันทึกการตรวจประเมิน			
ไม่บันทึก	52.6	62.5	57.1
วินิจฉัยทุกครั้ง	0	6.3	2.9
วินิจฉัยบางครั้ง	47.4	31.3	40.0
ไม่ระบุการวินิจฉัยเขียนเฉพาะการรักษา	0	0	0
บันทึกการตรวจครรภ์/ให้ความรู้			
ไม่บันทึก	52.6	43.8	48.6
บันทึกตรงกับปัญหา/อายุครรภ์	36.8	50.0	42.9
บันทึกไม่ตรงกับปัญหา/อายุครรภ์	10.5	6.3	8.6
การจัดการดูแล			
ไม่บันทึก	89.5	93.8	91.4
บันทึก	10.5	6.3	8.6
ความเห็นผู้ประเมิน			
Normal case	94.7	87.5	91.4
High risk case	5.3	12.5	8.6
การวินิจฉัยใน chart			
ตรงกับผู้ประเมิน chart	94.7	93.8	94.3
ไม่ตรงกับผู้ประเมิน chart	5.3	6.3	5.7
ข้อสรุปคุณภาพการดูแล			
ข้อมูลยังไม่เพียงพอ มีส่วนต้องปรับปรุง	100.0	100.0	100.0

ความรู้ ความพร้อมของแม่

ในการสัมภาษณ์สตรีมีครรภ์เพื่อพิจารณาความพร้อมและความรู้ของแม่ โดยแบ่งความพร้อมออกเป็น การปฏิบัติตัวและพัฒนา

การปฏิบัติแยกออกเป็น 2 ส่วนคือ การบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพทั่วไป พบว่ามีการปฏิบัติปานกลางถึงดีมาก

พัฒนาของหญิงตั้งครรภ์ แบ่งเป็นการยอมรับการตั้งครรภ์ การสร้างสัมพันธภาพกับทารก การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง การเตรียมตัวเพื่อการคลอด การยอมรับบทบาทมารดา พบว่ามารดายอมรับทารกที่กำลังจะเกิดมาได้ แต่การปรับตัวและการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากจริงๆ แล้วยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรเนื่องจาก การประกอบอาชีพและเศรษฐกิจ แต่ก็สามารถยอมรับได้ถ้าตั้งครรภ์

ตารางที่ 15 การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้าน กว้าง	ศสช.สระ โค่ง	รวม
การบริโภคอาหาร			
การกะสัดส่วนอาหาร			
ไม่เคยเลย	10.5	18.8	14.3
น้อย	26.3	12.5	20.0
ค่อนข้างน้อย	10.5	43.8	25.7
ประจำ	52.6	25.0	40.0
การรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น			
ไม่เพิ่มเลย	15.8	0	8.6
เพิ่มบางมื้อ	31.6	50.0	40.0
เพิ่มเกือบทุกมื้อ	5.3	25.0	14.3
เพิ่มทุกมื้อ	47.4	25.0	37.1
การพยายามรับประทานอาหารที่มีประโยชน์			
ไม่เคยเลย	5.3	0	2.9
น้อย	15.8	31.3	22.9
ค่อนข้างน้อย	31.6	25.0	28.6
ประจำ	47.4	43.8	45.7
การรับประทานอาหารผักเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์			
ไม่เพิ่มขึ้นเลย	36.8	6.3	22.9
เพิ่มขึ้นเล็กน้อย	10.5	12.5	11.4
เพิ่มขึ้นปานกลาง	21.1	43.8	31.4
เพิ่มขึ้นมาก	31.6	37.5	34.3

การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ			
ประจำ	0	0	0
ค่อนข้างบ่อย	0	6.3	2.9
น้อย	26.3	12.5	20.0
ไม่เคยเลย	73.7	81.3	77.1
การรับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรส			
ประจำ	26.3	25.0	25.7
ค่อนข้างบ่อย	21.1	31.3	25.7
น้อย	36.8	31.3	34.3
ไม่เคยเลย	15.8	12.5	14.3
การดื่มน้ำชาหรือกาแฟ			
วันละหลายถ้วย	0	0	0
วันละถ้วย	10.5	0	5.7
น้อย	26.3	25.0	25.7
ไม่ดื่มเลย	63.2	75.0	68.6
การรับประทานขนมหวาน			
กินเต็มที่	31.6	0	17.1
ค่อนข้างมาก	10.5	43.8	25.7
กินบ้าง	42.1	50.0	45.7
ไม่กินเลย	15.8	6.3	11.4
การดูแลสุขภาพทั่วไป			
การทำความสะอาดห้องน้ำ เต้านม			
ไม่เคยเลย	0	0	0
นานๆครั้ง	26.3	25.0	25.7
ค่อนข้างบ่อย	21.1	12.5	17.1
ทุกวัน	52.6	62.5	57.1

ตารางที่ 15 การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้าน กว้าง	ศสช.สระ ไคล์	รวม
การเปลี่ยนท่าเป็นระยะ			
ไม่เคยเลย	5.3	0	2.9
น้อย	26.3	40.0	32.4
ค่อนข้างบ่อย	36.8	53.3	44.1
ประจำ	31.6	6.7	20.6
การหาวิธีออกกำลังกาย			
ไม่เคยเลย	31.6	18.8	25.7
น้อย	26.3	25.0	25.7
ค่อนข้างบ่อย	15.8	31.3	22.9
ประจำ	26.3	25.0	25.7
การเดินออกกำลังกาย			
ไม่เคยเลย	31.6	25.0	28.6
น้อย	21.1	25.0	22.9
ค่อนข้างบ่อย	21.1	43.8	31.4
ทุกวัน	26.3	6.3	17.1
การระวังอุบัติเหตุ			
ไม่เคยเลย	15.8	12.5	14.3
น้อย	0	0	0
ค่อนข้างบ่อย	31.6	31.3	31.4
ประจำ	52.6	56.3	54.3
การหลีกเลี่ยงการใช้แรง			
ไม่เคยเลย	15.8	18.8	17.1
น้อย	15.8	18.8	17.1
ค่อนข้างบ่อย	36.8	31.3	34.3
ประจำ	31.6	31.3	31.4
การระวังคนเป็นหวัดนก			
ไม่เข้าใจเลย	31.6	18.8	25.7
เข้าใจบ้าง	0	12.5	5.7
เข้าใจบ่อย	21.1	25.0	22.9
ไม่พบเหตุการณ์	47.4	43.8	45.7
การถามผลการตรวจ			
ไม่เคยถามเลย	5.3	25.0	14.3

บางครั้ง	5.3	6.3	5.7
เกือบทุกครั้ง	10.5	18.8	14.3
ทุกครั้ง	78.9	50.0	65.7
การกินยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง			
ทุกครั้ง	0	0	0
ค่อนข้างบ่อย	5.3	6.3	5.7
นานๆครั้ง	21.1	0	11.4
ไม่เคยเลย	73.7	93.8	82.9
การกินยาบำรุง			
ไม่เคยเลย	0	12.5	6.1
ลืมหานยาบ่อยๆ	5.9	6.3	6.1
ลืบบ้าง	11.8	18.8	15.2
ทุกวัน	82.4	62.5	72.7

การหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ			
ไม่เคยเลย	15.8	25.0	20.0
น้อย	36.8	37.5	37.1
ค่อนข้างบ่อย	31.6	25.0	28.6
ประจำ	15.8	12.5	14.3
การสังเกตอาการผิดปกติ			
ไม่เคยเลย	10.5	6.3	8.6
น้อย	5.3	6.3	5.7
ค่อนข้างบ่อย	36.8	37.5	37.1
ประจำ	47.4	50	48.6

ตารางที่ 16 แบบวัดพัฒนกิจของหญิงตั้งครรภ์

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้านกว้าง	ศสช.สระโค่ง	รวม
พัฒนกิจที่ 1 การยอมรับการตั้งครรภ์			
การวางแผนการตั้งครรภ์			
วางแผน	31.6	6.3	20.0
ไม่วางแผน	68.4	93.8	80.0
การรู้สึกดีใจเมื่อตั้งครรภ์			

ไม่เลย	5.3	6.3	5.7
น้อย	15.8	0	8.6
ปานกลาง	42.1	56.3	48.6
มาก	36.8	37.5	37.1
พัฒนาที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพกับ ทหารในครรรค์			
ความผูกพันกับลูก			
ไม่แน่ใจ	5.9	0	3.0
เฉยๆ	11.8	12.5	12.1
เมื่อลูกตื่น	23.5	56.3	39.4
ตั้งแต่รู้ว่าท้อง	58.8	31.3	45.5
การคิดถึงบุตรในท้อง			
ไม่เคยเลย	31.6	12.5	22.9
น้อย	15.8	18.8	17.1
ค่อนข้างบ่อย	21.1	43.8	31.4
ประจำ	31.6	25.0	28.6
การดูแลสุขภาพท้องเพื่อสัมผัสลูก			
ไม่เคยเลย	10.5	0	5.7
น้อย	31.6	31.3	31.4
ค่อนข้างบ่อย	15.8	18.8	17.1
ประจำ	42.1	50.0	45.7
พัฒนาที่ 3 การปรับตัวและสัมพันธ ภาพกับคู่สมรส			
ความรู้สึกกับการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกาย			
ไม่ชอบเลย	15.8	25.0	20.0
เฉยๆ	52.6	37.5	45.7
ไม่แน่ใจ	5.3	6.3	5.7
ภูมิใจ	26.3	31.3	28.6

ตารางที่ 16 แบบวัดพัฒนกิจของหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้านกว้าง	ศสช.สระโคก	รวม
การรักษาค่าใช้จ่ายกับสามี			
ไม่เคยเลย	10.5	31.3	20.0
น้อย	47.4	25.0	37.1
ค่อนข้างบ่อย	36.8	25.0	31.4
ประจำ	5.3	18.8	11.4
ความเอาใจใส่ของสามี			
ไม่เคยเลย	0	6.3	2.9
น้อย	15.8	12.5	14.3
ปานกลาง	36.8	50.0	42.9
มาก	47.4	31.3	40.0
การขัดแย้งกับสามี			
ประจำ	15.8	0	8.6
ค่อนข้างบ่อย	5.3	6.3	5.7
ไม่เคยเลย	52.6	31.3	42.9
น้อย	26.3	62.5	42.9
พัฒนกิจที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อการคลอด			
การฝึกหายใจ			
ไม่เคยเลย	36.8	18.8	28.6
น้อย	26.3	31.3	28.6
ค่อนข้างบ่อย	21.1	12.5	17.1
ประจำ	215.8	37.5	25.7
การวางแผนครอบครัวหลังคลอด			
ไม่เคยเลย	31.6	31.3	31.4
น้อย	47.4	37.5	42.9
ค่อนข้างบ่อย	15.8	18.8	17.1
ประจำ	5.3	12.5	8.6
พัฒนกิจที่ 5 การยอมรับบทบาทการเป็นมารดา			
ความมั่นใจในการทำบทบาทแม่			
ไม่เคยเลย	5.3	0	2.9
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	42.1	50.0	45.7
มาก	52.6	50.0	51.4

การบริการเรื่องการเป็นแม่ที่ดี			
ไม่เคยเลย	15.8	6.3	11.4
น้อย	26.3	18.8	22.9
ค่อนข้างบ่อย	26.3	31.3	28.6
ประจำ	31.6	43.8	37.1

ความพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

ความพอใจต่อการบริการที่ได้รับแบ่งออกเป็นสถานที่ การบริการ บุคลากร เครื่องมือ ค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ได้รับ พบว่า ต่อสิ่งที่ เป็นวัตถุ กสิ่งก่อสร้างจะได้รับความพอใจสูง (เครื่องมือ สถานที่) ซึ่งเป็นการคลอดที่โรงพยาบาลศูนย์ ดังนั้นจึงตอบสนองต่อ ความพอใจในส่วนนี้ นอกจากนี้มีความพอใจต่อค่าใช้จ่ายสูงมาก ส่วนทางด้านข้อมูลที่ได้รับ บุคลากร การบริการ ความ พพอใจจะอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นอาจจะสะท้อนถึงคุณภาพของทรัพยากรด้านบุคคลว่าอาจไม่เพียงพอ แต่ทางด้านวัตถุดี แล้ว

ตารางที่ 17 ความพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้าน กว้าง	ศสช.สระโคก	รวม
ความสะดวกในการเดินทาง			
ยากลำบาก	5.3	0	2.9
ไม่ค่อยสะดวก	26.3	6.3	17.1
สะดวกพอควร	47.4	50.0	48.6
สะดวกมาก	21.1	43.8	31.4
ความสะอาด			
สกปรก	0	0	0
ไม่ค่อยสะอาด	0	0	0
สะอาด	73.7	87.5	80.0
สะอาดมาก	26.3	12.5	20.0
ความเป็นระเบียบเรียบร้อย			
ไม่เป็นระเบียบเลย	0	0	0
ไม่ค่อยเป็นระเบียบ	0	6.3	2.9
ดี	73.7	75.0	74.3
ดีมาก	26.3	18.8	22.9
ช่วงเวลาที่รอคิว			
นานมาก	31.6	6.3	20.0
นาน	31.6	31.3	31.4
ไม่นานเท่าไร	26.3	62.5	42.9
เร็วทันใจ	10.5	0	5.7

เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ			
ไม่เคยถาม	0	0	0
น้อย	0	0	0
บางครั้ง	15.8	18.8	17.1
ทุกครั้ง	84.2	81.3	82.9
อัยการยอม/เจ้าหน้าที่			
ต้องปรับปรุง	5.3	0	2.9
พอใช้	0	0	0
ดี	52.6	75.0	62.9
ดีมาก	42.1	25.0	34.3
การรับฟังของเจ้าหน้าที่			
ต้องปรับปรุง	10.5	0	5.7
พอใช้	5.3	18.8	11.4
ดี	73.7	56.3	65.7
ดีมาก	10.5	25.0	17.1
การอธิบายการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่			
ต้องปรับปรุง	0	0	0
พอใช้	0	6.3	2.9
ดี	84.2	68.8	77.1
ดีมาก	15.8	25.0	20.0
การไม่บอกข้อควรระวังจากหมอ/เจ้าหน้าที่			
ไม่มี	78.9	68.8	74.3
มี	21.1	31.3	25.7
การตรวจครรภ์			
ต้องปรับปรุง	10.5	6.3	8.6
พอใช้	5.3	12.5	8.6
ดี	42.1	56.3	48.6
ดีมาก	42.1	25.0	34.3
อุปกรณ์ทางการแพทย์			
ต้องปรับปรุง	0	0	0
พอใช้	10.5	6.3	8.6
ดี	57.9	62.5	60.0
ดีมาก	31.6	31.3	31.4
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง			
สูงเกิน	0	0	0
สูงแต่ไม่มีปัญหา	5.3	6.3	5.7
เหมาะสมดี	63.2	68.8	65.7

น้อย	31.6	25.0	28.6
การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่			
ไม่เลย	10.5	6.3	8.6
รายบุคคล	36.8	31.3	34.3
เป็นกลุ่ม	21.1	6.3	14.3
รายบุคคลและเป็นกลุ่ม	31.6	56.3	42.9
ความรู้ที่ได้จากเจ้าหน้าที่			
การเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์			
ไม่ได้	5.9	0	3.1
ได้ มีประโยชน์	94.1	93.3	93.8
ได้ ไม่มีประโยชน์	0	6.7	3.1
อาการที่พบขณะตั้งครรภ์			
ไม่ได้	5.9	6.7	6.3
ได้ มีประโยชน์	94.1	93.3	93.8
ได้ ไม่มีประโยชน์	0	0	0
การปฏิบัติตัว (อาหารและการออกกำลังกาย)			
ไม่ได้	11.8	0	6.3
ได้ มีประโยชน์	88.2	100.0	93.8
ได้ ไม่มีประโยชน์	0	0	0
การตรวจฟันและดูแลความสะอาด			
ไม่ได้	5.9	0	3.1
ได้ มีประโยชน์	94.1	93.3	93.8
ได้ ไม่มีประโยชน์	0	6.7	3.1
การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์			
ไม่ได้	11.8	20.0	15.6
ได้ มีประโยชน์	76.5	60.0	68.8
ได้ ไม่มีประโยชน์	11.8	20.0	15.6

ตารางที่ 17 ความพอใจต่อบริการที่ได้รับ (ต่อ)

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้าน กว้าง	ศสช.สระโคก	รวม
การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์			
ไม่ได้	11.8	6.7	9.4
ได้ มีประโยชน์	88.2	93.3	90.6
ได้ ไม่มีประโยชน์	0	0	0
ประโยชน์ของยาเสริมธาตุเหล็ก			
ไม่ได้	29.4	20.0	25.0
ได้ มีประโยชน์	70.6	73.3	71.9
ได้ ไม่มีประโยชน์	0	6.7	3.1
การนับจำนวนลูกดิ้น			
ไม่ได้	0	0	0
ได้ มีประโยชน์	100.0	93.3	96.9
ได้ ไม่มีประโยชน์	0	6.7	3.1
การเตรียมและการดูแลเต้านม			
ไม่ได้	5.9	6.7	6.3
ได้ มีประโยชน์	94.1	86.7	90.6
ได้ ไม่มีประโยชน์	0	6.7	3.1
อาการใกล้คลอด			
ไม่ได้	23.5	6.7	15.6
ได้ มีประโยชน์	76.5	86.7	81.3
ได้ ไม่มีประโยชน์	0	6.7	3.1
การเตรียมตัวก่อนคลอด			
ไม่ได้	5.9	13.3	9.4
ได้ มีประโยชน์	94.1	80.0	87.5
ได้ ไม่มีประโยชน์	0	6.7	3.1
การคาดหวังอื่น			
ไม่มี	94.7	87.5	91.4
มี	5.3	12.5	8.6
การตรวจเลือดในครั้งแรกของการฝากครรภ์			
ไม่ได้ตรวจ	5.3	6.3	5.7
ตรวจ	94.7	93.8	94.3
การให้คำปรึกษาก่อนเจาะเลือด			
ไม่ได้	42.1	18.8	31.4
ได้	57.9	81.3	68.6

การบอกผลเลือดในการตรวจเลือดครั้งแรก			
ไม่ได้บอก	10.5	25.0	17.1
บอก	89.5	75.0	82.9

ตารางที่ 18 ภาพรวมการปฏิบัติตัว พัฒนิกะหญิงมีครรภ์และความพอใจต่อบริการที่ได้รับ

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้าน กว้าง	ศสช.สระโคก	รวม
ภาพรวมการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภค			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	42.1	63.2	42.9
มาก	57.9	36.8	57.1
ภาพรวมการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพทั่วไป			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	31.6	43.8	37.1
มาก	68.4	56.3	62.9
ภาพรวมการปฏิบัติ			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	42.1	56.3	48.6
มาก	57.9	43.8	51.4
ภาพรวมพัฒนิกะการยอมรับการตั้งครรภ์			
น้อย	5.3	0	2.9
ปานกลาง	15.8	12.5	14.3
มาก	78.9	87.5	82.9
ภาพรวมพัฒนิกะการปรับตัว			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	63.2	43.8	54.3
มาก	36.8	56.3	45.7
ภาพรวมพัฒนิกะการสร้างความสัมพันธ์ ภาพกับทารกในครรภ์			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	78.9	50.0	65.7
มาก	21.1	50.0	34.3
ภาพรวมพัฒนิกะการเตรียมตัวเพื่อการ คลอด			
น้อย	5.3	0	2.9

ปานกลาง	42.1	43.8	42.9
มาก	52.6	56.3	54.3
ภาพรวมพัฒนา			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	63.2	37.5	51.4
มาก	36.8	62.5	48.6
ภาพรวมความพอใจต่อสถานที่			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	21.1	6.3	14.3
มาก	78.9	93.8	85.7
ภาพรวมความพอใจต่อการบริการ			
น้อย	31.6	6.3	20.0
ปานกลาง	31.6	31.3	31.4
มาก	36.8	62.5	48.6
ภาพรวมความพอใจต่อบุคลากร			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	52.6	56.3	54.3
มาก	47.4	43.8	45.7

ตารางที่ 18 ภาพรวมการปฏิบัติตัว พัฒนากิจหญิงมีครรภ์และความพอใจต่อการบริการที่ได้รับ (ต่อ)

	ร้อยละของสตรีมีครรภ์ที่ศึกษา		
	ศสช.บ้าน กว้าง	ศสช.สระโค่ง	รวม
ภาพรวมความพอใจต่อเครื่องมืออุปกรณ์			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	10.5	6.3	8.6
มาก	89.5	93.8	91.4
ภาพรวมความพอใจต่อค่าใช้จ่าย			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	5.3	6.3	5.7
มาก	94.7	93.8	94.3
ภาพรวมความพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับ			
น้อย	10.5	6.3	8.6
ปานกลาง	84.2	87.5	85.7
มาก	5.3	6.3	5.7
ภาพรวมความพอใจต่อการบริการที่ได้รับ			
น้อย	0	0	0
ปานกลาง	63.2	75.0	68.6
มาก	36.8	25.0	31.4

รายงานผลการศึกษา

โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย
(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

รายงานผลการศึกษาโครงการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลระบบบริการ
สุขภาพปฐมภูมิในบริบทหลากหลายของประเทศไทย
การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
วัตถุประสงค์	2
ระเบียบวิธีวิจัย	3
ประชากรศึกษา	3
พื้นที่ศึกษา	3
การเลือกพื้นที่	3
การเก็บรวบรวมข้อมูล	4
เครื่องมือ	4
การวิเคราะห์ข้อมูล	4
ผลการศึกษา	5
ระบบงานบริการ	5
การดูแลโรคเรื้อรัง-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	10
การสร้างเสริมสุขภาพ-งานอนามัยแม่และเด็ก	21
บทสรุป	24

การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็น ภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น การพัฒนาด้านสาธารณสุขทำให้สถานการณ์ภาวะโรคเปลี่ยนแปลงไป ความซับซ้อนในการรักษา จนเกินกว่าระบบปกติที่เคยดำเนินการมาจะสามารถรองรับได้ ทำให้เกิดกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดด้านสุขภาพที่กว้างเกินกว่าคำว่า การเจ็บป่วยหรือโรค เป็น สุขภาวะ ที่ครอบคลุมด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สร้างกระแสการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและนำไปสู่การเกิดนโยบาย “สามสิบบาทรักษาทุกโรค” “สร้างนำซ่อม” “ใกล้บ้านใกล้ใจ” “สุขภาพดีได้ต้องสร้างเอง” ซึ่งมุ่งไปสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน มากกว่าที่จะเป็นการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพอย่างเดียวเช่นเดิม ทั้งนี้การพัฒนาในทิศทางดังกล่าวได้เริ่มต้นตั้งแต่นโยบายการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างเข้มแข็ง จนเป็นที่รับรู้ในความสำเร็จของประชาคมโลก

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ถูกให้ความสำคัญโดยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากการเพิ่มจำนวนของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อขยายความครอบคลุมการให้บริการ มาสู่การเพิ่มขีดความสามารถของหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ดังจะเห็นได้จากโครงการ “ทศวรรษสถานีนอนามัย” ในระยะก่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ สู่โครงการ “พิชิตยูนิฟัน” ภายหลังจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

การพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม คือ การพัฒนาด้านโครงสร้าง เกิดหน่วยบริการใหม่ขึ้น คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ที่มีข้อกำหนด ภารกิจ อัตราบุคลากรที่มีความครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้น เป็นปรับเปลี่ยนสถานภาพของสถานีนอนามัยให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.หลัก) และเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.รอง)

ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งต้องการการพัฒนาหลายด้าน การปรับสภาพแวดล้อม กระบวนการทำงาน ตลอดจนศักยภาพของบุคลากรให้เอื้อต่อภารกิจอันจะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้การกำกับและติดตามมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์ของการพัฒนาการดังกล่าว

นโยบายและแนวคิดเรื่อง “ใกล้บ้านใกล้ใจ” “สร้างนำซ่อม” ตลอดจนการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการด้วยโครงการ สามสิบบาทรักษาทุกโรค ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิต้องเร่งพัฒนาตัวเองเพื่อตอบสนองต่อรัฐธรรมนูญ และถูกผลักดันอย่างเข้มงวดจากนโยบายที่เร่งรัดของรัฐ และเพื่อให้บริการนั้นมีคุณภาพ มีการใช้ระบบประเมินจากภาคเอกชน เช่น ISO 9001 เป็นต้น ตลอดจนพัฒนาระบบประเมินคุณภาพของหน่วยบริการระดับต่างๆ เช่น HA เป็นต้น อย่างไรก็ตามบริการด้านสุขภาพ ไม่เหมือนบริการในภาคธุรกิจ

อื่น เนื่องจากภาคธุรกิจมุ่งเน้นผลกำไรของการประกอบการ แต่บริการภาครัฐด้านสุขภาพนั้น มุ่งเน้นให้
ผู้รับบริการมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นผลประโยชน์ที่ดีของหน่วยบริการด้านสุขภาพ
ไม่ใช่ผลกำไรที่เป็นเม็ดเงินของสถานประกอบการดังเช่นภาคธุรกิจอื่น แต่เป็นการมีสุขภาพที่ดีของ
ประชาชน และเพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกันตนเองจากภาวะการเจ็บป่วย กิจกรรมที่สำคัญคือ การ
สร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสร้างเสริมความเข้มแข็งทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม
เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ กิจกรรมดังกล่าวนี้ ต้องมีความใกล้ชิดกับชุมชน และต้องการการ
ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงนับเป็นบทบาทที่สำคัญของ หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีความใกล้ชิด
กับชุมชนทั้งด้านกายภาพ และด้านสังคม

จากการทบทวนเอกสารคุณภาพการให้บริการโดยนายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2546) คุณภาพบริการมี
การจัดองค์ประกอบไว้ 4 ด้าน คือ การประเมินคุณภาพ (quality assessment), การเพิ่มคุณภาพ
(quality improvement), ระบบคุณภาพ (quality system) และการเพิ่มศักยภาพผู้บริโภค (consumer
empowerment) ซึ่งในการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่าน แม้จะมีการดำเนินการสอดคล้อง
กับองค์ประกอบคุณภาพบริการดังกล่าว แต่ยังขาดการจัดการที่เป็นระบบ และไม่ครอบคลุมใน
รายละเอียดของทั้งสี่ด้าน

ในปัจจุบัน จากภาระกิจที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซับซ้อนทั้งมิติด้านสุขภาพ และมิติทางเศรษฐกิจและ
สังคม จึงจำเป็นต้องพัฒนาตัวชี้วัดการพัฒนา ทั้งนี้ แม้จะมีมาตรการและเครื่องมือในการพัฒนา
คุณภาพบริการสุขภาพในสถานบริการด้านสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นมาตรฐานปัจจัยนำเข้าและ
มาตรฐานกระบวนการจากมุมมองของผู้ให้บริการ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการรักษามากกว่าจะเป็นการ
พัฒนาการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ตลอดจนขาดการจัดลำดับความสำคัญและการให้
น้ำหนักในการประเมินกิจกรรมในแต่ละด้าน (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2546)
ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการประเมินสถานการณ์การให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อ
บ่งชี้ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการประเมินคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ อันจะนำไปสู่การ
พัฒนาคุณภาพบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสถานการณ์การบริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้านการรักษา (งาน
โรคเบาหวาน) และ งานส่งเสริมสุขภาพ (งานอนามัยแม่และเด็ก)
2. เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรศึกษา

ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการสุขภาพ, หญิงที่มาฝากครรภ์
ในสถานบริการสุขภาพและคลอดระหว่างเดือนกันยายน 2547 ถึง ตุลาคม 2549

ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ผู้บริหาร หน่วยคู่สัญญาระบบบริการปฐมภูมิ, ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ, ผู้
ให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข

พื้นที่ศึกษา

ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.กมลาไสย, โพนงาม และหนองบัว อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์, ศูนย์สุขภาพชุมชน น้ำพอง, คำแก่นคูณ และ ศรีประเสริฐ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น, ศูนย์สุขภาพชุมชนมิตรภาพ, โคกสี และหนองแวง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น, ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.ภูกระดึงและ หนองหิน อำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย, ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.พนมไพร, ดอนกลอยและโคกโพธิ์ชัย อำเภอ พนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด และศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมือง, สังขยาและเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด

การเลือกพื้นที่

เป็นการเลือกอย่างเจาะจง จากหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมในโครงการ พิธีอยู่ในฝัน และยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการพัฒนาฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์, การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การวิเคราะห์เอกสาร และการสอบถาม โดยในส่วนของสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการตรวจสอบเอกสารรายงาน ดำเนินการโดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย การทบทวนการบันทึกการให้บริการฝากครรภ์ ดำเนินการโดยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก ส่วนการสอบถามตามแบบสอบถามซึ่งเก็บข้อมูลโดยพนักงานเก็บข้อมูลภาคสนาม ประกอบด้วย นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทั้งระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และเจ้าพนักงานสาธารณสุขนอกพื้นที่ศึกษา (เฉพาะพื้นที่ ศสข.เฉลิมพระเกียรติสิแก้ว) มีบุคลากรในพื้นที่ร่วมเก็บข้อมูลด้วย เนื่องจากต้องการเรียนรู้การเก็บข้อมูลและรับรู้ข้อมูลในพื้นที่) โดยพนักงานเก็บข้อมูลทั้งหมดได้รับการอบรมชี้แจงเครื่องมือ ข้อคำถาม และมีนักวิจัยผู้ช่วย คือ นักศึกษาระดับปริญญาเอก สาขา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในภาคสนาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามอีกครั้งเพื่อเตรียมแบบสอบถามก่อนที่จะทำการบันทึกข้อมูลด้วยการสำเนาภาพด้วยเครื่องสแกน (scanner)

เครื่องมือ

ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ ทักษะคิด ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหญิงที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ, แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ และผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ และแบบทบทวนการบันทึกการให้บริการฝากครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถาม จะถูกตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ScanDevet และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Window version 10.5 ลักษณะประชากร ความรู้ ทักษะคิด แสดงผลเป็นจำนวน ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการทบทวนเอกสาร จะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ หาความเหมือนหรือความสอดคล้องและความต่างหรือความขัดแย้งข้อมูล และนำเสนอด้วยการพรรณนา

ผลการศึกษา

การศึกษาระบบบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ 5 อำเภอ 4 จังหวัด ในแต่ละอำเภอ (หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ) เก็บข้อมูลจาก หน่วยบริการปฐมภูมิ 3 แห่ง โดยการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน ที่หน่วยคู่สัญญา และหน่วยบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์เอกสารบันทึกการให้บริการ และสัมภาษณ์ผู้รับบริการ โดยเลือกงานโรคเบาหวาน และ งานอนามัยแม่และเด็ก เป็นตัวแทนงานบริการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และ งานสร้างเสริมสุขภาพ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ การนำเสนอข้อมูลแบ่งออกเป็นสองส่วนใหญ่ๆ คือ ส่วนของระบบงานบริการ ซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร, ผู้ให้บริการ, การวิเคราะห์เอกสาร และ ส่วนของผลลัพธ์การบริการ ซึ่งใช้ข้อมูลจากผู้รับบริการ โดยการประเมินความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิต ตามเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น

ตารางที่ 1 ระบบงานบริการ

หัวข้อ						
	กมลาไสย	น้ำพอง*	เมือง ขก.	ภูกระดึง	พนมไพร	เมือง รอ.
พื้นที่	ศสช. รพ.กมลาไสย	ศสช. น้ำพอง	ศสช. มิตรภาพ	ศสช. รพ.ภูกระดึง	ศสช. รพ.พนมไพร	ศสช. เทศบาล
	ศสช. โพนงาม	ศสช. คำแก่นคุณ	ศสช. โคกสี	ศสช. นหนองหิน	ศสช. ดอนกลอย	ศสช. สังข์สงยาง
	ศสช. นหนองบัว	ศสช. ศรีประเสริฐ (วังชัย)	ศสช. นหนองแวง		ศสช. โคกโพธิ์ชัย	ศสช. เฉลิมพระเกียรติ สีแก้ว
หน่วยคู่สัญญา	รพ.กมลาไสย	รพ.น้ำพอง	รพศ.ขอนแก่น	รพ.ภูกระดึง	รพ.พนมไพร	รพท.ร้อยเอ็ด
ระบบงาน						
นโยบาย	มี	มี	มี	มี	มี	มี
	สายสัมพันธ์แม่ลูก ลูกเกิดรอดแม่ ปลอดภัย					
โครงสร้าง	ศสช. ในโรงพยาบาล	ศสช. หลัก	ศสช. หลัก	ศสช. หลัก	ศสช. หลัก	ศสช. หลัก
	ศสช. หลัก				ศสช. รอง	ศสช. รอง
	ศสช. รอง					
บุคลากร						
จำนวน (เฉลี่ย)						
บุคลากร	แพทย์	แพทย์	แพทย์ (ประจำ)	แพทย์ (ประจำ)	แพทย์	แพทย์
	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเวชศาสตร์	แพทย์เฉพาะทาง	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลวิชาชีพ
	จพง.สาธารณสุข	ครอบครัว	พยาบาลเวชปฏิบัติ	เภสัชกร/จนท.ชั้นสูตร	จพง.สาธารณสุข	จพง.สาธารณสุข

หัวข้อ						
	กมลาไสย	น้ำพอง*	เมือง ขก.	ภูกระดึง	พนมไพร	เมือง รอ.
	ชุมชน	จพพ.สาธารณสุข ชุมชน	จพพ.สาธารณสุข ชุมชน	จพพ.สาธารณสุข ชุมชน	ชุมชน	ชุมชน
ภาระกิจหลัก	คัดกรอง, ประเมิน สภาพ, จ่ายยา, เยี่ยม บ้าน	คัดกรอง, ประเมิน สภาพ, รักษา, จ่ายยา, เยี่ยมบ้าน	คัดกรอง, ประเมิน สภาพ, รักษา, จ่ายยา, เยี่ยมบ้าน	คัดกรอง, ประเมิน สภาพ, รักษา, จ่ายยา, เยี่ยมบ้าน	คัดกรอง, ประเมิน สภาพ, รักษา, จ่ายยา, เยี่ยมบ้าน	คัดกรอง, ประเมิน สภาพ, รักษา, จ่ายยา, เยี่ยมบ้าน
การจัดกิจกรรมบริการ ในหน่วยบริการฯ	การตรวจทางร่างกาย/ ห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา (ราย กลุ่ม) การออกกำลังกาย การจัดกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง	การตรวจทางร่างกาย/ ห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา (ราย กลุ่ม) การออกกำลังกาย การจัดกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง	การตรวจทางร่างกาย/ ห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา (ราย กลุ่ม) การออกกำลังกาย การจัดกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง	การตรวจทางร่างกาย/ ห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา (ราย กลุ่ม) การออกกำลังกาย การจัดกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง	การตรวจทางร่างกาย/ ห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา (ราย กลุ่ม) การออกกำลังกาย การจัดกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง	การตรวจทางร่างกาย/ ห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา (ราย กลุ่ม) การออกกำลังกาย การจัดกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง
จำนวนวันให้บริการต่อ เดือน						
จำนวนผู้รับบริการ/วัน						
การให้ข้อมูล						
ศสช.ใน รพ.	รายกลุ่ม	รายกลุ่ม, รายบุคคล	รายกลุ่ม, รายบุคคล	รายกลุ่ม, รายบุคคล	รายกลุ่ม, รายบุคคล	รายกลุ่ม, รายบุคคล
ศสช.นอก รพ.	รายบุคคล	รายบุคคล	รายบุคคล	รายบุคคล	รายบุคคล	รายบุคคล

หัวข้อ						
	กมลาไสย	น้ำพอง*	เมือง ชก.	ภูกระดึง	พนมไพร	เมือง รอ.
ระบบติดตาม/เยี่ยมบ้าน	ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับโรงพยาบาล/ อสม. เยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่มีปัญหา มีระบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน	ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, พยาบาล, นักโภชนาการ, จนท. ชันสูตร, จพง.สธ. ชุมชน ร่วมกับโรงพยาบาล/ อสม. เยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่มีปัญหา มีระบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน	ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับโรงพยาบาล/ อสม. เยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่มีปัญหา มีระบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน	ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับโรงพยาบาล/ อสม. เยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่มีปัญหา มีระบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน	ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับโรงพยาบาล/ อสม. เยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่มีปัญหา มีระบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน	ร่วมกับโรงพยาบาล/ อสม. เยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่มีปัญหา มีระบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
การส่งต่อ	มีการส่งต่อตามเกณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข	มีการส่งต่อตามเกณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข	มีการส่งต่อตามเกณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข	มีการส่งต่อตามเกณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข	มีการส่งต่อตามเกณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข	มีการส่งต่อตามเกณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข
การคัดกรอง	รณรงค์การคัดกรอง จัดบริการคัดกรองใน สถานบริการ จัดบริการคัดกรองในพื้นที่ร่วมกับ ศสมช.	รณรงค์การคัดกรอง จัดบริการคัดกรองใน สถานบริการ จัดบริการคัดกรองในพื้นที่ร่วมกับ ศสมช.	รณรงค์การคัดกรอง จัดบริการคัดกรองใน สถานบริการ จัดบริการคัดกรองในพื้นที่ร่วมกับ ศสมช.	รณรงค์การคัดกรอง จัดบริการคัดกรองใน สถานบริการ จัดบริการคัดกรองในพื้นที่ร่วมกับ ศสมช.	รณรงค์การคัดกรอง จัดบริการคัดกรองใน สถานบริการ จัดบริการคัดกรองในพื้นที่ร่วมกับ ศสมช.	รณรงค์การคัดกรอง จัดบริการคัดกรองใน สถานบริการ จัดบริการคัดกรองในพื้นที่ร่วมกับ ศสมช.
ระบบนิเทศ/ติดตามคุณภาพบริการ	มีการนิเทศติดตามงาน ด้านจาก รพ./สสอ.	มีการนิเทศติดตามงาน จาก รพ./สสอ. เป็น	มีการนิเทศติดตามงาน จาก รพ./สสอ. เป็น	มีการนิเทศติดตามงาน จาก รพ./สสอ. เป็น	มีการนิเทศติดตามงาน จาก รพ./สสอ. เป็น	มีการนิเทศติดตามงาน จาก รพ./สสอ. เป็น

หัวข้อ						
	กมลไสย	น้ำพอง*	เมือง ขก.	ภูกระดัง	พนมไพร	เมือง รอ.
	เป็นระยะ มีที่มินิกะติดติดตามจาก สสจ.	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ	ระยะ
ระบบข้อมูล	บันทึกในระบบ คอมพิวเตอร์ ระบบทะเบียน	บันทึกในระบบ คอมพิวเตอร์ (เฉพาะ รพ.) ระบบทะเบียน	บันทึกในระบบ คอมพิวเตอร์ ระบบทะเบียน	บันทึกในระบบ คอมพิวเตอร์ ระบบทะเบียน	บันทึกในระบบ คอมพิวเตอร์ ระบบทะเบียน	บันทึกในระบบ คอมพิวเตอร์ ระบบทะเบียน
การใช้ข้อมูล	มีการใช้ข้อมูลในการ ดูแลรักษา แต่ไม่ชัดเจนในการใช้ ข้อมูลในการป้องกัน โรค	มีการใช้ข้อมูลในการ ดูแลรักษา แต่ไม่ชัดเจนในการใช้ ข้อมูลในการป้องกัน โรค	มีการใช้ข้อมูลในการ ดูแลรักษา แต่ไม่ชัดเจนในการใช้ ข้อมูลในการป้องกัน โรค	มีการใช้ข้อมูลในการ ดูแลรักษา แต่ไม่ชัดเจนในการใช้ ข้อมูลในการป้องกัน โรค	มีการใช้ข้อมูลในการ ดูแลรักษา แต่ไม่ชัดเจนในการใช้ ข้อมูลในการป้องกัน โรค	มีการใช้ข้อมูลในการ ดูแลรักษา แต่ไม่ชัดเจนในการใช้ ข้อมูลในการป้องกัน โรค
การพัฒนาศักยภาพ	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน
การดูแลตนเองของ ผู้ป่วย/ครอบครัว	ผ่านกระบวนการให้สุข ศึกษา	ผ่านกระบวนการให้สุข ศึกษา	ผ่านกระบวนการให้สุข ศึกษา	ผ่านกระบวนการให้สุข ศึกษา	ผ่านกระบวนการให้สุข ศึกษา	ผ่านกระบวนการให้สุข ศึกษา
ความร่วมมือกับชุมชน	อสม. ในการติดตาม และนัดหมาย	ชมรมผู้สูงอายุนำออก กำลังกาย อสม.	อสม. ในการติดตาม และบันทึกข้อมูลฝาก ครรภ์	อสม. ในการติดตาม	อสม. ในการติดตาม	อสม. ในการติดตาม

หัวข้อ						
	กมลไสย	น้ำพอง*	เมือง ชก.	ภูกระดึง	พนมไพร	เมือง รอ.
		ผู้แทนชุมชนร่วม				
		กรรมการคู่สัญญา				

* ระบบบริการมีการปรับเปลี่ยนเมื่อเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2548 แต่เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2548

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลลัพธ์การให้บริการ

ลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เก็บข้อมูลได้ มีจำนวน 1127 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ใช้บริการสุขภาพในอำเภอกมลาไสย จำนวน 209 คน, อำเภอน้ำพอง จำนวน 240 คน อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น จำนวน 122 คน อำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย จำนวน 159 คน อำเภอพนมไพร จำนวน 198 คน และอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 199 คน ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีกินยา (ร้อยละ 77.7-88.9) โดยมีสัดส่วนมากที่สุดในอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด และน้อยที่สุดในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รองลงมาเป็นการฉีดยา (ร้อยละ 2.9-14.8) โดยพบสูงที่สุดในอำเภอกมลาไสย และน้อยที่สุดในอำเภอน้ำพอง ส่วนการกินยาและฉีดยาร่วมพบร้อยละ 1.4-13.2 โดยพบมากที่สุดในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น และน้อยที่สุดในอำเภอกมลาไสย นอกจากนี้ มีเพียงจำนวนน้อยที่รักษาด้วยการควบคุมอาหาร (ร้อยละ 2.9-6.3) โดยพบมากที่สุดในอำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย และน้อยที่สุดในอำเภอกมลาไสย ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 14.4 ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน โดยผู้ป่วยในอำเภอภูกระดึงมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 23.9 ในขณะที่ผู้ป่วยในจังหวัดร้อยเอ็ดมีการใช้ยาสมุนไพรน้อยกว่าจังหวัดอื่นๆ โดยพบ ร้อยละ 5.0 ในผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง และร้อยละ 6.1 ในเขตอำเภอพนมไพร ผู้ป่วยกว่าหนึ่งในสามประเมินตนเองว่า ท้วมหรืออ้วน โดยผู้ป่วยที่ประเมินตนเองว่าอ้วน พบสูงที่สุดในผู้ป่วยอำเภอภูกระดึง (ร้อยละ 37.1) รองลงมาเป็นอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด (ร้อยละ 31.7) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ประเมินว่าตนเองท้วม พบสูงที่สุดในอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด (ร้อยละ 22.6) รองลงมาเป็นอำเภอกมลาไสย (ร้อยละ 14.4) ผู้ป่วยโรคเบาหวานในสัดส่วน หนึ่งต่อห้า ในเขตอำเภอกมลาไสย, อำเภอน้ำพอง และอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ประเมินว่า ตนเองผอม และเมื่อพิจารณาน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงไปเทียบกับเดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยในอำเภอพนมไพรมีสัดส่วนผู้มีน้ำหนักเพิ่มสูงที่สุด (ร้อยละ 36.2) ในขณะที่ร้อยละ 28 ผู้ป่วยในเขตอำเภอน้ำพอง, อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น, อำเภอภูกระดึง มีน้ำหนักลดลง นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งในเขตอำเภอกมลาไสย, อำเภอภูกระดึง, อำเภอพนมไพร และอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด น้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลงจากเดือนที่ผ่านมา (ตารางที่ 2)

ในส่วนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจร่างกาย พบ ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) กับคู่สัญญาหลักหน่วยบริการปฐมภูมิในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาของการวินิจฉัยน้อยกว่าห้าปี ($p < 0.001$) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการวินิจฉัยมากกว่าหรือเท่ากับห้าปี ($p = 0.044$) อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานกับคู่สัญญาหลักหน่วยบริการปฐมภูมิ ($p = 0.330-0.676$) และเมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินเอวันซีเป็นเกณฑ์ พบว่า ผลการรักษาดีที่สุดในอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด รองลงมาเป็น อำเภอน้ำพอง ในขณะที่ผลการรักษาไม่ค่อยดีนักในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และ อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ทั้งในกลุ่มที่มีระยะเวลาการวินิจฉัยน้อยกว่าห้าปี และมากกว่าหรือเท่ากับห้าปี ทั้งนี้ผลการรักษาจะดีกว่าใน

ระยะแรก เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีระยะเวลาวินิจฉัยมากกว่าหรือเท่ากับห้าปีจะมีจำนวนผู้ที่มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีสูงกว่า 8 เพิ่มขึ้น

ส่วนค่าดัชนีมวลกาย แม้จะไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างดัชนีมวลกายกับคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิ แต่พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ค่าดัชนีมวลกาย >24.9 กก/ม²) สูงในพื้นที่อำเภอหนอง ยางในในเพศชายที่มีระยะเวลาของการวินิจฉัยมากกว่าหรือเท่ากับ ห้า ปี ซึ่ง พบ ภาวะน้ำหนักเกินสูงในพื้นที่ อำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามการรักษา และผลการรักษาจำแนกตามพื้นที่

หัวข้อ	ร้อยละ						
	รวม	กมลาไสย	น้ำพอง	เมืองขก.	ภูกระดึง	พนมไพร	เมือง รอ.
จำนวนตัวอย่าง (คน)	1127	209	240	122	159	198	199
วิธีการรักษา							
ฉีดยา	7.3	14.8	2.9	4.1	7.5	9.7	4.0
กินยา	81.8	80.9	82.1	77.7	79.9	79.6	88.9
ฉีดยาและกินยา	6.1	1.4	9.6	13.2	6.3	6.1	2.5
รวม							
ควบคุมอาหาร	4.8	2.9	5.4	5.0	6.3	4.6	4.5
กินสมุนไพรรวมด้วย	14.4	19.6	18.8	13.2	23.9	6.1	5.0
การประเมินรูปร่างตนเอง							
อ้วน	19.1	27.9	18.2	37.1	19.2	31.7	
ท้วม	14.4	10.8	10.7	7.5	10.1	22.6	
พอดี	47.4	42.1	50.4	37.7	61.1	35.7	
ผอม	19.1	19.2	20.7	17.6	9.6	10.1	
น้ำหนักเมื่อเทียบกับเดือนที่ผ่านมา							
เพิ่ม	29.3	33.0	34.4	20.8	36.2	34.7	
ไม่เพิ่ม	50.5	38.5	37.0	50.3	50.5	51.0	
ลดลง	20.2	28.5	28.6	28.9	13.3	14.3	
ระยะเวลาดังแต่ วินิจฉัย							
< 5 ปี	47.5	34.6	38.9	34.5	57.8	41.4	45.3

หัวข้อ	ร้อยละ						
	รวม	กมลลา ไสย	น้ำพอง	เมือง ขก.	ภูกระดัง	พนม ไพร	เมือง รอ.
จำนวนตัวอย่าง (คน)	1127	209	240	122	159	198	199
□ 5 ปี	52.5	65.4	61.1	65.5	42.2	58.6	54.7
ผลการรักษา							
HbA _{1c} good (<7)							
ระยะตั้งแต่วินิจฉัย < 5 ปี	34.9	41.3	35.2	<u>20.5</u>	32.6	<u>54.0</u>	32.9
ระยะตั้งแต่วินิจฉัย □ 5 ปี	32.1	33.6	36.4	<u>20.3</u>	27.5	<u>39.3</u>	40.9
HbA _{1c} poor (>8)							
ระยะตั้งแต่วินิจฉัย < 5 ปี	37.5	23.8	22.0	<u>56.4</u>	42.4	<u>25.4</u>	42.5
ระยะตั้งแต่วินิจฉัย □ 5 ปี	41.3	36.1	35.7	<u>58.1</u>	48.1	<u>33.7</u>	28.4
ค่าดัชนีมวลกาย							
หญิง, น้อยกว่า 5 ปี	N=519	N=46	N=63	N=35	N=279	N=42	N=54
<17	0.4	0	0	0	0.4	2.4	0
17-<23	24.7	19.6	15.9	25.7	22.9	45.2	31.5
23-24.9	22.9	26.1	23.8	22.9	22.9	19.0	22.2
25-27.4	22.4	21.7	23.8	17.1	24.7	16.7	16.7
27.5-30	17.1	19.6	20.6	20.0	17.2	9.5	14.8
>30	12.5	13.0	15.9	14.3	11.8	7.1	14.8
หญิง, มากกว่า หรือเท่ากับ 5 ปี	N=651	N=100	N=93	N=104	N=211	N=73	N=70
<17	1.5	2.0	1.1	1.0	1.9	0	2.9
17-<23	36.7	39.0	26.9	31.7	35.5	42.5	51.4
23-24.9	24.3	30.0	23.7	21.2	23.2	32.9	15.7
25-27.4	18.6	15.0	20.4	25.0	18.5	9.6	21.4
27.5-30	10.4	8.0	16.1	9.6	11.8	9.6	4.3
>30	8.4	6.0	11.8	11.5	9.0	5.5	4.3

หัวข้อ	ร้อยละ						
	รวม	กมลลา ไสย	น้ำพอง	เมือง ขก.	ภูกระดัง	พนม ไพร	เมือง รอ.
จำนวนตัวอย่าง (คน)	1127	209	240	122	159	198	199
ชาย, น้อยกว่า 5 ปี	N=198	N=17	N=21	N=11	N=110	N=26	N=13
<17	2.0	0	0	0	3.6	0	0
17-<23	33.3	23.5	19.0	45.5	36.4	34.6	30.8
23-24.9	22.7	29.4	19.0	27.3	19.1	34.6	23.1
25-27.4	19.7	41.2	28.6	9.1	15.5	19.2	23.1
27.5-30	13.1	5.9	28.6	9.1	13.6	3.8	15.4
>30	9.1	0	4.8	9.1	11.8	7.7	7.7
ชาย, มากกว่าหรือ เท่ากับ 5	N=193	N=19	N=39	N=15	N=73	N=28	N=19
<17	3.6	0	0	0	0	3.6	5.3
17-<23	17.9	36.8	30.8	40.0	31.5	17.9	5.3
23-24.9	32.1	36.8	28.2	13.3	21.9	32.1	26.3
25-27.4	25.0	21.1	20.5	20.0	27.4	25.0	31.6
27.5-30	17.9	5.3	12.8	6.7	15.1	17.9	21.1
>30	3.6	0	7.7	20.0	4.1	3.6	10.5
ไม่ได้ตรวจ							
อาการแทรกซ้อน							
< 5 ปี	66.7	62.5	0	92.7	0	100	41.8
>= 5 ปี	63.4	54.7	0	94.5	0	100	41.8

จากการสัมภาษณ์ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวค่อนข้างดีมากกว่าร้อยละ 50 ยกเว้นในพื้นที่จัดขอนแก่น ทั้งอำเภอ น้ำพอง และอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น มีการปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 5.4 ในอำเภอ น้ำพอง และร้อยละ 2.5 ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น) โดยผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ด มีการปฏิบัติตัวที่ดีในระดับสูง (ร้อยละ 96.0 ในอำเภอพนมไพร และร้อยละ 88.9 ในอำเภอเมือง) (ตารางที่ 3)

ส่วนเรื่องความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยในสัดส่วนที่น้อยมีความรู้ความเข้าใจในระดับมาก เรื่อง ยา (ร้อยละ 2.6) และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 11.5) โดยพบได้น้อยในเขตอำเภอน้ำพอง (ร้อยละ 0.4) อำเภอเมือง (ร้อยละ 0.8) จังหวัดขอนแก่น และไม่พบเลยในอำเภอนมโหรี จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน ในระดับมาก มีเพียงจำนวนน้อย โดยไม่พบเลยในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เขตจังหวัดขอนแก่น กล่าวโดยสรุปโดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี

คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในด้านกาย, สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล ค่อนข้างดี เมื่อเปรียบเทียบกับ คุณภาพชีวิตในด้านจิต สังคม และสิ่งแวดล้อมค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่อำเภอน้ำพอง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และอำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย

ในด้านความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจมากเรื่องค่าใช้จ่าย ในขณะที่ผู้ป่วยมีเพียงจำนวนน้อยที่พึงพอใจในระดับมากต่อการให้ข้อมูล และผลการรักษา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น มีความพึงพอใจต่อสถานที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นๆ กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยในอำเภอกมลาไสยมีสัดส่วนความพึงพอใจโดยภาพรวมในระดับมาก สูงกว่าพื้นที่อื่นๆ โดยพบสัดส่วนความพึงพอใจต่ำในเขตจังหวัดขอนแก่น ทั้งในอำเภอน้ำพอง และอำเภอเมือง

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการปฏิบัติตัว ความรู้ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพ จำแนกตามพื้นที่

หัวข้อ	ร้อยละ							p-value
	รวม	กมลาไสย	น้ำพอง	เมืองขก.	ภูกระดึง	พนมไพร	เมืองรอ.	
จำนวนทั้งหมด (คน)	1127	209	240	122	159	198	199	
การปฏิบัติตัว (มาก)								
ด้านการบริโภคอาหาร	78.9	75.6	72.9	85.2	79.2	80.8	83.4	0.03
ด้านการรักษา	73.7	86.6	53.3	47.9	69.8	97.0	81.4	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	56.5	85.6	5.4	2.5	59.1	88.9	85.9	<0.001
รวม	64.2	86.1	19.2	17.5	68.2	96.0	88.9	<0.001
ความรู้ (p21-80)								
โรค	80.4	92.8	65.0	66.4	68.6	96.5	87.9	<0.001
อาหาร	64.6	90.0	45.0	50.8	46.5	64.1	84.9	<0.001
ยา	2.6	3.3	0.4	0.8	6.3	0.0	5.0	<0.001
การออกกำลังกาย	11.5	28.7	0.0	0.0	8.2	16.7	12.1	<0.001
การดูแลตนเองในโอกาสพิเศษ	68.2	83.3	52.1	39.3	76.1	80.8	70.9	<0.001
รวม	76.8	93.3	59.1	59.2	66.6	90.9	91.5	<0.001
คุณภาพชีวิต (มาก)								
กายภาพ	26.1	27.8	17.5	18.0	22.0	46.5	22.6	<0.001
จิตใจ	1.3	1.0	0.4	2.5	1.3	2.0	1.5	0.286
ความเป็นอิสระ	38.4	51.7	40.4	27.9	23.3	47.0	32.2	<0.001
สังคม	24.2	27.8	21.7	21.5	23.3	31.8	18.6	0.003
สิ่งแวดล้อม	9.9	17.2	4.2	8.3	6.9	14.1	8.5	<0.001
ความเชื่อส่วนบุคคล	32.9	48.3	20.4	22.3	28.9	31.3	43.2	<0.001

หัวข้อ	ร้อยละ							p-value
	รวม	กมลาไสย	น้ำพอง	เมืองขก.	ภูกระดัง	พนมไพร	เมืองรอ.	
จำนวนทั้งหมด (คน)	1127	209	240	122	159	198	199	
การปฏิบัติตัว (มาก)								
รวม	4.5	15.3	2.5	0.0	3.1	1.5	2.5	<0.001
ความพึงพอใจ (มาก)								
สถานที่	60.7	98.6	13.3	0.0	64.8	87.4	85.4	<0.001
เวลาที่รอ	71.7	57.9	74.6	81.1	84.3	69.2	69.3	<0.001
เครื่องมือ	60.4	84.7	18.3	3.3	66.0	83.8	93.0	<0.001
ข้อมูล	13.0	26.3	1.3	0.0	10.7	18.2	18.1	<0.001
ยา	64.8	97.5	14.8	4.3	66.0	96.3	95.4	<0.001
ค่าใช้จ่าย	88.1	88.5	82.9	93.4	88.7	86.4	92.0	<0.001
ผลการรักษา	2.0	2.4	0.4	0.0	0.6	2.0	5.5	<0.001
รวม	22.9	40.7	0.4	0.0	17.6	36.9	35.7	<0.001

การปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ประเภทอาหารที่มีความถี่การบริโภคสูง คือ อาหารไขมันสูง อาหารรสเค็ม และผลไม้หวานจัด ในขณะที่ เครื่องดื่มอัลกอฮอล์ ขนมหวาน และน้ำอัดลมและน้ำหวาน มีการบริโภคที่มีความถี่ต่ำ โดยพื้นที่ที่มีการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคที่ค่อนข้างดี คือ อำเภอพนมไพร ส่วนพื้นที่ที่มีความถี่ในการบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารรสเค็มและผลไม้หวานจัด คือ อำเภอกมลาไสย และอำเภอน้ำพอง ส่วนอำเภอภูกระดังมีเพียงอาหารรสเค็มที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความถี่การบริโภคค่อนข้างสูง(ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานตามการปฏิบัติตัว ความถี่การบริโภคอาหารประเภทต่างๆในผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามพื้นที่ จำแนกตามพื้นที่

หัวข้อ	ร้อยละ						
	ละ						
	รวม	กมลาไสย	น้ำพอง	เมืองขก.	ภูกระดัง	พนมไพร	เมืองรอ.
จำนวนทั้งหมด (คน)	1127	209	240	122	159	198	199
การปฏิบัติตัว							

หัวข้อ	ร้อยละ						
	รวม	กมลาไสย	น้ำพอง	เมือง ขก.	ภูกระดึง	พนมไพร	เมือง รอ.
จำนวนทั้งหมด (คน)	1127	209	240	122	159	198	199
การกินอาหารว่าง ระหว่างมื้อ	ประจำ	11.0	7.9	4.9	8.2	3.6	2.5
	บ่อย	21.5	22.1	7.4	18.9	8.1	17.6
ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน	ประจำ	1.0	2.1	0.8	0.6	0.5	0.5
	บ่อย	7.2	5.0	4.1	3.8	3.5	7.5
กินอาหารไขมันสูง	ประจำ	4.3	5.8	0.8	3.2	1.5	2.0
	บ่อย	18.7	17.5	8.2	12.0	5.6	9.6
กินอาหารกะทิ	ประจำ	1.9	2.5	0.8	0.0	1.0	2.0
	บ่อย	6.7	7.5	6.6	5.7	3.0	7.0
กินอาหารรสเค็ม	ประจำ	11.0	8.8	3.4	11.9	1.0	4.0
	บ่อย	19.6	23.8	12.8	23.3	5.6	8.6
กินผลไม้หวานจัด	ประจำ	11.5	11.7	2.5	1.3	3.0	6.0
	บ่อย	15.8	31.7	18.3	17.0	12.6	12.6
กินขนมหวาน	ประจำ	0.5	1.3	1.6	0.0	1.0	3.5
	บ่อย	6.2	6.3	9.0	3.8	4.0	5.5
ดื่มแอลกอฮอล์	ประจำ	1.0	2.9	0.8	1.3	0.5	1.0
	บ่อย	2.4	0.4	0.0	2.5	3.6	3.0
ใส่น้ำตาลใน เครื่องดื่ม	ประจำ	1.4	2.9	2.5	3.8	4.0	4.5
	บ่อย	7.7	11.7	9.1	6.3	14.1	1.5
การดื่มชา กาแฟ ไอวอลติน/ไมโล	ประจำ	3.8	16.3	15.6	9.4	5.1	1.5
	บ่อย	6.2	5.4	4.9	11.9	8.6	5.1

ในด้านความรู้ที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการควบคุมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอกมลาไสยมีการรับรู้การควบคุมการบริโภคอาหารนั้นต้องควบคุมทั้งปริมาณและคุณภาพของอาหารสูงถึงร้อยละ 91.9 ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอน้ำพองรับรู้การควบคุมอาหารเพียงร้อยละ 41.3 อย่างไรก็ตาม การรับรู้ต่อการบริโภคอาหารประเภทต่างๆที่มีผลต่อภาวะของโรค ไม่แตกต่าง

กันมากนัก โดยพบว่า มีสัดส่วนการรับรู้่ากินได้บ้างต่ำในประเภทอาหารรสเค็ม ในพื้นที่อำเภอกมลาไสยและอำเภอกุกระดิง อาหารมันในพื้นที่อำเภอน้ำพอง อาหารประเภทเนื้อสัตว์ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และขนมหวานในพื้นที่อำเภอนมโหรีและอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด (ตารางที่ 5)

ส่วนการดูแลตนเองพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย, การรักษาความสะอาด, การทำให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น, การดูแลแผล, การนำบัตรประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานติดตัว, การเตรียมขนมติดตัว และการงดยาเบาหวานเมื่อไม่สบาย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้การดูแลอาการชาติเท่าต่ำ (ร้อยละ 6.7-50.2) โดยพบต่ำที่สุดในพื้นที่อำเภอน้ำพอง และ การปฏิบัติหลังการกินมื้ออาหารมาก (ร้อยละ 24.6-59.8) พบต่ำที่สุดในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอกมลาไสย อำเภอนมโหรี และอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ดมีรับรู้ต่อการดูแลตนเองดีกว่าพื้นที่อื่น (ตารางที่ 6) ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอกมลาไสย อำเภอนมโหรี และอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด ดูแลสุขภาพทั่วไปดีกว่าพื้นที่อื่น ทั้งนี้การดูแลสุขภาพที่มีการปฏิบัติเป็นประจำในระดับสูง คือ การไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 48.7-83.3) ส่วนการดูแลสุขภาพทั่วไปที่มีการปฏิบัติเป็นประจำค่อนข้างน้อย คือ การฟอกเท้า (ร้อยละ 3.4-56.5), การออกกำลังกายทำกิจกรรม (ร้อยละ 10.1-56.5), การสังเกตความผิดปกติของผิวหนัง (ร้อยละ 5.0-64.1) และการบอกเล่าให้หมอหรือคนคุ้นเคยฟัง (ร้อยละ 5.0-53.3)

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและความรู้การดูแลตนเอง จำแนกตามพื้นที่

หัวข้อ	ร้อยละ						
	รวม	กมลาไสย	น้ำพอง	เมือง ขก.	กุกระดิง	นมโหรี	เมือง รอ.
จำนวนทั้งหมด (คน)	1127	209	240	122	159	198	199
ความรู้เรื่องการบริโภค							
อาหาร	ลดลง						
คาร์โบไฮเดรต	ขึ้นกับปัจจัย	5.3	1.3	0.0	3.8	4.1	4.1
อาหารมัน	กินบ้าง	43.5	55.0	49.2	69.2	69.2	58.3
อาหารเค็ม	กินบ้าง	35.9	55.8	50.8	47.8	54.5	57.3
อาหารรสหวาน	กินบ้าง	56.9	64.2	54.2	64.2	55.6	59.3
ผลไม้รสหวาน	กินบ้าง	67.5	75.8	58.3	78.0	77.3	61.3
ขนมหวาน	กินบ้าง	57.9	60.4	52.9	68.6	53.3	55.8
เนื้อสัตว์	กินบ้าง	78.0	61.3	47.5	69.8	76.8	83.4

หัวข้อ	ร้อยละ						
	รวม	กมลไสย	น้ำพอง	เมือง ขก.	ภูกระดึง	พนมไพร	เมือง รอ.
ผักประเภทต่างๆ	กินบ้าง	58.4	47.1	30.8	31.6	38.9	66.8
	กินปกติ	40.2	49.2	66.7	64.6	59.1	32.7
เครื่องดื่มอัลกอฮอล์ ทำให้น้ำตาลสูง	ใช่	70.3	43.3	64.2	46.5	71.2	63.3
ต้องควบคุมอาหาร ทั้งปริมาณ/ประเภท	ใช่	91.9	41.3	56.7	64.2	57.1	81.9
ความรู้การดูแล							
ตนเอง							
ความรู้ด้านการออกกำลังกาย	ถูกต้อง	77.0	55.4	63.9	59.1	72.2	61.8
การรักษาความสะอาด	ถูกต้อง	93.3	77.1	84.4	75.5	95.5	92.0
การตัดเล็บเท้าที่	ถูกต้อง	73.7	42.1	47.5	41.5	50.5	60.8
การดูแลอาการขาที่เท้า	ถูกต้อง	50.2	6.7	10.7	30.8	42.4	24.6
การทำให้เลือดไหลเวียนดี	ถูกต้อง	89.0	60.4	50.8	81.1	84.8	80.9
การดูแลแผล	ถูกต้อง	93.3	85.4	78.7	93.7	96.0	94.0
การงดบุหรี่	ถูกต้อง	85.2	60.4	72.1	57.9	93.4	83.9
การน้าบตร	ถูกต้อง	90.9	75.4	61.5	93.1	97.0	76.9
เบาหวานติดตัว							
การเตรียมขนมติดตัว	ถูกต้อง	85.6	65.0	54.9	86.8	93.4	77.9
หลังมือกินอาหารมาก	ถูกต้อง	59.8	34.2	24.6	52.8	44.4	31.7
การงดยาเบาหวานเมื่อไม่สบาย	ถูกต้อง	90.9	77.9	54.9	67.9	81.8	88.4

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป จำแนกตามพื้นที่

หัวข้อ	ร้อยละ						
	รวม	กมลาไสย	น้ำพอง	เมือง ขก.	ภูกระดึง	พนมไพร	เมือง รอ.
จำนวนทั้งหมด (คน)	1127	209	240	122	159	198	199
รักษาความสะอาด ชอกอับ	ประจำ	79.4	2.1	0.0	52.2	88.9	78.9
	บ่อย	14.8	14.6	1.7	21.4	9.1	19.1
การขับปัสสาวะ	ไม่เคย	72.2	63.8	68.9	75.5	83.3	48.7
	นานๆ ครั้ง	22.0	26.7	25.2	20.8	12.1	38.2
การฟอกเท้า	ประจำ	56.5	4.2	3.4	37.3	44.4	56.3
	บ่อย	17.7	15.8	12.0	32.9	39.4	33.2
การตรวจแผล	ประจำ	67.0	4.6	19.3	36.5	69.2	54.3
	บ่อย	18.7	11.3	14.3	22.0	15.7	28.1
สวมรองเท้าเมื่อ ออกจากบ้าน	ประจำ	96.2	15.0	2.5	69.2	96.5	94.9
	บ่อย	1.4	2.9	3.4	5.7	2.5	4.5
ออกกำลังกาย	ประจำ	56.5	12.6	10.1	35.2	47.5	54.8
	บ่อย	19.1	21.8	24.4	20.1	41.4	24.1
สังเกตความ ผิดปกติของ ร่างกาย	ประจำ	69.4	2.9	7.6	22.8	41.4	36.5
	บ่อย	15.3	14.2	24.4	27.8	16.2	33.5
สังเกตความ ผิดปกติของ ผิวหนัง	ประจำ	64.1	5.0	12.6	26.4	40.4	43.7
	บ่อย	23.0	10.8	24.4	23.9	48.0	27.6
บอกเล่าให้หมอ/ คนคุ้นเคยฟัง	ประจำ	47.8	5.0	7.6	32.7	43.9	53.3
	บ่อย	30.1	27.1	20.3	33.3	46.0	35.2

การสร้างเสริมสุขภาพ-บริการอนามัยแม่และเด็ก ผลลัพธ์การให้บริการ

การศึกษาความรู้ที่ได้ระหว่างการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดระหว่างเดือนตุลาคม 2547 ถึง กันยายน พ.ศ. 2548 จำนวน 541 ในพื้นที่ศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 2.2 ไม่ได้รับการให้ความรู้ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 62.8 ได้รับความรู้เป็นรายบุคคล ร้อยละ 14.7 ได้รับความรู้รายกลุ่ม ร้อยละ 20.3 ได้รับความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยระยะเวลาในการให้ความรู้รายบุคคล เฉลี่ย 13.59 นาที ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.22 นาที โดยส่วนใหญ่ใช้เวลา 10 นาที (2-60 นาที) ส่วนการให้ความรู้รายกลุ่ม พบว่า ใช้เวลาเฉลี่ย 17.31 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.17 นาที และ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 30 นาที (5-70 นาที) สำหรับความคิดเห็นต่อประเด็นการให้ความรู้มีรายละเอียดดังนี้

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่พึงพอใจกับความรู้ที่ได้รับจากการถ่ายทอดของบุคลากรสถานพยาบาล โดยกว่าร้อยละ 90 ของ หญิงตั้งครรภ์กล่าวได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 97.7) การเปลี่ยนแปลงร่างกายขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 95.8) และการเจริญเติบโตของทารก (ร้อยละ 95.3) อย่างไรก็ตาม มีหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 20.1 กล่าวว่า ไม่ได้ประโยชน์ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ และร้อยละ 13.5 และ 11.0 ไม่เห็นประโยชน์จากการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการใกล้คลอดและการเตรียมตัวก่อนคลอดตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ร้อยละ 6.1 ไม่ได้รับการตอบสนองต่อความคาดหวังจากการรับบริการ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละของหญิงที่คลอดระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2547 ถึง กันยายน พ.ศ. 2548 ในการรับรู้ประโยชน์ของความรู้ที่ได้รับจากการฝากครรภ์

หมวดรายการ	ร้อยละ		
	ได้		ไม่ได้
	มีประโยชน์	ไม่ค่อยมีประโยชน์	
การเปลี่ยนแปลงร่างกายขณะตั้งครรภ์	95.8	0.9	3.2
อาการที่พบได้ระหว่างตั้งครรภ์	94.5	2.5	3.0
การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์	97.7	1.1	1.1
การตรวจฟันและดูแลสุขภาพช่องปาก	89.9	4.6	5.5
การมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์	67.2	12.1	20.1
การเจริญเติบโตของทารก	95.3	1.1	3.6
ประโยชน์ยาเม็ดเสริมเหล็ก	91.8	1.1	7.0
วิธีสังเกตและนับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	93.0	1.5	5.5

การเตรียมและการดูแลเต้านม	92.4	2.	5.1
อาการใกล้คลอด	84.6	1.9	13.5
การเตรียมตัวก่อนคลอด	87.5	1.5	11.0

จากผลการผลการสำรวจ การปฏิบัติตัว ความพึงพอใจต่อการให้บริการอนามัยแม่และเด็กของหญิงที่คลอดระหว่างเดือนตุลาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2548 แยกตามพื้นที่ พบว่า การปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพ พัฒนกิจ และความพึงพอใจมีความแตกต่างกันในระหว่างพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายที่ไม่มีแตกต่างระหว่างพื้นที่ โดยการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องระดับมากและพัฒนกิจระดับมาก พบสูงในพื้นที่อำเภอภูกระดึง ส่วนความพึงพอใจระดับมากพบสูงในพื้นที่อำเภอภูกระดึง, อำเภอพนมไพรและอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนในพื้นที่อำเภอน้ำพอง และ อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่นพบในระดับต่ำกว่าพื้นที่อื่นทุกด้าน (ตารางที่ 8)

ในด้านการปฏิบัติตัว พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพสูงกว่าการบริโภคอาหาร ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอภูกระดึงมีการปฏิบัติที่ถูกต้องมากที่สุด (การบริโภคอาหาร ร้อยละ 71.1 และการดูแลสุขภาพร้อยละ 76.1)

ด้านพัฒนกิจพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีพัฒนกิจสูงในการยอมรับการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 22.8-100) และต่ำในเรื่องสัมพันธภาพกับคู่สมรส (ร้อยละ 3.8-75.0) และเมื่อพิจารณาระหว่างพื้นที่พบว่า พัฒนกิจจะระดับมากพบสูงในหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภออำเภอกมลาไสย อำเภอพนมไพร และอำเภอภูกระดึง

ในด้านความพึงพอใจ พบว่า ร้อยละความพึงพอใจระดับมากของหญิงตั้งครรภ์มีสูงในเรื่อง ค่าใช้จ่าย (89.4-98.9) และเวลาที่รอ (ร้อยละ 73.0-80.9) ในขณะที่มีร้อยละความพึงพอใจระดับมากของหญิงตั้งครรภ์มีต่ำในเรื่องข้อมูล (ร้อยละ 0.0-10.6) และ บุคลากร (ร้อยละ 0.0-76.6)

ตารางที่ 8 ร้อยละของหญิงที่คลอดระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2547 ถึง กันยายน พ.ศ. 2548 ด้านการปฏิบัติตัว ความพึงพอใจต่อการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก จำแนกตามพื้นที่

หัวข้อ	ร้อยละ							p-value
	รวม	กมลาไสย	น้ำพอง	เมืองขก.	ภูกระดึง	พนมไพร	เมืองรช.	
จำนวนทั้งหมด (คน)	541	126	120	79	92	77	47	
การปฏิบัติตัว (มาก)								
การบริโภคอาหาร	38.6	40.5	10.8	3.8	71.7	50.6	78.7	<0.001
การดูแลสุขภาพ	47.9	74.6	8.3	3.8	76.1	68.8	61.7	<0.001
พัฒนกิจ (มาก)								
การยอมรับการตั้งครรภ์	67.3	88.1	26.7	22.8	90.2	94.8	100.0	<0.001
สัมพันธ์ภาพกับคู่สมรส	42.3	60.3	20.8	3.8	75.0	48.1	40.4	<0.001
สัมพันธ์ภาพกับทารก	47.0	61.1	15.8	15.2	78.3	66.2	48.9	<0.001
การเตรียมตัวเพื่อคลอด	47.7	67.5	20.0	2.5	79.3	62.3	55.3	<0.001
การยอมรับบทบาท มารดา	44.7	63.5	8.3	2.5	77.2	63.6	63.8	<0.001
ความพึงพอใจ (มาก)								
สถานที่	60.2	92.9	8.3	0.0	94.6	87.0	93.6	<0.001
เวลาที่รอ	79.1	73.0	85.8	83.3	75.0	77.9	80.9	<0.001
บุคลากร	31.9	31.7	6.7	0.0	48.9	55.8	76.6	<0.001
เครื่องมือ	53.7	63.5	25.0	1.3	72.8	86.7	97.9	<0.001
ค่าใช้จ่าย	94.4	90.2	95.8	93.6	98.9	97.4	89.4	<0.148
ข้อมูล	2.2	2.4	0.8	3.3	0.0	0.0	10.6	<0.001
รวม	19.4	22.2	2.5	0.0	29.3	33.8	44.7	<0.001

บทสรุป

การดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิ ถูกกำหนดร่วมกันภายในพื้นที่ ผ่านโครงสร้างหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุข ดังนั้นแนวทางปฏิบัติจึงเป็นแนวทางกลางสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด แต่มีความแตกต่างระหว่างหน่วยบริการคู่สัญญาฯ ซึ่งในระหว่างดำเนินการยังคงมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการพัฒนา ทั้งนี้ในหลายพื้นที่มีการดำเนินงานโครงการฯ จากภายนอกพื้นที่ เช่น โครงการวิจัยจากสถาบันการศึกษา โครงการพัฒนาจากหน่วยงานส่วนกลาง เป็นต้น นอกจากนี้ ในการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมียังต้องสนองตอบต่อนโยบายจากส่วนกลาง และนโยบายในระดับพื้นที่ การปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นมีสาเหตุทั้งจากในพื้นที่และนอกพื้นที่ ทำให้สถานการณ์การให้บริการมีการเปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นการจัดสรรทรัพยากร การจัดกระบวนการให้บริการ อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนหลัก ศูนย์สุขภาพชุมชนรอง การวางบทบาทของโรงพยาบาลที่สนับสนุนในส่วนของศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการให้บริการทุกขั้นตอนซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนานุเคราะห์จากการปฏิบัติงาน นอกจากนี้การเปิดโอกาสหรือสร้างช่องทางให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล เรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนและ โรงพยาบาล จะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการ

บริการในบริบทเมืองในหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และ บริบทชนบทที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน แม้จะหน่วยคู่สัญญาที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีบุคลากรสหวิชาชีพ แต่ความซับซ้อนของโครงสร้าง และจำนวนบุคลากรที่มีมากทำให้การจัดบริการอยู่ในลักษณะแยกส่วน นอกจากนี้บทบาทของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมียังคงจำกัดเพียงเป็นผู้สนับสนุนการให้บริการของบุคลากรจากโรงพยาบาลที่มาปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อำเภออมลาคไสย พบว่า มีการเสริมศักยภาพระหว่างกัน ของ ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความชำนาญในงานเข้าชุมชน งานส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรค ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีความชำนาญในเรื่องการรักษา ตลอดจนการมีข้อมูล และความรู้ที่เป็นปัจจุบัน การจัดประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ช่วยกันแก้ไขปัญหา และร่วมกันพัฒนาบริการปฐมภูมิร่วมกัน ซึ่งเกิดจากการยอมรับบทบาทซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความร่วมมือ ในการให้บริการ มุ่งสู่คุณภาพของบริการที่เป็นผลให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดี ตามความเหมาะสม

หากมองในองค์ประกอบเรื่องคุณภาพบริการ พบว่า ยังคงขาดความชัดเจนในส่วนของดัชนีชี้วัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภครวม ทั้งกิจกรรมหลักยังคงเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้การบริการ ณ จุดบริการ ที่ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการ ให้บริการนั้นมีคุณภาพตามมุมมองของผู้ให้บริการ

นอกจากนี้ ระบบข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนและภาครัฐยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นผลจากความสับสนของการเดินทางซึ่งเดิมเคยเป็นข้อจำกัดการเข้าถึงบริการ ทำให้ความสำคัญของการใช้บริการในพื้นที่ลดลง ดังเห็นได้จากข้อมูลในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด ที่หญิงตั้งครรภ์มีอัตรา ไม่ฝากครรภ์สูงถึงเกือบร้อยละ 60 กรณีดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์นั้นไปฝากครรภ์ที่

สถานบริการสุขภาพเอกชน หรือ คลินิกนอกเวลา ซึ่งแม้ศูนย์สุขภาพชุมชนจะมีรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนก็ตาม แต่ในหลายกรณี หญิงตั้งครรภ์จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกครั้งเดียว หรือ แจ้งหลังคลอดผ่านการแจ้งจาก อสม. อย่างไรก็ตาม ในการรับวัคซีนของเด็ก ส่วนใหญ่มาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนั้นการบันทึกข้อมูลจะมีเฉพาะการบันทึกด้านโภชนาการและวัคซีน ของเด็ก ส่วนการบันทึกการฝากครรภ์ของสถานบริการสุขภาพเอกชนไม่บันทึกที่สมุดสีชมพู แต่บันทึกในแบบบันทึกของสถานบริการเอง

ในส่วนการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีรูปแบบการให้บริการที่หลากหลายในประเด็นต่างๆ ได้แก่ วิชาชีพ บทบาท ช่องทางสื่อสาร บทบาทในการพัฒนา เป็นต้น แตกต่างไปในแต่ละหน่วยคู่สัญญา ซึ่งเป็นส่งผลต่อผลลัพธ์ของการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แม้ว่า การถ่ายทอดข้อมูลให้กับผู้รับบริการยังคงมีจำกัด ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้รับบริการ แต่จากนโยบายของรัฐ และการดำเนินงานโครงการ สามสิบบาทรักษาทุกโรค ทำให้ลดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการ สร้างความพึงพอใจให้ประชาชนในทุกพื้นที่ได้อย่างชัดเจน

อนึ่ง การดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กที่มีมาอย่างยาวนาน ทำให้บริการนั้นมีความอยู่ตัวของการบริการ เป็นผลให้ไม่สามารถตรวจสอบความแตกต่างระหว่างพื้นที่ได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามความพึงพอใจเรื่องข้อมูลในระดับต่ำที่สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการยังเป็นไปในลักษณะเดิม คือ การให้บริการมากกว่าที่จะสร้างการพึ่งพาตนเอง ซึ่งเป็นการย่ำข้อค้นพบในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ดังนั้นการประเมินคุณภาพบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ งานอนามัยแม่และเด็กเป็นตัวแทนอาจจะต้องเสริมในเรื่อง ดูพัฒนาการของเด็ก ทั้งนี้ต้องการความร่วมมือจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเล็ก นอกจากนี้ในส่วนงานอนามัยเจริญพันธุ์ สามารถมีดัชนีชี้วัดการเฝ้าระวังเรื่อง แม่วัยรุ่น กระบวนการหาหญิงตั้งครรภ์ให้เร็วที่สุดหรือให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบบริการได้เร็ว หญิงตั้งครรภ์ที่ครรภ์มากกว่าสองครั้ง และอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก เป็นต้น

รายงานผลการศึกษา
โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย
(ภาคใต้)

รายงานผลการศึกษาโครงการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพ
ปฐมภูมิในบริบทหลากหลายของประเทศไทย
กรณีเขต จังหวัดสงขลาเปรียบเทียบ เขตเมือง เขตชนบท ปี 2548

สารบัญ

รายการ	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	
ระเบียบวิธีการศึกษา	1
ผลการวิเคราะห์ สรุปผล ปริมาณ บริการคุณภาพ	2
ด้าน คลินิก และ ด้าน พัฒนกิจ	
ผลการศึกษา เกี่ยวกับ กลไก เงื่อนไข ทรัพยากร และ ระบบสนับสนุน ที่จำเป็นในการประเมิน	14
ผลลัพธ์ของระบบ บริการปฐมภูมิได้สำเร็จ ในพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน	
ผลการศึกษา เกี่ยวกับองค์ประกอบ ปัจจัยสำคัญที่กระทบ ต่อ ผลลัพธ์การดำเนินงาน	15
แต่ละด้านของระบบบริการปฐมภูมิ ในแต่ละพื้นที่ที่ต่างกัน	
ผลการดำเนินงาน ปัญหา และ อุปสรรค	17
ภาคผนวก พื้นฐานประชากร สังคมและ การบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ	19
อำเภอเมือง อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา	

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากโครงการพัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทหลากหลายของประเทศไทย สำหรับเขตพื้นที่ จังหวัดสงขลา เปรียบเทียบ เขตเมือง เขตชนบท ในช่วงระยะ ปี 2548 พบว่า กรณีของบริการผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก คือ ระดับ HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างจาก อำเภอเมืองสงขลา ดีกว่า อำเภอ ระโนด แต่ผลลัพธ์ทางด้านพัฒนากิจ ของกลุ่มตัวอย่างจากอำเภอ ระโนด ดีกว่า อำเภอเมืองสงขลา สอดคล้องกับ กระบวนการ และปัจจัยสนับสนุนหลัก คือ เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการรักษาเบาหวานเป็นต้นทุนรวม ของเครือข่าย ไม่ให้เป็นภาระต้นทุนของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้การพัฒนาทักษะและสนับสนุนพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีการประชุมกรรมการเครือข่าย ตลอดจน จัดทำรายงานประจำปี ของเครือข่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา อย่างสม่ำเสมอ เป็นการเรียนรู้และสร้างระบบธรรมาภิบาล ท่ามกลางบุคลากรรวมที่มีเพียงพอและเกินจำนวนที่ควรมีของสายวิชาชีพ พยาบาล แต่ขาดสนับสนุนงบประมาณในระบบเครือข่าย ขณะที่เครือข่ายโรงพยาบาลระโนด จัดการพัฒนาระบบนวัตกรรม จัดการเรียนรู้การเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวานและชุมชน

ในด้านบริการอนามัยแม่และเด็ก พบว่า การฝากครรภ์ในเขตเมือง มีสัดส่วนการฝากครรภ์กับแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว สูงกว่าในเมือง ซึ่งผลลัพธ์จริงอาจจะไม่ได้ต่างกันในช่วงอัตราตายของมารดา ผลลัพธ์ทางด้านพัฒนากิจของหญิงมีครรภ์ในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา มีผลลัพธ์ดีกว่า น่าจะมีเหตุผลจาก ระบบให้ความรู้ เสริมพลังผู้ป่วยที่มีคุณภาพ แต่ทั้งนี้ดัชนีผลลัพธ์ทางสุขภาพหลายด้าน มีส่วนกำหนดโดยปัจจัยทางสังคม หรืออาจจะมีอิทธิพลไม่มากนักจากระบบ บริการ ตัวอย่างของ กรณีสัดส่วนมารดาวัยรุ่น จะต่ำลง หากมีการจัดระบบการศึกษาสำหรับเยาวชนสตรีที่นานมากพอ

การพัฒนาระบบข้อมูล และมีหน่วยงานองค์กรที่ชัดเจน ทำหน้าที่เพื่อเฝ้าติดตามจำนวนบริการสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ตามรอบระยะเวลาที่กำหนด เช่นทุกปี จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในด้านผลการศึกษา เกี่ยวกับองค์ประกอบ ปัจจัยสำคัญที่กระทบต่อ ผลลัพธ์การดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิพบว่า มีตัวอย่างบทเรียนนวัตกรรม กิจกรรมหลายด้านที่เครือข่ายบริการได้ตามศักยภาพและข้อจำกัดของเครือข่าย ฯ เพื่อให้มีผลลัพธ์บริการดีตามที่คาดหวัง เช่น การพัฒนาศักยภาพของทีมผู้ให้บริการ การเสริมพลังผู้ป่วยและชุมชน การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลของเครือข่าย การเปลี่ยนลดภาระต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ยาของหน่วยบริการให้เป็นของ กลุ่มเครือข่ายบริการ การเปิดโอกาสเรียนรู้และร่วมพัฒนานวัตกรรมกับสถาบันภายนอก

**โครงการพัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ในบริบทหลากหลายของประเทศไทย
เขตพื้นที่ จังหวัดสงขลา เปรียบเทียบ เขตเมือง เขตชนบท ปี 2548**

ระเบียบวิธี การศึกษา

- 1 ได้ทำความเข้าใจ กับ ผู้บริหารโรงพยาบาล และ เครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ ของ อำเภอเมือง และ อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา ถึงความเป็นมา และ การมีส่วนร่วม ตลอดจน การสนับสนุน และ ประโยชน์ที่จะได้รับ ของแต่ละฝ่าย
- 2 เชิญผู้เกี่ยวข้องโดยตรง ที่เกี่ยวกับการให้บริการ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่โรงพยาบาล และ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ เข้ารับฝึกอบรม มาตรฐานการตรวจร่างกาย ประเมินปัญหาแทรกซ้อนจากโรค และ รายละเอียดของการเก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง เพื่อเชิญเข้าร่วมโครงการ ตรวจร่างกาย และตรวจโลหิต สัมภาษณ์
- 3 เยี่ยม สอบถามความก้าวหน้า และชี้แจงรายละเอียด ของโครงการโดยทีมหัวหน้าโครงการวิจัยในส่วนกลาง และ นักวิจัยในพื้นที่
- 4 จัดการอบรม ด้านการตรวจ ร่างกาย และ ความรู้ทั่วไปของโรคเบาหวาน ที่ โรงพยาบาลเทพธารินทร์ กรุงเทพมหานครให้กับ ผู้ช่วยนักวิจัย ในพื้นที่ ในช่วงเดือน ธันวาคม 2547
- 5 ทีมนักวิจัย พัฒนาเครื่องมือ ในการติดตาม ประเมินคุณภาพการบริการ เบาหวาน และ อนามัยแม่ และเด็ก
ได้แก่ 1 แบบ ศึกษากระบวนการบริการเบาหวาน และงานอนามัยแม่และเด็ก
2 แบบสัมภาษณ์ เรื่อง การปฏิบัติตัว พัฒนิกของหญิงตั้งครรภ์ และความพอใจต่อบริการที่ได้รับ
3 แบบสัมภาษณ์ เรื่อง การปฏิบัติตัว ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
คุณภาพ ชีวิต และ การเผชิญกับภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ความพอใจต่อบริการที่ได้รับ
4 แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพ แบบบันทึกการฝากครรภ์

กระบวนการ ศึกษา และ เก็บข้อมูล

กรณีการดูแล ปัญหาเบาหวาน

1. เก็บข้อมูล ผลลัพธ์ ด้านคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2548 – ถึง กันยายน 2548 ในพื้นที่ต่างๆ ตามที่ตกลง โดยผู้ช่วยนักวิจัย มีการรวบรวมตัวอย่างโลหิต และ ปัสสาวะ ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ละครั้ง ส่งตรวจ ณ ห้องปฏิบัติการเดียวกัน ที่ได้มาตรฐาน ในกรุงเทพมหานคร ผลการตรวจโลหิต และ ปัสสาวะ จะส่งต่อยังหัวหน้าโครงการวิจัย ชุดหนึ่ง และ ส่งต่อให้กับ ผู้ให้บริการผู้ป่วย ในพื้นที่ เพื่อบันทึกหรือแนบในเวชระเบียน และใช้ปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ตามที่เห็นควร
2. การเก็บข้อมูล สัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจโลหิต ในชุมชน โดยผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งส่วนใหญ่ จะเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ถึง ด้านพัฒนาฯ และ ความพึงพอใจ
3. ข้อมูลได้รับการตรวจสอบ จากพื้นที่ประสานงาน หากไม่สมบูรณ์ก็ให้ลงสอบถามซ้ำ เพื่อยืนยันความถูกต้อง
4. ข้อมูลที่บันทึกในแบบเก็บข้อมูล และ แบบสอบถาม ส่งไปยังศูนย์กลางบริหารงานข้อมูล และประมวลผลเปรียบเทียบ ระหว่างพื้นที่

กรณีของการดูแล อนามัยมารดา และ เด็ก

1. ขอให้ทางหน่วยบริการ บันทึก รวบรวม ข้อมูลจากทะเบียน ผ่าครรภ์ ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบที่คลอดไปแล้วในระยะปีงบประมาณ ตามแบบที่ทีมนักวิจัย กำหนดให้ เพื่อนำมาประมวลผล เปรียบเทียบผลลัพธ์ ผลงาน ระหว่างพื้นที่
2. นำรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ สุ่มติดตามเยี่ยมสัมภาษณ์ ตามแบบสอบถามที่ทีมนักวิจัยพัฒนาขึ้นมา และ ผูกพันซักซ้อม ผู้ช่วยนักวิจัยภาคสนาม เพื่อเยี่ยมสัมภาษณ์ต่อไป
3. ติดตาม ศึกษา คุณภาพแบบบันทึกการผ่าครรภ์ โดยดูข้อมูลที่มีการบันทึก การให้บริการ ใน _____ เวชระเบียน ของหน่วยบริการ เพื่อศึกษา ครอบคลุมถ้วน ของการบันทึก ความสอดคล้องของการวินิจฉัย
4. ข้อมูลได้รับการตรวจสอบ จากพื้นที่ประสานงาน หากไม่สมบูรณ์ก็ให้ลงสอบถามซ้ำ เพื่อยืนยันความถูกต้อง
5. ข้อมูลที่บันทึกในแบบเก็บข้อมูล และ แบบสอบถาม ส่งไปยังศูนย์กลางบริหารงานข้อมูล และประมวลผลเปรียบเทียบ ระหว่างพื้นที่

กรณีของการ ศึกษา ระบบ การจัดการด้านเบาหวาน และ อนามัยแม่และเด็ก

1. ทีมวิจัย พัฒนาแบบเก็บข้อมูล เกี่ยวกับ ระบบ บริการ ระบบบริหาร ในด้านงานเบาหวาน และ งานอนามัยแม่และเด็ก ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง บันทึก แล้วส่งคืนยังสำนักงานประสานงานกลาง
2. นักวิจัย ลงพื้นที่ สังเกต สอบถาม สัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ศึกษาจากเอกสารภายใน จาก รายงานประจำปี (ถ้ามี) ตามประเด็นต่างๆ มีการกำหนดไว้
3. สอบถาม ขั้นตอน การให้บริการ นโยบาย ปัญหาอุปสรรค ข้อคิดเห็น ที่เกี่ยวข้องกับ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางแสดง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากพื้นที่ ตำบล และอำเภอ เมือง และ อำเภอระโนด

การศึกษา กรณีเบาหวาน		จำนวนราย ที่ได้รับการตรวจเลือด	จำนวนราย ที่ หาพบตามเยี่ยม สัมภาษณ์ได้	หมายเหตุ
อ.เมือง	ตำบล บ่อทราย	58	50	หาไม่พบ 8 ราย
	ตำบล หัวเขา	80	75	หาไม่พบ 4 ราย ตาย 1 ราย
	ตำบลพะวง เขต สอ. ควนหิน	50	47	หาไม่พบ 3 ราย
	เขตตำบลอื่น	53	ไม่ได้ติดตามเยี่ยมสัมภาษณ์	
	รวม	241	172	
ระโนด	ตำบลระโนด	61	61	
	ตำบลบ่อตรุ	45	45	
	ตำบลตระเคียวะ	43	40	หาไม่พบ 3 ราย
	เขตตำบลอื่น	65	ไม่ได้ติดตามเยี่ยมสัมภาษณ์	
	รวม	214	146	

การศึกษา มารดาหลังคลอด		จำนวนรายชื่อ (ที่คาดว่าจะมีจริง)	จำนวนที่ หาพบตามเยี่ยม สัมภาษณ์ได้	จำนวน review chart
อ.เมือง	ตำบล บ่อทราย	40 (150)	40	40
	ตำบล หัวเขา	40 (180)	40	39
	ตำบลพะวง เขต สอ. ควนหิน	35 (80)	28 (ติดต่อกหาไม่พบ 7 ราย)	24 (19 ราย ANC รพ 5 ราย ANC คลินิก)
	รวม		108	103

ระโนด	ตำบลระโนด	40 (80)	35 (ติดต่อหาไม่พบ 5 ราย)	38
	ตำบลบ่อตรุ	30	30	30
	ตำบลตระเคียะ	25	23 (ติดต่อหาไม่พบ 2 ราย)	25
	รวม		88	93

ตาราง เปรียบเทียบระบบบริการ**ด้านเบาหวาน** ของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง สงขลา และ อำเภอ ระโนด

ระบบ บริการ เบาหวาน	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.เมือง สงขลา	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.ระโนด
ระบบงาน	ที่รพ. สงขลา และศูนย์แพทย์ชุมชน แพทย์เป็นผู้ส่งจ่ายยา มีเภสัชกรบริการ ที่หน่วยบริการ สอ มีพยาบาลวิชาชีพร่วม ดูแล ส่งจ่ายยา	ที่รพ.ระโนด แพทย์ดูแลส่งจ่ายยา แต่ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้แต่ละหน่วยบริการรักษาดูแลผู้ป่วย โดยทีมงานเดิม
ระบบสนับสนุน	สนับสนุน ยา และเวชภัณฑ์ ให้เป็นภาระ ต้นทุนของเครือข่ายหน่วยบริการ	ไม่ได้จัดการให้ ยา เวชภัณฑ์ เป็นภาระ ต้นทุนของหน่วยบริการ เริ่มมีโครงการนวัตกรรม พยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลไปนำกลุ่มเพื่อนช่วย เพื่อนให้ที่ สอ.และในพื้นที่ชุมชน
จุดบริการ	ภายใน รพ. มี คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป ให้บริการทุกวัน และ คลินิกเบาหวานของกลุ่มงานอายุร กรรมให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน ศูนย์แพทย์ชุมชนให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน	ที่รพ. ยกเลิกคลินิกเบาหวาน จัดการให้ มารับบริการได้ทุกวัน ที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบคลุมในชุมชน ให้บริการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มี สอ.ให้บริการสัปดาห์ละครั้ง
ระบบข้อมูล	ยังไม่ได้บันทึกเป็นระบบไฟล์ข้อมูล	บันทึกทั้งระบบกระดาษและ ระบบ ฐานข้อมูลไฟล์
ทีมผู้ให้บริการ	ใน รพ. และศูนย์แพทย์ชุมชน จะมี สหสาขาวิชาชีพ หากเป็นหน่วยปฐมภูมิ มีพยาบาล วิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่ของสอ. ร่วม ให้บริการ	ใน รพ.มีสหสาขาวิชาชีพ ที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบคลุม เป็น พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ที่สอ.บริการโดย จนท. สอ.บางแห่งมี พยาบาลวิชาชีพ บ้าง

ตาราง เปรียบเทียบ สัดส่วน ระดับ ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จากเครือข่ายบริการปฐมภูมิใน 2 อำเภอ

ระดับดัชนีมวลกายผู้ป่วยเบาหวาน	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.เมืองสงขลา	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.ระโนด
< 17	1.6	0
17- <23	9.8	3.3
23-24.9	31.1	46.7
25-27.4	19.7	20.0
27.5-30	18.0	23.3
>30	19.7	6.7

โดยรวมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จาก เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง สงขลา และ ระโนด มีน้ำหนักตัวเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ ไม่เกิน ร้อยละ 23 (ค่ามาตรฐาน สำหรับคนไทย) โดยกลุ่มที่อ้วนมาก จะพบในเขตพื้นที่ เมือง มากกว่าพื้นที่ชนบท

ตาราง เปรียบเทียบ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองกับ อำเภอระโนด

ตัวชี้วัดทางคลินิก	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.เมืองสงขลา		เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.ระโนด	
	ร้อยละ	จำนวน ราย	ร้อยละ	จำนวนราย
ระดับ Hb A1c ผู้มีประวัติว่าเป็นเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี				
อยู่ใน เกณฑ์ดี (<7)	46.5	40	48.7	19
อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (7-8)	26.7	23	25.6	10
อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี (> 8)	26.7	23	25.6	10
รวม	100	86	100	39
ระดับ Hb A1c ผู้มีประวัติว่าเป็นเบาหวาน ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป				
อยู่ใน เกณฑ์ดี (<7)	36.3	37	16.4	11
อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (7-	25.5	26	22.4	13
อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (7-	38.2	39	61.2	41

8) อยู่ในเกณฑ์ ไม่ดี (> 8) รวม	100	102	100	67

พบว่า เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสงขลา มีผลลัพธ์ดีกว่า ของ อำเภอระโนด เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติว่าป่วยเป็นเบาหวานมานานตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป แต่ ไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่ป่วยเป็นเบาหวานมาน้อยกว่า 5 ปี แม้ว่า ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในเขตบริการ อำเภอเมือง สงขลา มีดัชนีมวลกาย มากกว่า เขต อำเภอระโนด

ตารางเปรียบเทียบ ผลลัพธ์การบริการ ที่สืบเนื่อง จากการให้บริการเบาหวาน ของพื้นที่ภูมิภาคต่างๆ

ผลลัพธ์ การบริการ	ภาคใต้ รวม ยะลา สงขลา	อ. เมือง ยะลา	อ. รามัน	อ. เมือง สงขลา	อ. ระโนด
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	664	160	194	162	148
ร้อยละ ผู้ที่คะแนนการปฏิบัติตัวด้านบริโภค มาก	59.8	60.0	47.4	74.1	60.1
ร้อยละ ผู้ที่คะแนนการปฏิบัติตัวด้าน ยาและ การรักษาในรอบ 1 ปี มาก	85.1	77.5	84.0	85.2	94.6
ร้อยละ ผู้ที่คะแนนการปฏิบัติตัวด้าน การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไป มาก	79.8	75.6	71.1	82.1	93.2
ร้อยละ ผู้ที่คะแนนการปฏิบัติตัว รวม มาก	84.2	80.6	75.8	88.7	93.9
ร้อยละ ผู้ที่ ความรู้ ทั่วไปเกี่ยวกับโรค มาก	73.2	61.3	62.9	78.4	93.9
ร้อยละ ผู้ที่ ความรู้ ด้านอาหาร มาก	75.0	66.9	73.2	74.7	86.5
ร้อยละ ผู้ที่ ความรู้ ด้านยาเบาหวาน ปาน กลาง-มาก	76.2	81.2	72.1	65.4	87.8
ร้อยละ ผู้ที่ ความรู้การออกกำลังกาย มาก	15.4	11.3	20.6	8.6	20.3
ร้อยละ ผู้ที่ ความรู้ การปฏิบัติตนกรณีพิเศษ มาก	59.0	58.8	51.5	49.4	79.7
ร้อยละ ผู้ที่ ความรู้รวมทุกด้าน มาก	18.8	11.9	17.5	9.3	38.5
ร้อยละ ผู้ที่ คุณภาพชีวิต มาก	5.7	5.0	2.6	8.6	7.4
ความพึงพอใจสถานที่มาก	92.9	95.6	83.9	95.7	98.6
ความพึงพอใจในการรอรับบริการ	64.4	61.9	63.7	59.0	74.1

ความพึงพอใจด้านอุปกรณ์	85.2	81.9	81.9	90.7	87.1
ความพึงพอใจข้อมูล มาก	21.1	16.9	11.9	29.0	29.3

พบว่า โดยภาพรวมแล้ว ผู้ป่วยในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอระโนด มีความรู้ ความเข้าใจ และ มีการปฏิบัติตน และ มีความพึงพอใจ มากกว่า อำเภอเมือง สงขลา และ มากกว่า อำเภอเมือง ยะลา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

ตาราง ผลการประเมิน ตัวชี้วัด ด้าน **บริการ อนามัยมารดาและทารก** ระหว่าง เครือข่าย อำเภอเมือง อำเภอระโนด

ผลลัพธ์ของงานอนามัย แม่และเด็ก จาก บันทึกทะเบียนฝากครรภ์	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.เมือง สงขลา	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.ระโนด
สัดส่วนการฝากครรภ์ที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ	ร้อยละ 58.7	ร้อยละ 81.9
สัดส่วนของ อายุครรภ์ ขณะ ฝาก ครรภ์ครั้งแรก ก่อน 12 สัปดาห์ ก่อน 14 สัปดาห์ ก่อน 16 สัปดาห์ (จากการทบทวนเวชระเบียน)	ร้อยละ 49 ร้อยละ 61 ร้อยละ 70	ร้อยละ 52 ร้อยละ 66 ร้อยละ 80
ร้อยละ ของ มารดาที่อายุ น้อยกว่า 17 ปี	3	1.8
สัดส่วน ที่ได้รับฝากครรภ์ การไม่ ฝากครรภ์ เลย ฝากครรภ์คุณภาพ เพียง 1-3 ครั้ง การ ฝากครรภ์ ครบ 4 ครั้ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 188 ราย ร้อยละ 3.1 ร้อยละ 8.2 ร้อยละ 88.6	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 55 ราย ร้อยละ 0 ร้อยละ 3.6 ร้อยละ 96.4
ร้อยละ ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย กว่า 2500 กรัม LBW	5.3	9.1
การตาย ของมารดา และ ทารก	ไม่พบรายงานการตายของมารดา จาก พื้นที่สุ่ม เพื่อการศึกษา	ไม่มีรายงานการตายของมารดา ใน พื้นที่สุ่มตัวอย่าง เพื่อการศึกษา

ที่มา ข้อมูลจากทะเบียนฝากครรภ์ ปีงบประมาณ 2548 ของหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐ ตำบล บ่อยาง ตำบลพะวง
เขตรับผิดชอบ สถานีอนามัยควนหิน ตำบลหัวเขา (อำเภอสิงหนคร) ตำบล ระโนด ตำบลบ่อตรู ตำบลตระเคียวะ

ตาราง เปรียบเทียบ ผลลัพธ์การบริการ ที่สืบเนื่อง จากการให้บริการฝากครรภ์ ของพื้นที่ภูมิภาคต่างๆ

ผลลัพธ์ การบริการ	กลาง	เหนือ	อีสาน	กทม	ใต้	อ. เมือง ยะลา	อ. รามัน	อ. เมือง สงขลา	อ. ระโนด
จำนวนตัวอย่าง	187	115	541	83	395	120	79	103	93
คะแนนการปฏิบัติตัว ด้านบริโภค มาก	71.1	51.3	38.6	68.7	71.9	64.2	73.4	79.6	72.0
คะแนนการปฏิบัติตัว ด้าน การดูแล สุขภาพทั่วไป มาก	73.8	48.7	47.9	72.3	71.1	54.2	75.9	92.2	65.6
คะแนนการปฏิบัติตัว โดยรวม มาก	73.3	48.7	38.8	71.1	70.1	58.3	72.2	85.4	66.7
การยอมรับการ ตั้งครรภ์ ระดับมาก	90.4	87.0	67.3	94.0	95.7	95.8	96.2	98.1	92.5
การสร้าง สัมพันธภาพกับ ทารกในครรภ์ ระดับ มาก	80.2	38.3	47.0	60.2	74.4	67.5	75.9	81.6	74.2
การปรับตัว ต่อ การปล และ สัมพันธภาพกับคู่ สมรส ได้ระดับมาก	58.3	41.7	42.3	51.8	67.1	62.5	69.6	78.6	58.1
การเตรียมตัวเพื่อ คลอดและการเป็น มารดาได้ระดับมาก	70.1	50.4	47.7	73.5	72.7	63.3	83.5	83.5	63.4
พัฒนกิจโดยรวม ได้ ระดับมาก	71.7	44.3	44.7	66.3	74.7	69.2	77.2	84.5	68.8
ความพึงพอใจ สถานที่	94.1	80.9	60.2	96.4	93.7	95.0	96.2	92.2	91.4
ความพึงพอใจในการ รอรับบริการ	82.9	67.0	79.1	81.9	68.6	74.2	82.3	57.3	62.4
ความพึงพอใจด้าน	61.0	42.6	31.9	51.8	49.6	54.2	62.0	44.7	38.7

บุคลากร									
ความพึงพอใจด้าน อุปกรณ์	92.0	88.7	53.7	90.4	81.0	75.0	80.8	96.1	72.0
ความพึงพอใจข้อมูล มาก	3.7	2.6	2.2	0	0.8	0.8	0.0	1.9	0.0
ความพึงพอใจรวม	46.0	27.0	19.4	56.6	24.8	38.3	36.7	13.6	9.7

ที่มา ข้อมูล การสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง หญิงหลังคลอด ในพื้นที่คัดเลือก เพื่อศึกษา อำเภอละ 3 ตำบล ตำบลละ ไม่เกิน 40 ราย ที่มีการคลอด และสามารถติดต่อ เยี่ยมสัมภาษณ์ได้ โดยคลอดในช่วงระยะปี งบประมาณ 2548

ตารางเปรียบเทียบ ระบบ งานบริการอนามัยแม่และเด็ก ระหว่าง เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง และ อำเภอระโนด

ระบบ งานบริการ อนามัย มารดาและเด็ก	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.เมือง สงขลา	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.ระโนด
ระบบสนับสนุน	จัดสรร อุดหนุน หน่วยบริการ เพิ่ม จาก งบส่งเสริมป้องกันโรค	ไม่ได้จัดสรร อุดหนุน หน่วยบริการ จากงบ ส่งเสริมป้องกันโรค
จุดบริการ	บริการฝากครรภ์โดยหลักที่ สถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ รพ.สงขลา และ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง พบ น้อยมากที่ได้ใช้บริการฝากครรภ์ สถานอนามัย อีกส่วนหนึ่งประมาณ 1 / 4 ที่ฝากครรภ์ กับคลินิก หรือ รพ.เอกชน	โดยส่วนใหญ่ ฝากครรภ์ที่สถานบริการของ รัฐ ส่วนน้อยที่ไปรับบริการกับคลินิกสูติ แพทย์ / รพ.เอกชน เพราะภูมิศาสตร์ ห่างไกล ให้บริการฝากครรภ์ ทั้ง รพ.ระโนด คลินิก เวชปฏิบัติครอบครัว และสถานอนามัย (ศูนย์สุขภาพชุมชน)
ผู้ให้บริการ	กรณีของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ผู้ ให้บริการ คือ ทีมพยาบาลวิชาชีพ ส่วนในกรณี ของ โรงพยาบาลสงขลา ผู้ ให้บริการ มีหลายระดับ ได้แก่ สูติแพทย์ แพทย์ใช้ทุน หมุนเวียน นักศึกษาแพทย์ เวชปฏิบัติ (Extern) หมุนเวียน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฝากครรภ์ นักศึกษาพยาบาลหมุนเวียน ภายใต้ การกำกับดูแล	ในระดับโรงพยาบาล หลักใหญ่เป็น พยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ หากมีข้อ ปัญหาบ่งชี้ จะปรึกษาแพทย์ เช่น ครรภ์ เสี่ยง ในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ให้บริการโดย ทีมพยาบาลวิชาชีพ ในสถานอนามัย ให้บริการโดย เจ้าหน้าที่ ของสถานอนามัย

ระบบ งานบริการ นามัย มารดาและเด็ก	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.เมือง สงขลา	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.ระโนด
การดูแลภาพรวม	โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงาน สูติรีเวช และกลุ่มงานกุมารเวชกรรม	โดยผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ
การเชื่อมโยงบริการ	ยังมีปัญหาบ้างในบางหน่วยบริการ ที่ผป.ไม่ต้องการกลับไปรับบริการ ที่ สอ.	สามารถส่งต่อ การรับบริการฝากครรภ์ได้
ข้อมูล	ส่งต่อข้อมูลคลอดให้หน่วยบริการปฐม ภูมิ เพื่อเยี่ยมติดตามหลังคลอด บางหน่วยบริการยังต้องพัฒนาระบบ ข้อมูล	ส่งต่อข้อมูลคลอดให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเยี่ยมติดตาม หลังคลอด บางหน่วยบริการยังต้องพัฒนาระบบข้อมูล

ตาราง ผลลัพธ์งานบริการ มารดาและทารก จากแหล่งข้อมูลอื่น ในระบบสาธารณสุขจังหวัด

ผลลัพธ์ของ MCH จาก MCH1	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.เมือง สงขลา	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.ระโนด
ร้อยละของ มารดา ที่อายุ น้อยกว่า 20 ปี	10.5	9.8
การตาย	มีรายงานการตายของมารดา ที่ รพ.สงขลา 1 ราย ฝากครรภ์ คลินิก	ไม่มีรายงานการตาย
น้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2500 กรัม LBW	7.86	6.46

ที่มา จาก รายงาน สรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2548 รวบรวมโดย งานสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

วิจารณ์ผล

ข้อจำกัด ของการศึกษานี้ คือ การออกแบบ ระบบการเก็บข้อมูล หลายส่วน ให้ผู้ปฏิบัติงานจริง ในหน่วยบริการ เก็บรวบรวมข้อมูล ผลการดำเนินการให้บริการ และ รายละเอียดตามทะเบียนการให้บริการฝากครรภ์ ซึ่งพบว่า บางหน่วยบริการ ไม่ได้ดำเนินการให้ได้ อย่างมีคุณภาพ ของข้อมูล ตามที่ต้องการ หรือ ร้องขอ

ในการศึกษา คุณภาพบริการมารดาและเด็กนี้ พบว่าตัวชี้วัด หรือ ผลงาน การบริการด้านการฝากครรภ์ใน จังหวัดสงขลา ระหว่าง เครือข่ายอำเภอเขตเมือง และ เขตชนบท ดังนี้

สถานที่ให้บริการฝากครรภ์

ในเขตชนบท ห่างไกลเมืองใหญ่ คือ กรณีของอำเภอระโนด ยังมีสัดส่วนการให้บริการฝากครรภ์มากที่ระดับ สถานีอนามัย ส่วนในเขตเมืองและชานเมือง คือกรณีของอำเภอเมือง สงขลา มีให้บริการหรือผู้เลือกไปรับบริการที่สถานีอนามัย น้อยลงมาก

ดัชนีผลลัพธ์เชิงปริมาณ ของบริการ

ในกรณีของการศึกษานี้เปรียบเทียบระหว่างอำเภอระโนด กับ อำเภอเมืองสงขลา พบว่า ผลลัพธ์ของอำเภอระโนด ดีกว่า อำเภอเมือง เช่น การฝากครรภ์ครบ ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 ครั้ง อายุครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ ตรวจโลหิต การมี สัดส่วนมารดาอายุน้อย การมีสัดส่วนน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2500 กรัม อาจจะอธิบายได้จาก ความสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกกว่า ความเป็นชนบทที่ไม่ได้ทันสมัยเกิน หรือ สัดส่วน การศึกษาพื้นฐานของสตรีวัยรุ่น สูงกว่า

ในกรณีของสัดส่วนน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2500 กรัม พบว่ามีความแตกต่าง ตรงกันข้ามจาก แหล่งข้อมูลที่ต่างกัน คือ จากข้อมูลผลงานอำเภอในปีงบประมาณ 2548 รวบรวมเผยแพร่โดยสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลา พบว่า ผลงานของอำเภอระโนด เพียง ร้อยละ 6.5 ต่ำกว่า อำเภอเมือง สงขลา ที่มีสัดส่วนร้อยละ 7.9 ขณะที่ข้อมูลที่รวบรวมจากสถานีอนามัยและ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอละ 3 พื้นที่ กลับพบว่า อำเภอระโนด มีผลงานนี้ถึงร้อยละ 9.1 และ อำเภอเมือง สงขลา มีผลงานร้อยละ 5.3

ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติตัว พัฒนกิจของหญิงตั้งครรภ์ และ ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ

ด้านการปฏิบัติตน และ พัฒนกิจของหญิงตั้งครรภ์ และ ความพึงพอใจ เขตอำเภอเมืองสงขลา มีผลลัพธ์ หลายๆด้าน ดีกว่า อำเภอระโนด และ หลายพื้นที่ในภูมิภาคอื่นๆ เว้นแต่ด้านความพึงพอใจด้านการรอคอย จะต่ำกว่า พื้นที่อำเภออื่น ตามสภาพพื้นฐานของโรงพยาบาลทั่วไป ที่ผู้ป่วยมากกว่า รอนานกว่า ใช้เวลากะบวนกว่าที่มากกว่า ซึ่งนักวิจัย จะอภิปราย ศึกษาถึงสมมุติฐานต่างๆที่จะอธิบาย บทเรียนที่ดี ตรงนี้ของเครือข่ายโรงพยาบาล สงขลา ต่อไป

ตัวชี้วัดที่ทีมนักวิจัย ได้คัดเลือกสำหรับ ใช้ติดตามคุณภาพการบริการ ฝากครรภ์ การอนามัยมารดาและเด็ก เราพบว่า ตัวชี้วัด ที่เหมาะสม และ แหล่งข้อมูล ที่จำเป็น จะต้องสามารถพัฒนา ขึ้นมาให้ได้ ทันเวลา โดยหน่วยงานบริหาร (สำนักงานบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ) หรือ อาจจะเป็นหน่วยงานผู้ซื้อ และบริการ (สปสช) ทั้งนี้ ควรจะต้องกำหนด รอบระยะเวลา ของการประมวลผล เป็นคราวๆ ไตรมาส เพื่อสามารถติดตามผลลัพธ์การ ให้บริการ

ข้อเสนอ ตัวอย่างของระบบข้อมูล สำหรับประเมินผลลัพธ์งานด้านการฝากครรภ์

หน่วยบริการ

เครือข่ายบริการปฐมภูมิตำบล อำเภอ..... จังหวัด.....

เลขที่บัตรประชาชน หรือ เลขที่บัตรหลักประกันสุขภาพ

วันที่ตรวจโลหิต ฝากครรภ์ครั้งแรก

อายุครรภ์

ผลการตรวจโลหิตฝากครรภ์ครั้งแรก

ข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน

น้ำหนักบุตรแรกคลอด อายุของมารดา

ดัชนี เชิงผลลัพธ์

อัตราการเสียชีวิตของมารดา ในเครือข่ายอำเภอ

อัตราการเสียชีวิต ของเด็กต่ำกว่า 5 ขวบ ในเครือข่ายอำเภอ

ดัชนี เชิงกระบวนการ และ ปัจจัยนำเข้า

การผ่านมาตรฐาน กระบวนการบริการ บริการฝากครรภ์ (ตามข้อกำหนด ทั้งจำนวนบุคลากร และ คุณภาพ

ตลอดจน มาตรฐานขั้นพื้นฐาน ซึ่งอาจจะมีการกำหนดเปลี่ยนแปลงในแต่ละปี)

นอกจากนี้ หน่วยงานซื้อบริการ ควรใช้ประโยชน์จาก ฐานข้อมูลทะเบียน การแจ้งเกิด หรือ ข้อมูลสถิติบัตร เชื่อมโยงกับ ฐานข้อมูลบุคคล ตามสิทธิประโยชน์ เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์การให้บริการด้านการฝากครรภ์ ในระยะแรก อาจจะทุก ปี เมื่อระบบข้อมูลพัฒนาดีแล้ว ก็ควรประมวลผลทุก 3-6 เดือน เปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ หรือ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ

จาก บทเรียนการจัดบริการด้านเบาหวาน พบ ปัจจัยกำหนด ผลลัพธ์ หรือ ตัวติดตาม สำคัญ ของ ผลลัพธ์ งานเบาหวาน

จำนวนบุคลากรหลักเพียงพอ ในหน่วยบริการ

พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พบในกรณีของ เครือข่ายฯโรงพยาบาลสงขลา
การมีพื้นฐาน ภูมิหลังของบุคลากร ใกล้ชิดกับในชุมชน พบในกรณีของ เครือข่ายฯโรงพยาบาลสงขลาและระโนด
ทัศนคติ อธิปไตย และ ความสนใจ และ ทักษะของ บุคลากรหลัก และทีมงาน ที่ดี
ทีมงานกระตือรือร้น อธิปไตยดี พบในกรณีของ เครือข่ายฯโรงพยาบาลสงขลา
การเปิดโอกาส ส่งเสริมพัฒนาบุคลากร พบในกรณีของ เครือข่ายฯโรงพยาบาลสงขลา
การเรียนรู้ การทำวิจัย พบในกรณีของ อำเภอเมืองสงขลา
การพัฒนา นวัตกรรม พบในกรณีของ เครือข่ายฯโรงพยาบาลระโนด
การทบทวน การบันทึกประสบการณ์ในรูปแบบของรายงานประจำปี พบในกรณีของ เครือข่ายฯโรงพยาบาลสงขลา

ระบบการสนับสนุนของเครือข่าย

การบริหาร สนับสนุนด้านยา และวิชาการ พบในกรณีของ เครือข่ายฯโรงพยาบาลสงขลา

ระบบการเสริมพลังชุมชนที่มีคุณภาพ

การอำนวยความสะดวกช่วยเหลือเพื่อน การให้การเรียนรู้ เครือข่ายฯโรงพยาบาลระโนด

ระบบคุณภาพของโรงพยาบาล เสริมสร้างทัศนคติการทำงาน

พัฒนางานต่อเนื่อง พบในกรณีของ เครือข่ายฯโรงพยาบาลสงขลา ที่มุ่งจัดตั้งชั้นเรียน และ ค่ายเบาหวาน
ตามสภาพปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่

ทีมงาน มีความกระตือรือร้น พบในกรณีของ เครือข่ายฯโรงพยาบาลสงขลา

พัฒนาบริการมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบในกรณีของ เครือข่ายฯโรงพยาบาลสงขลา และ อำเภอระโนด

บทเรียนจาก โรงพยาบาลสงขลา ปัจจัยส่งผล ต่อ ผลงาน ผลลัพธ์ งานอนามัยแม่และเด็ก

ระบบคุณภาพของโรงพยาบาล ที่มุ่งเป้าพัฒนางาน นวัตกรรม ลดปัญหามารดาและทารก

ระบบการพัฒนาทัศนคติ อธิปไตยของบุคลากรผู้ให้บริการ ให้เป็นกันเอง กับผู้รับบริการ

ระบบการเรียนรู้และพัฒนางาน แบบ กระบวนกลุ่ม สหสาขาวิชาชีพ

ความพอเพียงของบุคลากร ที่ให้บริการในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ

2 ผลการ ศึกษากลไก เงื่อนไข ทรัพยากร และระบบสนับสนุนที่จำเป็นในการดำเนินการประเมิน จากกรณีศึกษาพื้นที่ จังหวัดสงขลา

สิ่งที่มีความจำเป็น คือ performance data เพื่อสำหรับติดตามประเมินผล วัดความก้าวหน้า ของผลงานที่ เชื่อถือได้ โดยควรจะเป็นระบบใหญ่ ทั้งประเทศ ที่สามารถเรียกประเมิน รายงานผลได้ สะดวก ไม่ควรให้ผู้ให้บริการ สรุป รายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน ซึ่งเสียเวลา และ บางแห่งขาดความแม่นยำ ระบบข้อมูลที่ดีควรมี

output คือ กิจกรรมบริการ และ

outcome คือ ผลลัพธ์ ผลกระทบทางสุขภาพ เช่น การเสียชีวิต ผลแทรกซ้อน

แต่ทั้งนี้ ก็จะต้องเปรียบเทียบ ความเป็นธรรมของ การจัดสรรทรัพยากร ปัจจัยนำเข้า ตลอดจนเปรียบเทียบ ปัจจัยกำหนดทางสังคม ต่อสุขภาพเป็นพื้นฐานของระบบข้อมูล ด้วย หรือ หากไม่อาจจัดให้อย่างเป็นธรรมได้ ก็ต้อง กำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ การดำเนินงาน ที่แตกต่างกัน

ทั้งนี้เชื่อว่า การจัดการเชิงระบบนี้ ในปัจจุบันลักษณะของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย น่าจะยังทำไม่ได้ เพราะยังไม่ได้ยอมรับ วัฒนธรรม ความเสมอภาค โปร่งใส เป็นธรรม ในการจัดสรรทรัพยากร ผู้ซื้อบริการ หรือ ผู้ถือ เงิน ในปัจจุบัน ก็ยังไม่สามารถแยกขาดจากผู้ให้บริการ การจัดสรรใช้จ่ายเงิน จึงมีความโน้มเอียง เพื่อเอื้อต่อผู้ให้บริการ มากกว่าต่อชุมชน

ในการประเมิน วิเคราะห์ผลการจัดบริการ มีหลายทางเลือกในการจัดการติดตามประเมินผล จากระบบข้อมูล performance data และใช้เปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มเครือข่าย หน่วยบริการ ได้แก่

1. ดำเนินการ โดย สปสช. เอง อาจจะระดับเขต หรือ สาขาระดับจังหวัด
2. ดำเนินการ โดย ภาควิชาพันธมิตร ที่มีศักยภาพ เช่น ศูนย์อนามัยเขต
3. ดำเนินการ โดย สถาบันอิสระ เช่น สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

ทั้งนี้ ไม่ว่า หน่วยงานใดดำเนินการ ติดตามผลลัพธ์ ก็ต้องหวังให้ สามารถช่วยยกระดับ การเรียนรู้ เพื่อพัฒนางาน บริการนี้ให้กับ เครือข่ายหน่วยบริการด้วย

3 ผลการ ศึกษากระบวนการดำเนินงาน และสังเคราะห์ องค์ประกอบปัจจัย เงื่อนไขความสำเร็จของแต่ละ พื้นที่ จากพื้นที่ จังหวัดสงขลา

นอกเหนือจากการจัดระบบจัดการทีมบริการ สิ่งที่จะใช้ทำนาย (tracer) ของระบบบริการ ในเชิงมหภาค คือสิ่งที่ สะท้อนบ่งบอก การเรียนรู้ขององค์กรเครือข่าย ความโปร่งใสของการจัดการ ความโปร่งใสของการเป็นเครือข่าย พันธมิตร การมีส่วนร่วมของชุมชน และการยึดผู้ป่วยและชุมชนเป็นศูนย์กลาง ได้แก่

รายงานประจำปี ของการบริหารงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

เป็น เครื่องมือหนึ่งที่ ช่วยทบทวน การทำงาน และ ความโปร่งใส ของ ข้อมูล และ การจัดการ ของเครือข่ายหรือกลุ่ม พันธมิตร ภายในจังหวัดสงขลาเอง มี เครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพียง 2 แห่ง ที่มีรายงานประจำปี เป็นประจำ คือ ของอำเภอเมือง เครือข่าย ของโรงพยาบาลสงขลา และ เครือข่ายอำเภอเทพา โดยมีประมาณช่วง เวลาที่สามารถสรุป ติดตามข้อมูลและจัดการพิมพ์เผยแพร่ ได้ อยู่ในช่วงของเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม ของ ปีถัดไป

การร่วม ทำโครงการพัฒนา หรือ นวัตกรรม กับ แหล่งวิชาการ แหล่งทุน สถาบัน ภายนอก

เช่น ตัวอย่างจากโครงการ PCU ในฝัน ในกรณีของเครือข่าย รพ.สงขลา ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา โดยงานเวช ปฏิบัติครอบครัว เสนอโครงการพัฒนาศักยภาพ การดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและ สถานี อนามัยหัวเขา (จัดกลุ่มสอ.มีผลงาน ค่อนข้างดี) เสนอขอโครงการพัฒนาระบบบริการ การแพทย์แผนไทย และ แพทย์ ทางเลือก ล้วนแต่ได้ดำเนินการไปแล้ว

ในกรณีของเครือข่าย รพ.ระโนด สอ.ที่มีผลงานดี ได้ร่วมเสนอขอโครงการพัฒนา โดยกรณีสอ.บ่อตรุ ขอเสนอ โครงการเกี่ยวกับ การดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน

การร่วมเป็นพันธมิตร กับ ภาศึภายนอกเครือข่ายหลักเดิม ในการพัฒนา นวัตกรรม

มีบทเรียน จากอำเภอรโนด ที่ร่วมเรียนรู้ในโครงการพัฒนา กลุ่มเบาหวานกับพันธมิตรภาศึภายนอก คือ นพ.ธีรภาพ ลีว ลักษณะ จากภาศึวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า เกิดแรงบันดาลใจ ต่อเนื่อง ให้ทำงานบริการเชิงคุณภาพ คือ การเสริมพลังผู้ป่วยและชุมชน โดยส่งผลกระทบ ต่อ การเสริมพลังทีมงานผู้ให้บริการ ด้วย

การมีพลังปัญญา ในท่ามกลางความขาดแคลนทรัพยากร เกื้อหนุนให้มุ่งใช้พลังการเรียนรู้ของกลุ่มภาศึ

มีบทเรียนของ รพ.สงขลา ที่เริ่มต้น โครงการหลักประกันสุขภาพ ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อย เรียกแบบชนิด นุคลด การมาก งบประมาณน้อย แต่ความที่มีทุนทางปัญญา และมีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ดีไว้ก่อน คือ มีบุคลากร เรียน จบปริญญาโท หลายคน ทำให้ใช้ปัญญาในการจัดการงบประมาณ กับกลุ่มเครือข่าย อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ในการ ประชุมเครือข่าย และพัฒนาติดกาการทำงาน การสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

สิ่งสะท้อน ด้าน การยึด ผู้ป่วยหรือ ชุมชนเป็นศูนย์กลาง หรือ การมีส่วนร่วมโดยชุมชน น่าจะ มีลักษณะ สำคัญ คือ

ผู้ให้บริการ มีพื้นฐาน การอยู่ในชุมชนนาน เพียงพอ และ มีพื้นฐานวัฒนธรรม ที่สอดคล้องกับชุมชน

เปรียบเทียบ จากกรณี สอ.หัวเขา ที่ผู้ให้บริการหลักเรื่องเบาหวาน เป็นสะใภ้ แพทย์อาศัยที่หมู่บ้านใกล้เคียง สอ.มา นาน 20 ปี นับถือศาสนาอิสลาม เหมือน คนส่วนใหญ่ในชุมชน เป็นที่ยอมรับอย่างมากจากชุมชน และในกรณีของ

ตำบลบ่อตรุ ที่คิดว่า และยอมรับกัน มีผลงานและคุณภาพดีเด่น จาก นวัตกรรมต่างๆ แต่พบว่า ได้รับการร้องเรียนถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอระโนด ถึงกับมีความคิดว่า ต้องหา เจ้าหน้าที่มุสลิม ประจำที่ สอ.

ข้อเสนอแนะ ของระบบธรรมาภิบาล ที่เกี่ยวข้องกับ การใช้จ่ายงบประมาณ และการจัดบริการสุขภาพ

1. สปสช. ควรกำหนดหลักเกณฑ์ กลาง สำหรับ การจัดบริการ และการบริหารงบประมาณ ให้หน่วยบริการ และ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ดำเนินการ เพื่อเป็นสิ่งที่สะท้อนความโปร่งใส ของการจัดการ หรือเรียก ระบบ ธรรมาภิบาล นั้นเอง ธรรมาภิบาล จะช่วยส่งเสริม ประสิทธิภาพ ของ การให้บริการ และการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อบรรลु วัตถุประสงค์
2. สปสช. ควรพิจารณา กลไก หรือ ระบบตรวจสอบ ระบบธรรมาภิบาล ลักษณะเดียวกับ ที่มีระบบตรวจสอบบัญชี ของ นิติบุคคล ทั้งนี้ สามารถมอบหมายให้ สปสช.สาขาภาค ดำเนินการแทน โดยระดับของตรวจสอบ อาจมีระดับความ เข้มข้น แปรผันตาม ปริมาณเงินที่ จัดสรรให้ หากปริมาณเงินมาก ตรวจสอบเข้มข้น หากปริมาณเงินน้อย ตรวจสอบ น้อย
3. หากโอกาสเอื้ออำนวย จะต้อง พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การจัดบริการสุขภาพต่างๆที่เป็นปัจจุบัน ให้มากที่สุด เพื่อตัดระบบ การต้องรายงานผลกิจกรรมให้จากหน่วยงานปฏิบัติ สู่หน่วยงานบริการเครือข่าย เป็นระบบที่ หน่วยงานต่างๆ สามารถเรียก รายงาน จากระบบข้อมูลข่าวสารที่ออกแบบไว้แล้ว

4 ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ของการศึกษาประเมินผลในโครงการนี้

ข้อปัญหาในการติดตามข้อมูล เพื่อประมวลผล และ วิเคราะห์ประเมินผล ในโครงการนี้

1. หลายพื้นที่ศึกษา ต้องใช้เวลาติดตามข้อมูล จากหน่วยบริการ มากกว่าธรรมดา
2. ข้อมูลที่ได้จากหน่วยบริการ ลักษณะย้อนหลัง มีคุณภาพบางส่วน น้อยกว่าที่ควร
3. การประสานงาน ระหว่างพื้นที่ ที่ไกลมาก มีต้นทุน การสื่อสาร ติดตามสูงกว่าที่คาดการณ์

ปัญหา การเปรียบเทียบ เลือก ตัวแทน กลุ่มสถานีนามัยเพื่อศึกษา

ระโนด คล้ายกับว่า เลือก สอ.ดีเด่น ทั้ง 2 แห่ง ตะเครียะ เคยได้ สอ. ดีเด่น ปี 45 ส่วนสอ. บ่อตรุ สอ.ดีเด่น ระดับชาติ ปี 46 โดยโครงสร้าง สอ. ตะเครียะ อยู่ไกล แต่รายได้เงินบำรุง จากผู้ป่วยเบิกได้ มีพอสมควร สอ. บ่อตรุ ชุมชนอิสลาม ปัญหาเบาหวานมาก ได้ทำโครงการ PCU ในฝันปี 2548 เรื่องเบาหวาน และเพิ่งพัฒนากิจกรรมการจัด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนของอำเภอเมือง ที่เลือก สอ.หัวเขา สอบถามภายหลังแล้วว่า เหตุผลหลักที่คิดว่ามีผลงานดี คืออะไร คำตอบ คือ เพราะเห็นว่าประเมินเบาหวาน และทีมดูแลเบาหวาน ดีที่สุด จึงกำหนดเป็น สอ.ผลงานดี ซึ่งความจริงแล้ว ผลงานแม่ และเด็ก ไม่ดี เพราะปริมาณงานกับบุคลากรไม่ได้สัดส่วนกัน

บทเรียน ต่อ การจัดการในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีข้อตกลง ค่าตอบแทน ที่ชัดเจน แก่ผู้เก็บ และ พิมพ์ข้อมูล และ จะจ่ายกันอย่างไร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และ อาจจะมีนัดพบระหว่าง ผู้ประสานงานและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลจากสถานอนามัย ตอนบ่ายๆ เพื่อตรวจทานข้อมูล การลง สอ.เอาข้อมูลแต่แรก จะดีกว่า รอรับ ไฟล์ แล้วต้อง ย้อนลงไปตรวจสอบข้อมูล
2. การขาดโครงสร้าง การทำงาน พื้นฐาน การประสานงานระหว่างผู้เกี่ยวข้อง
3. พบว่า ระบบการทำงาน ข้อมูล มีการพยายาม ทำข้อมูลกัน หลายชุด จากการบริการผป. หญิงตั้งครรภ์ หรือ หลายชุด เพื่อติดตามดูแล ผป. หลังคลอด ทั้งลงทะเบียนคุม ลงบันทึก เพิ่มครอบครัว ลงบันทึกสมุดสุขภาพ มารดา และเด็ก
4. ข้อมูล หลายอย่าง น่าจะทำให้ มีลักษณะ on line เข้าถึงง่าย กว่า การคัดลอก ไปมา เช่น ข้อมูลการคลอด ให้เป็นชุดเดียวกันกับ ข้อมูลทะเบียนราษฎร ได้อย่างไร หรือ ลงทะเบียนการคลอด จากห้องคลอดไปเลย แต่ให้ผู้อื่น ร่วมใช้ข้อมูลนี้ได้

สิ่งที่พบเห็น จากการศึกษาครั้งนี้โดยบังเอิญ แต่มีประโยชน์

มีผป.บางคน ที่ยากจน อยากฝากครรภ์ ที่สอ. ครั้งหลังๆ แทนการไปรอเสียเวลาที่ รพ.อย่างน้อยครึ่งวัน แต่คล้ายกับว่า ทาง สอ.ก็คิดว่า ให้ฝากครรภ์ รพ.ต่อได้แล้ว จนท. จะคอยตามเยี่ยมบ้านให้ จึงทำให้ผป.ไม่ได้มาฝากครรภ์ทั้งที่ รพ. และ ที่ สอ. ส่งผลให้ ผป.ไม่ได้รับการฝากครรภ์ จำนวนครั้งครบตามเกณฑ์

ดังนั้นผู้ป่วยเขตเมือง ชานเมือง สอ.จะจัดการบทบาท การดูแลก่อนคลอดที่เหมาะสม ได้อย่างไร ท่ามกลาง ปริมาณงานบริการสุขภาพอื่นที่รุ่มร่า เช่น โรคเรื้อรัง จนท. ในขณะที่ ทักษะการดูแลก่อนคลอดลดลงตามจำนวนบริการที่ ลดลง แต่ จนท. สอ.ก็ยังคงมีหน้าที่ ติดตามทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลง หรือ การรับบริการของผป.จากแหล่งบริการ อื่น (เป็นกติกางานของ ระดับจังหวัด)

ข้อเสนอ เพื่อ พัฒนาระบบติดตามคุณภาพ งานอนามัยแม่ และเด็ก

1. กำหนด ให้พัฒนาระบบข้อมูล บริการ ที่จำเป็น และ มีระบบหมุนเวียน ดิชม ข้อมูล เพื่อการปรับปรุงงาน ให้เหมาะสมกับรอบ หรือช่วงระยะเวลา
2. เนื่องจาก งานบริการฝากครรภ์ มักมีแนวโน้มสูงที่จะรับบริการ ในโรงพยาบาล จึงต้องอาศัยกลไก ที่จะยกระดับ คุณภาพ บริการในระดับบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เป็นที่ศรัทธา เชื่อถือ ของผู้รับบริการฝากครรภ์
3. กำหนดมาตรฐานการบริการฝากครรภ์และคลอด ตามหลักฐานทางวิชาการที่มีเพิ่มขึ้นใหม่

ภาคผนวก พื้นฐานประชากร สังคมและ การบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ

1 สภาพพื้นฐาน จังหวัดสงขลา และ อำเภอเมือง อ.ระโนด ในปี 2548

ประชากร มีประชากรขึ้นทะเบียน UC ในระดับจังหวัดสิ้นปี 2548 มากกว่า ปี 2547 ร้อยละ 2 จาก 987,575 รายเป็น 1,011,981 ราย อำเภอที่มีประชากร เพิ่มขึ้นในสัดส่วนร้อยละสูงสุด คือ อำเภอสะเดา ที่มีการขยายการค้าชายแดน เพิ่มร้อยละ 5

อ.เมืองสงขลา มีประเด็นประชากรเสี่ยง ประชากรด้อยโอกาส ชุมชนแออัด และ ชุมชนประมง มากกว่าเขตอำเภอระโนด

พื้นที่	จำนวน UCใน สิ้นปี 2548	ร้อยละการเพิ่มขึ้น ของ การขึ้นทะเบียน UC (จำนวนที่เพิ่มขึ้น)	สมมุติฐาน ของการเพิ่ม(หรือ ลด)ประชากร
จังหวัดสงขลา	1,011,981	2 (20,000)	ขยายตัวของเศรษฐกิจ การค้า การลงทุน อุตสาหกรรม ตามระดับ พื้นฐานของแต่ละแห่ง
รพ.สะเดา	54,602	5 (2,800)	
รพ.ปาดังเบซาร์	32,940	4 (1,300)	
รพ.นาทวี	56,351	4 (2,000)	
รพ.หาดใหญ่	249,371	4 (10,000)	
รพ.สงขลา	147,502	1 (1,700)	
รพ.ระโนด	59,242	-1 (- 800)	(ย้ายถิ่นออก)

ที่มา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาภาคใต้ มค.2549

อำเภอระโนด มีขนาดประชากร ที่มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 1 (ข้อมูลเปรียบเทียบ จำนวน การขึ้นทะเบียน UC สิ้นปี 2548 เทียบกับ ปี 2547 จาก 60082 ราย เหลือ 59242 ราย) ทำนองกันกับ เขตอำเภอกระแสดินธุ์ ที่อยู่ใกล้เคียงกัน ที่มีประชากร ลดลง ร้อยละ 3 จาก 13156 ราย เหลือ 12823 ราย มีการคลอคลดลง น่าจะมาจากการย้ายถิ่นออกไปหางานในเขตเมือง และการย้ายถิ่นเข้ามาใหม่มีน้อยกว่า

อำเภอเมืองสงขลา มีขนาดประชากร เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 มีการคลอคลอ เพิ่มขึ้น จำนวนบุคลากร โดยภาพรวมของอำเภอพบว่า มีมากกว่าเกณฑ์ แต่พบว่า ในระดับสถานีนอมาัย จะมีบุคลากรน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลที่ถูกเลือกให้มีผลงานดี คือ ตำบลหัวเขา มีผลงานดีเพียงบางด้าน คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ในขณะที่จำนวนเจ้าหน้าที่ เพียง 4 คน ต่อประชากรที่ต้องดูแลรับผิดชอบ 15000 คน เทียบกับ หน่วยบริการผลการดำเนินงานเกณฑ์ธรรมดา ได้เลือกสถานีนอมาัยควนหิน ตำบลพะวง (มี 3หน่วยบริการ ประชากร ประมาณ 15000 คน) มีเจ้าหน้าที่ 3 คน และ ลูกจ้างกรมอนามัย 1 คน มีประชากรรับผิดชอบดูแล 5000 คน

โดยรวมแล้ว ทั้ง 2 เครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ ยังมีการประสานงานทุกด้าน ระหว่าง รพ.กับ สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ และ สถานีอนามัย ยังไม่ราบรื่นนัก อาจจะมีพื้นฐานวัฒนธรรมองค์กร ไม่เหมือนกัน การแบ่งปัน งบประมาณ และการกระจายกำลังคนสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ ยังไม่ได้ง่าย ราบรื่นอย่างที่เคียดคาดหวัง

การประชุม คณะกรรมการบริหารเครือข่ายระดับอำเภอทั้ง 2 อำเภอ มีความสม่ำเสมอ ในระยะต้นของโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ เริ่มห่างออกไป และ สาระข้อตกลงการทำงาน ระหว่าง ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ก็ น้อยลง ตามไปด้วย และ การหมุนเวียน เกษียณอายุราชการของ สาธารณสุขอำเภอ ก็ทำให้ เริ่มต้นสร้างความเชื่อถือ วิทยุทัศน์ให้ตรงกัน

อัตรากำลังแพทย์ พยาบาล บริการปฐมภูมิ แนวโน้มในปี 2549 ดีขึ้นหมด ยกเว้นเขตขนาดใหญ่

ในปี 2549 มีการจัดสรรแพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน ในภาพรวมของทุกอำเภอ จะดีกว่า เดิมในปี 2548 อย่างน้อย มี 2 คน ในระดับรพ. ขนาดเล็ก ประชากร ระหว่าง 15000 คน และ 3 คน ในระดับ ประชากร 23000 คน ในอำเภอบางกล้า ซึ่ง จัดเป็นเขต พื้นที่โรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น

แพทย์ที่ดูแลให้บริการปฐมภูมิ ที่อัตรากำลังโดยรวมแล้ว ถือว่าน้อย น่าจะกลายเป็น เขตอำเภอขนาดใหญ่ ที่มี ประชากรเพิ่ม แต่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว มีน้อย และ ลดลง และเพิ่มได้ยากเนื่องจากมีรายได้ค่าตอบแทน ต่ำกว่า การปฏิบัติงานใน รพ. เขตชนเมือง พอสมควร แต่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขา เฉลี่ยเพียง อาจขาดแคลนใน บางสาขา มากเกินพอในบางสาขา

พยาบาลวิชาชีพ มีการย้ายจากเขตพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง เข้าเขตพื้นที่อำเภอขนาดใหญ่ มากขึ้น ส่วนใหญ่มีเหตุผล ของการศึกษาต่อของบุตร และครอบครัวเป็นหลักใหญ่

ส่วนของ โรงพยาบาลสงขลา มีสัดส่วนบุคลากร เกินกรอบมาแต่ต้นแล้ว ปัญหาขาดกำลังคนน่าจะไม่มีเกิดขึ้น

ผลงาน อนามัยแม่ และเด็ก เปรียบเทียบ ระหว่าง อำเภอเมือง กับ อำเภอระโนด ปีงบประมาณ 2548

	จังหวัดสงขลา	อำเภอเมือง	อำเภอระโนด
เด็กเกิดมีชีพ จากรายงานกิจกรรมสาธารณสุข	21124	4357	326
เด็กเกิดมีชีพ จากแบบรายงานความครอบคลุม การดำเนินงานแม่และเด็ก	11496	1085	533
ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม จากรายงานกิจกรรมสาธารณสุข (ไม่เกิน 7.5)	8.34	7.86	6.46
การคัดกรอง ธาลัสซีเมีย (ราย)	8560	1393	462
ร้อยละ หญิงมีครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อแรกฝากครรภ์ จากรายงานกิจกรรมสาธารณสุข	13.59	13.45	5.48

ที่มา จาก สรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดสงขลา ปี 2548 โดย งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

สังเกตได้ว่า ระบบข้อมูลที่เก็บ และรายงานกันต่อมา คุณภาพข้อมูล และ การตรวจสอบ ยังมีปัญหา เช่น กรณีของ เขต อ.เมืองสงขลา เด็กเกิดมีชีพ จากต่างที่มา ฐานข้อมูล มีจำนวนต่างกันมาก จึงต้องพัฒนาระบบข้อมูลที่ไม่ต้องอาศัย การรายงานจากพื้นที่บริการ ซึ่งมีความผิดพลาดคลาดเคลื่อนง่าย เสียเวลาตามตรวจสอบข้อมูล หลายคราว

เปรียบเทียบ แล้ว อาจจะอนุมานได้ว่า เขตพื้นที่ ระโนด มีผลลัพธ์ด้านการอนามัยแม่และเด็ก โดยรวมดีกว่า อ.เมืองสงขลา อธิบายได้ 2 เหตุ

1 ตัวระบบบริการปฐมภูมิเอง ของ อ.ระโนด จัดการได้ดีกว่า มีการให้บริการอย่างต่อเนื่องใกล้บ้าน ที่สถานีนามาย ในเครือข่าย

2 เหตุผลของความเป็นเมือง และการย้ายถิ่น ทำให้การจัดบริการปฐมภูมิที่ดี เข้าถึงแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ยากจน ด้อยโอกาส ในเขตเมือง ทำได้ยาก และ อ.เมืองสงขลา มีประชากรกลุ่มนี้ สัดส่วนมากกว่า

ข้อเสนอแนะต่อประเด็นนี้ คือ การทุ่มเทพลังปัญญา เพื่อช่วยแก้ไขปัญญา บริการปฐมภูมิในเขตเมืองที่แออัด มุ่งเป้าประชากรผู้ด้อยโอกาส ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มที่ใช้บริการฉุกเฉิน และโรคเรื้อรัง บ่อยครั้งในที่สุด

สภาพการจัดการระบบสุขภาพของจังหวัดสงขลา

มีนพ.สาธารณสุขจังหวัดสงขลา อยู่ต่อเนื่องในพื้นที่นาน ตั้งแต่ปี 2539 แต่มีการเปลี่ยนย้าย ของ นพ.ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชกรรม บ่อย ในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นความไม่ต่อเนื่องที่อาจจะเป็นจุดอ่อนบ้าง ส่วนจุดแข็ง คือ กลุ่มผู้อำนวยการ รพ.ชุมชน ขนาดใหญ่ จะมีความต่อเนื่องนาน และรักสามัคคีกันมาก ค่อยช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านการงบประมาณ และการจัดการให้กับกลุ่มรพ.ชุมชน ขนาดเล็ก ที่มักจะมีปัญหางบประมาณรายได้ต่ำ ใช้จ่ายสูง

มีกลุ่มแพทย์ผู้อำนวยการ รพ.ชุมชนหัวก้าวหน้า ที่ร่วมผลักดัน การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ นำร่องตั้งแต่ปี 2539 และยังคงอยู่ในพื้นที่ ไม่ได้เติบโตย้ายออก

อ.ระโนด มีจุดแข็งที่กำหนดวิธีการพัฒนา ให้เข้าสู่มาตรฐานที่ละสถานีนามาย ตามความจำเป็นด้านขนาดประชากร และ ภูมิศาสตร์การเดินทาง ทั้งปรับปรุงอาคารสถานที่และเพิ่มกำลังพยาบาลวิชาชีพ ให้ลงสู่สถานีนามาย ให้เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐาน ผอ.รพ.สามารถนำเสนอแนวคิด หรือเป็น คณะกรรมการ คณะทำงานพัฒนาระบบบริการต่างๆ ในระดับชาติ

ระบบ บริการปฐมภูมิ เขตพื้นที่ ต่างๆ ยังจัดสรรงบประมาณ เน้นในรูปแบบ กิจกรรมรายบุคคล

ที่ควรเป็นคือ ระบบบริการปฐมภูมิ ควรพัฒนาระบบจูงใจผู้ให้บริการ (payment incentive) แก่การจัดบริการที่ได้ผลลัพธ์สูง และ มีค่าใช้จ่ายที่ต่ำ นั่นคือ การส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็งพึ่งตนเอง นอกเหนือจากการจ่ายตามรายกิจกรรมบริการรายบุคคล บริการในสถานบริการ วิธีดังกล่าว ไม่เพียงพอให้ประชาชนเข้มแข็ง เชื่อมั่นตนเอง และดูแลสุขภาพตนเอง และทำให้มีเงินคงค้างบัญชีของระบบบริการ

ตัวอย่างแนวคิด เช่น การออกร่วมประชุมกับ ชุมชน ให้ลดต้นทุนค่าตอบแทนให้ คราวละ 200-400 บาท ต่อ 3-4 ชั่วโมง ในการทำงานในพื้นที่ ตามระดับวิชาชีพ และมีจำนวน ไม่เกิน 4 ครั้ง ต่อเดือน ต่อคน มีบันทึกรายงานผลส่ง เครือข่าย มีหนังสือรับรองจาก กลุ่มประชาชนที่ร่วมชุมนุม หรือ มีหนังสือเชิญเป็นหลักฐานให้แก่ เครือข่าย ค่าตอบแทน ส่วนนี้ ลื่นเปลี่ยนให้แก่เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่ ประมาณ 1 พัน ต่อคน ต่อเดือน แต่กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เข้าเป็นพันธมิตร กับ ชุมชนอย่างเป็นระบบ ชดเชย ค่าน้ำมัน เบิกจ่ายง่ายเป็นรายเดือน

ระบบดังกล่าว จะสร้างความสมดุล ในการพึ่งบริการสุขภาพในสถานบริการ กับ การสนับสนุนการพึ่งตนเอง ใน ระดับชุมชน และ จัดการเชิงระบบได้ดีกว่า การเขียนเสนอโครงการกับ บริการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน ที่จัดการใน ระดับจังหวัด และมักให้เขียนโครงการอย่างรีบด่วน จนไม่มีการเสนอโครงการกิจกรรมเพื่อเสริมพลังชุมชน (Empower community)

กองทุน PP อ.ระโนด จัดสรรตามข้อตกลง CUP ในปี 2548

- 40 %โครงการ ตามแผนงานสุขภาพของ ประชาคม
- 30 %จัดสรรตาม capitation
- 20 %จัดสรร ตาม รายกิจกรรมบริการ เน้นด้านการวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน
- 10 %จัดสรร ตามผลงานความครอบคลุมเป้าหมาย

กองทุน PP อ. เทพา จัดสรรตามข้อตกลง CUP ในปี 2548

- 50 % จัดสรร ตาม รายกิจกรรมบริการ เน้นด้านการวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน
- 20 % โครงการพิเศษ กิจกรรม รณรงค์
- 20 %จัดสรรตาม capitation
- 10 % การบริหารจัดการ

กองทุน PP เครือข่าย โรงพยาบาล สงขลา จัดสรรตามข้อตกลง CUP ในปี 2548

- 40 % ตาม fee for service ของบริการส่งเสริมป้องกัน ทั้งนอกและใน สถานบริการ
- 20 % จัดสรรตาม capitation
- 40 % เพื่อจัดสรร
 - 10 % จัดสรร ตามผลงานความครอบคลุมเป้าหมาย
 - 20 % โครงการ การรณรงค์พิเศษ
 - 10 % บริหารจัดการ

ตารางสรุป เปรียบเทียบ การจัดสรรเงินปี 2548 ของ กองทุนส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค facility base (P- P) ของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิต่างๆ ที่เคยเริ่มโครงการปฏิรูป ระบบสุขภาพจังหวัดสงขลาในปี 2540

หน่วย ร้อยละของเงินกองทุน PP facility base

	ระโนด	เทพา	สงขลา	หาดใหญ่	ข้อเสนอระดับจังหวัด ในปี 2549
ตามรายหัว capitation	30	20	20	20	20
ผลงาน รายกิจกรรม work load	20	40	40	40	40
แผนงาน โครงการ + การบริหารจัดการ	40+0	20+10	20+10	40+0	30
ตามผลงานที่บรรลุเป้าหมาย	10	10	10	0	10

ที่มา สรุปรายงานผลการดำเนินงาน นิเทศราชการประจำปี และ เอกสารรายงานภายใน รพ. ปี 2547-8

อัตรา การจัดสรรงบประมาณ ตามปริมาณสำหรับงานบริการ ส่งเสริมสุขภาพ ของ โรงพยาบาลสงขลา
ที่เปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้น

หน่วย บาท / ครั้ง

	ปี 2547	ปี 2548
EPI	20	50
ยาคุมกำเนิด	20	30
ยาฉีด	30	50
ห่วงอนามัย	300	300
เยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอดครบ 2 ครั้ง ตามเกณฑ์	100	200
ตรวจภายใน มารดา 6 สัปดาห์ หลังคลอด	150	150
ตรวจมะเร็งปากมดลูก	30	100
ANC รายใหม่	60	100
ANC รายเก่า	25	50
Home health care	50	100
คัดกรอง DM / HT	ไม่ได้มีกำหนด	50 หากพบ รายใหม่ 100

ที่มา รายงานสรุปผลการดำเนินงานของเครือข่าย รพ.สงขลา ปี 2547 และรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร
เครือข่าย บริการปฐมภูมิ รพ.สงขลา

2 การประเมิน ระบบ บริการ ของ พื้นที่

นโยบายและการสนับสนุนของจังหวัด หรือ CUP

ในระดับจังหวัดสงขลา ได้กระจายอำนาจ การบริหารจัดการ หรือ การพัฒนาระบบบริการให้กับ ระดับอำเภอ ไม่ได้เข้มงวด ขึ้นมา การจัดการเป็นพิเศษจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา แต่ดำเนินการ ตามกรอบการดำเนินงานของ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรับเปลี่ยน กฎเกณฑ์การบริหารจัดการ สิ่งที่เกิดขึ้นในปีล่าสุดของการดำเนินงานซึ่งดูไม่แตกต่างกันจากจังหวัดอื่นๆ คือ ความเข้มข้นของการจัดบริการ ตามเกณฑ์ที่พึงประสงค์ ลดลงจากในปีแรกๆของโครงการ เข้าใจว่ามีอุปสรรคของการเกลี่ยกระจาย ทรัพยากร จาก ระดับโรงพยาบาลสู่ บริการระดับปฐมภูมิ ทั้ง กำลังคน หรือ งบประมาณในการจูงใจ (payment incentive) บริการปฐมภูมิที่มีความสำคัญลำดับสูง ทั้งนี้สภาพการณ์ของแต่ละอำเภอมียุทธศาสตร์ของสภาพพื้นฐาน ไม่เหมือนกัน คงต้องใช้เวลา และ พลังปัญญาในการจัดการ

โดยรวม ภาพของระบบการดำเนินงาน และ การพัฒนาบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดสงขลา ที่ทำงานขับเคลื่อน ใน จังหวัดสงขลาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี 2540 ยุคของโครงการวิจัยปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ต่อเนื่องมาในยุคสมัยของ นโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ นพ.ธีรวัฒน์ กรศิลป์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระโนด นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์ สุกิจ ผู้อำนวยการ รพ.เทพา และ นพ.อมร รอดคล้าย หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.หาดใหญ่

มีการจัดสรรระบบ การเงินการคลัง ตามแนวทาง ของ สนง .หลักประกัน ฯ โดยมีหลักการหนึ่ง คือ การอุดหนุน หรือ สนับสนุน สถานีอนามัย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้เพียงพอ พื้นฐาน ในการดำเนินงาน โดยรวมหากไม่มีปัญหาฐานะการเงินของ รพ. หรือ เครือข่ายบริการระดับอำเภอ สถานีอนามัย จะได้รับการอุดหนุนพอ

บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จะเป็นฝ่ายที่ดำเนินการ ตามข้อตกลง บทบาท ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ต้องการ นอกเหนือจากบทบาท การติดตามนิเทศผลงาน และ บทบาทการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งโดยรวม จะดำเนินการตามเกณฑ์ของระบบคุณภาพหลัก ที่ สปสช. และ พรพ. มุ่งหวัง

เครือข่าย โรงพยาบาลสงขลา

CUP อ.เมืองสงขลา จัดเป็นเครือข่ายบริการที่มีบุคลากรมาก โดยเฉพาะในระดับ โรงพยาบาลสงขลา นอกจากนี้จากระยะเริ่มต้นโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จัดสรรงบประมาณลงพื้นที่อำเภอ เป็นก้อนรวมเงินเดือนปรากฏว่า รายได้น้อยกว่ารายจ่าย จนตกลงให้รับ ดูแลประชากร ตำบลหัวเขา จาก อำเภอสิงหนคร ที่มีเขตภูมิศาสตร์ติดชิดกัน จำนวนประมาณ 15000 คน ซึ่งลักษณะนี้ จะมีปัญหาเรื่องของ การจัดสรรบุคลากรจาก อ.เมืองสงขลาหรือบุคลากรของโรงพยาบาล ไปประจำเป็นทีมของ สถานีอนามัยหัวเขา เท่าที่ประจักษ์มาจากพื้นที่จังหวัดสงขลา หลายอำเภอ ยังประสบปัญหา การทำงานร่วมทีมอย่างเป็นประจำ ระหว่างทีมของ สถานีอนามัย กับ ทีมของ โรงพยาบาล ซึ่งมีวัฒนธรรมองค์กร และ แบบแผนการทำงาน การประเมินผล ไม่เหมือนกัน

กรณีของ อำเภอเมืองสงขลา ได้จัดสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพ จาก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อลงพื้นที่สถานีอนามัยสัปดาห์ละ 1 วัน ในการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เครือข่าย บริการ รพ.สงขลา ได้มุ่งทิศทาง วาง

ระบบจูงใจให้ สอ. ศสช. บริการโดยตรงให้มากขึ้น เห็นได้จากการเพิ่มค่าบริการตามรายครั้งในกิจกรรม ส่งเสริมป้องกันโรค และ จัดระบบบริการเบาหวาน ในสอ. ศสช. โดยการส่งพยาบาลวิชาชีพ ไปรักษาอย่างสม่ำเสมอ

นโยบายการกระจายบริการให้สะดวกแก่ผู้รับบริการ ได้เหมาะสม และ นโยบายการพัฒนาบทบาทความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย สนับสนุนให้ หน่วยบริการต่างๆ มีขีดความสามารถให้บริการขั้นพื้นฐานได้ใกล้เคียงกัน เช่น การรักษาความดันโลหิตสูง การรักษาเบาหวาน มีการอบรมมาตรฐานการรักษาให้กับหน่วยบริการได้พยายาม จัดสรร งบประมาณ เพิ่ม ในกิจกรรมรายบริการ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ให้จูงใจให้ผู้บริการในระดับสถานีนอมา้ย ดึงใจประชาชนให้มากขึ้น ส่งพยาบาลวิชาชีพของ รพ.ลงทุก สอ. ในทุกสัปดาห์แต่ ไม่เข้มงวด การจัดแพทย์ลง สอ.แล้วในปี 2548 รพ.ได้พยายามเพิ่ม PCU ของ รพ.ให้สะดวกกับผู้รับบริการเองด้วย มีจำนวน 3 แห่ง ในเขตเทศบาลนคร

การสนับสนุนทรัพยากร วิชาการ แก่หน่วยปฐมภูมิ ระยะต้นๆ ปี 45-46 รพ.สงขลา ได้สนับสนุนทางด้านวิชาการค่อนข้างมาก และลดน้อยลงในปี 47-48 การจัดการความรู้แบบชุมชนปฏิบัติถือว่ายังมีน้อยอยู่ในการจัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะ การทำงาน และวิชาการ ตลอดจน โครงการพัฒนา ต่างๆ ให้กับ เครือข่าย พอสมควร จากการสอบถามและติดตามสังเกตในพื้นที่ แต่ไม่ได้สรุปบันทึก ให้เห็นเป็นรูปธรรมในรายงานประจำปี ของเครือข่าย ในปีล่าสุด 2547

การจัดระบบติดตาม เชื่อมโยงการบริการ เนื่องจากเครือข่าย รพ.สงขลา มีฐานะทางการเงินที่จำกัด จึงมีเข้มข้น ของการติดตามผล ตรวจสอบผลงาน อย่างจริงจัง เพื่อจัดสรรงบประมาณให้กับ สอ.ในเครือข่าย แต่การติดตามระดับความสัมพันธภาพ ของ แม่ข่าย และ ลูกข่ายไม่ได้แน่นแฟ้นมาก คงมีวัฒนธรรมองค์กรที่ต่างกัน

บทบาทการนำ และ การสนับสนุน ทีมนำของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย มีการประชุมพบปะกันอย่างสม่ำเสมอจริง ๆ ถือเป็นจุดแข็งของเครือข่าย และจากสภาพที่งบประมาณมีจำกัด จึงทำงานกันอย่างโปร่งใส ชัดเจน และ ใช้พลังปัญญา พัฒนาระบบ แกนหลักเป็นบทบาทของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โดยคุณสุรีย์ เข้มมุศฤกษ์ ที่เป็นเลขานุการเครือข่าย

นโยบายของบริการในระดับหน่วยบริการ

เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

ศูนย์แพทย์ชุมชน เมือง รพ.สงขลา และ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลสงขลา

บริการ MCH ไม่มีนโยบาย ที่เจาะจง ผู้ปฏิบัติระดับพยาบาล เป็นของทีม งานเวชปฏิบัติครอบครัว สังกัด กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.สงขลา ต้องการให้มีสูติแพทย์หมุนเวียนมาให้บริการส่งต่อ ในวันให้บริการฝากครรภ์ วันพุธ วันศุกร์ แทนการต้องส่งต่อไปพบสูติแพทย์ที่ รพ.สงขลา ใหม่

บริการ DM ไม่มีนโยบาย ที่เจาะจงเช่นกัน การบริการคลินิก เป็นการจัดการบริการตามบทบาทของทีมศูนย์แพทย์ชุมชน สังกัด กับฝ่ายการพยาบาล รพ.สงขลา ที่จัดการบริการคลินิก มีการหมุนเวียนแพทย์ และจัดจ้างอายุรแพทย์แพทย์อาวุโสเกษียณอายุ มาให้บริการ แต่การจัดการบริการเชิงรุกในชุมชน เป็นบทบาทของทีม งานเวชปฏิบัติครอบครัว

ระดับศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย

บริการ MCH ไม่ได้มีนโยบายที่เจาะจงของหน่วยบริการ เป็นบริการตามระบบทั่วไป ปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนิน ตามแนวทางเป้าหมายของ กรมอนามัย ศูนย์อนามัย และ ระดับจังหวัด ปัญหาคือใกล้เขตเมือง การฝากครรภ์ นิยมไป รพ.สงขลา หรือคลินิกเอกชน เป็นหลัก ส่วนน้อยมากที่จะมาใช้บริการที่ สอ.

บริการ DM ไม่มีนโยบายที่เจาะจงจาก สอ.พะวง แต่กรณีของ สอ.หัวเขา พื้นที่อำเภอสิงหนครแต่เดินทางมา รพ.สงขลาสะดวกกว่า หัวหน้า สอ.หัวเขา มีนโยบายขออยู่กับเครือข่ายฯ รพ.สงขลา เพื่อให้ ฝากครรภ์ได้โดยตรง แต่หากต้องส่งกักเครือข่าย สิงหนคร ก็ต้องไปขอหนังสือส่งตัว ทางสอ.คิดว่าการรักษาเบาหวาน ที่ดี คือ การได้พบปรึกษากับอายุรแพทย์

เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอระโนด

โดยรวมมีวิสัยทัศน์ให้ บริการมีคุณภาพ เท่าเทียมกัน ในระดับบริการปฐมภูมิ เช่น PCU ของ รพ. กับ สถานีอนามัย โดยทาง รพ.ช่วยสนับสนุนให้ มุ่งหวังให้บริการดี ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และ มุ่งยกระดับบริการให้ได้ตามมาตรฐาน โดยเริ่มจากการจัดสรร จัดจ้าง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ให้ได้ตามเกณฑ์ 1 คน ต่อประชากร 1200 คน

ทาง เครือข่าย ระโนด สนับสนุนทางวิชาการและโอกาส ให้แก่ทาง หน่วยปฐมภูมิ และ มีการติดตามผลการดำเนินงาน อย่างเข้มข้น เช่น จัดทีมลงติดตามผลการดำเนินงาน ในระยะแรก แต่ต่อมาได้ยกเลิก ระบบนี้ เพราะใช้ทรัพยากรมาก (ในขณะที่ รพ.สงขลา ได้นำระบบนี้มาใช้ และยังคงพยายามติดตามผลงาน เพื่อนำไปใช้จัดสรร งบประมาณตามปริมาณการบริการ)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีอาคารสำนักงาน ติดชิดกับ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลทำให้เชื่อมต่อการพบปะประสานงานได้อย่างสะดวก คล่องตัว

นโยบายการกระจายบริการให้สะดวกแก่ผู้รับบริการ ได้เหมาะสม เครือข่าย บริการ อ.ระโนด โดย ผอ. รพ.เองให้ความสำคัญมุ่งมั่นกับสิ่งนี้

นโยบายการพัฒนาบทบาท ความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิ สนับสนุนให้ หน่วยบริการต่างๆ มีขีดความสามารถให้บริการขั้นพื้นฐานได้ใกล้เคียงกัน เช่น การรักษาความดันโลหิตสูง การรักษาเบาหวาน มีการอบรมมาตรฐานการรักษาให้กับหน่วยบริการ

การสนับสนุนทรัพยากร วิชาการ แก่หน่วยปฐมภูมิ มีทั้งการเชิญมาประชุม อบรม และ การลงไปช่วยจัดการเรียนรู้ในพื้นที่

การจัดระบบติดตาม เชื่อมโยงการบริการ ในระยะแรกที่เริ่มโครงการ 30 บาท ปี 2545-6 มีระบบติดตามผลงานของ สอ. / PCU แต่ต้องใช้กำลังคนและแรงกายมาก ในระยะหลังไม่ได้ติดตามผลงานโดยตรงจาก cup โดยงานติดตามนิเทศงาน เป็นบทบาทของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

บทบาทการนำ และ การสนับสนุน โดยรวมแล้ว ในระยะหลัง ปี 2548 เป็นต้นมา การนำเป็นการตัดสินใจของผู้อำนวยการ รพ. ระโนด โดยผอ. มีความสามารถเป็นที่ประจักษ์ ยอมรับของทุกฝ่าย ทำงานในพื้นที่ มา 22 ปี ตั้งแต่บรรจรับราชการครั้งแรก ที่ อ.ระโนด

PCU คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวตำบลระโนด

มีการนำ โดยคุณสุพร ยूरพันธ์ เป็นหัวหน้าศูนย์ ได้รับตำแหน่ง เลขานุการคณะกรรมการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.ระโนด มาประมาณ 1 ปี แทนคุณนพพร นิลรัตน์ ที่เติบโตเป็น สาธารณสุขอำเภอกระแสดินธุ์

การบูรณาการเป้าหมายบริการ(DM,MCH)กับงานขององค์กร ดำเนินตามเป้าหมายของจังหวัด

การกำหนดกลวิธีดำเนินงาน ให้บริการ ตามคู่มือ มาตรฐาน ที่ตกลงกันไว้ ทั้งงาน MCH และDM แต่ขณะนี้มีความวุ่นวายมากเกี่ยวกับงานเบาหวาน

การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามกำกับ สนับสนุน การเรียนรู้ อบรม และ การทดลองนวัตกรรมใหม่ๆ แต่การกำกับติดตามไม่อาจทำได้เต็มที่

ระดับศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย

บริการ MCH ไม่ได้มีนโยบายที่เจาะจงของหน่วยบริการ เป็นบริการตามระบบทั่วไป ปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนิน ตามแนวทางเป้าหมายของ กรมอนามัย ศูนย์อนามัย และ ระดับจังหวัด

ส่วนระดับ สอ. หากเข้าโครงการพัฒนางาน ก็ตื่นตัวกับเรื่องเบาหวาน ต่อเนื่อง เช่นสอ. บ่อตรุ หากไม่ได้เข้าร่วมโครงการ เช่น สอ. ตระเคียวะ ก็ไม่ได้มีนโยบายพิเศษอะไร

3.) การเชื่อมโยงบริการกับชุมชน

โดยรวมแล้ว มีการเชื่อมโยงกับชุมชนแนวทางเดียวกัน ทั้งของเครือข่าย ระโนดและ รพ.สงขลา มีการทำงานกับชุมชน มาต่อเนื่อง ร่วมกิจกรรมกับชุมชน เป็นพันธมิตรกัน ตลอดจน ติดต่อขอรับการสนับสนุน การทำงาน จากองค์กรปกครองท้องถิ่น

กรณี เครือข่าย รพ.ระโนด มีลักษณะพิเศษ เน้นการร่วมลงพบบปะชุมชนในการทำแผนสุขภาพของชุมชน ตามนโยบายของผอ. ตลอดจนในปี งบประมาณ 2549 ได้ทดลองจัด คาราวานสุขภาพ ให้การเรียนรู้เพื่อสร้างสุขภาพ โดยไม่มีกิจกรรมการรักษาพยาบาลเลย คิดว่า ได้รับความสำเร็จพอสมควร และปัจจุบันได้รับการชักชวนให้จัดคาราวานสุขภาพ พร้อมกับ คาราวานแก้จน ของอำเภอ จากเดิมที่ต่างหน่วยงาน จัดกันคนละคราว

การเชื่อมทรัพยากร มีการทำงานร่วมกันจากทีมของโรงพยาบาลและทีมของสาธารณสุขอำเภอ

การสร้างพันธมิตร มีการดำเนินการตามระบบทั่วไป ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย หรือยุทธศาสตร์สำคัญ

การสร้างแผนเฉพาะของพื้นที่ มีการเน้นทำประชาคมและพัฒนาแผนสุขภาพ ทั้งอำเภอระโนด

รายงานผลการศึกษาโครงการพัฒนาระบบติดตามประเมินผล
ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทที่หลากหลายของประเทศไทย
(จังหวัดยะลา): งานเบาหวาน : งานอนามัยแม่และเด็ก

โครงการพัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทที่หลากหลายของ ประเทศไทย เขตพื้นที่ จังหวัดยะลา

คำนำ

ประวัติจังหวัดโดยสังเขป “ ได้สุดสยาม เมืองงามชายแดน ” เป็นคำขวัญของจังหวัดยะลาในปัจจุบัน แต่เดิมยะลาเป็นเมืองซึ่งตั้งในสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย (รัชกาลที่ 2) ขึ้นกับมณฑลนครศรีธรรมราช ต่อมาถึงรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 4) ได้โปรดเกล้า ฯ ให้แยกเมืองยะลาออกจากมณฑลนครศรีธรรมราช มาขึ้นกับมณฑลปัตตานีจนกระทั่งถึงรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 7) ได้ประกาศยุบทิ้งที่บางมณฑล ซึ่งรวมทั้งมณฑลปัตตานีด้วย เมืองยะลาก็ได้แยกจากมณฑลปัตตานีด้วยและยกฐานะเป็นจังหวัดยะลาเมื่อปี 2476 คำว่า “ ยะลา ” มาจากภาษาพื้นเมืองเดิมว่า “ ยะลอ ” ซึ่งแปลว่า “ แห ” เพราะสถานที่ตั้งเมืองเดิม คือ บ้านยะลอ (ตำบลยะลาในปัจจุบัน) ต่อมาได้มีการย้ายมาตั้งเมืองใหม่หลายครั้งในที่สุดมาตั้งที่บ้านนิบตำบลสะเตง ตราบเท่าทุกวันนี้ จังหวัดยะลา แบ่งเขตการปกครองเป็น 7 อำเภอ และ 1 กิ่งอำเภอประกอบด้วย อำเภอเมืองยะลา อำเภอรามัน อำเภอเยหา อำเภอบันนังสตา อำเภอธารโต อำเภอเบตง อำเภอกาบัง และกิ่งอำเภอกงปิ่น โดยมีลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศ ดังนี้ ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นป่าเขา มีภูเขาเตี้ย ๆ ชับซ้อนมากมาย พื้นที่ราบมีน้อย ทาง ตอนเหนือส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การทำนา ตอนใต้เป็นป่าเขาและภูเขาสูงปกคลุมด้วยป่าไม้ สภาพอากาศค่อนข้างชุ่มชื้นอบอุ่นในเวลากลางวัน อากาศเย็นสบายในเวลากลางคืน บางอำเภอมีหมอกปกคลุมหนาแน่นในช่วงเช้า และกลางคืน จะมีฝนตกชุกประมาณ 6 เดือน ใน 1 ปี ฝนตกมากที่สุดในเดือนพฤศจิกายน และไม่มีอาณาเขตส่วนใดที่ติดต่อกับทะเล โดยมีเทือกเขาและแม่น้ำที่สำคัญ ดังนี้

1.เทือกเขาสันกาลาคีรี เริ่มต้นจากอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ผ่านอำเภอเยหา อำเภอบันนังสตา อำเภอธารโต และอำเภอเบตง จังหวัดยะลา เป็นสันเขาแนวยาวกั้นระหว่างพรมแดนไทย - มาเลเซีย

2.ภูเขาปิไล อยู่ระหว่างตำบลนุดี ตำบลบันนังสตา และตำบลกงปิ่น จังหวัดยะลา

3.แม่น้ำปัตตานี มีต้นกำเนิดจากภูเขาในอำเภอเบตง ไหลผ่านอำเภอธารโต อำเภอบันนังสตา และ อำเภอเมืองยะลา ไหลผ่านอำเภอเยริง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ลงสู่ทะเลที่ปากน้ำอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี มีความยาวประมาณ 190 กิโลเมตร บริเวณที่แม่น้ำปัตตานีไหลผ่านอำเภอเบตง อำเภอธารโต และอำเภอบันนังสตา เป็นที่ลุ่มระหว่างภูเขา การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ได้ก่อสร้างเขื่อนที่บ้านบางกลาง ตำบลบาเจาะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา โดยมีชื่อว่า “ เขื่อนบางลาง ”

4.แม่น้ำสายบุรี มีต้นกำเนิดจากเทือกเขาสันกาลาคีรี ซึ่งกั้นระหว่างพรมแดนประเทศไทย - มาเลเซีย ไหลผ่านอำเภอวิเศษ จังหวัดนราธิวาส ผ่านอำเภอรามัน จังหวัดยะลา ลงสู่อ่าวไทยที่อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

จังหวัดยะลา เป็นจังหวัดที่อยู่ใต้สุดของประเทศไทย อยู่ระหว่างเส้นรุ้งที่ 5 - 7 องศาเหนือ และเส้นแวงที่ 100 - 102 องศาตะวันออก มีพื้นที่ประมาณ 4,521.078 ตร.กม. หรือ ประมาณ 2.8 ล้านไร่ คิดเป็นร้อยละ 6.4 ของพื้นที่ภาคใต้ อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร ทางรถไฟสายใต้ 1,039 กิโลเมตร และตามถนนเพชรเกษมสายเก่า 1,395 กิโลเมตร หรือสายใหม่ 1,084 กิโลเมตร

มีโรงพยาบาลยะลา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ และมีโรงพยาบาลชุมชน แต่ละอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลโรงพยาบาลเบตง โรงพยาบาลรามัน โรงพยาบาลยะหา โรงพยาบาลบันนังสตา และโรงพยาบาลธารโต มีสถานีนอนามัยและPCU จำนวน 83 แห่ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนสถานีนอนามัย/PCU จำแนกรายอำเภอ จังหวัดยะลา 2548

ลำดับที่	อำเภอ	จำนวนสถานีนอนามัย	จำนวน PCU	รวม
1	เมืองยะลา	17	2 (PCUตลาดเก่า, PCUบ้านสะเตง)	19
2	เบตง	9	1 (PCU กม. 3)	10
3	รามัน	16	-	16
4	ยะหา	10	-	10
5	บันนังสตา	10	-	10
6	ธารโต	9	-	9
7	กาบัง	4	-	4
8	กรงปินัง	5	-	5
รวม		80	3	83

วิธีการศึกษาและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. วิธีการศึกษา

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบงานเบาหวานและงานแม่และเด็ก ทีมวิจัยใช้กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ประกอบกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ การสัมภาษณ์ผู้รับบริการ การสังเกต การศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ ร่วมกับการตรวจร่างกาย

การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ : เป็นการสัมภาษณ์ผู้บริหาร CUP, PCU และผู้ให้บริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ผู้ให้บริการในสถานีนอนามัย และ PCU (เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมวิจัย)

การสัมภาษณ์ผู้รับบริการ : เป็นการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ตามแบบสอบถาม ประมาณรายละ 15-30 นาที โดยขั้นต้นทีมวิจัยซักซ้อมทำความเข้าใจในแบบสอบถามระหว่างทีมผู้ช่วยวิจัย ก่อนการนำเครื่องมือไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง (เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพ)

การสังเกต : เป็นการติดตามสังเกตกระบวนการให้บริการของผู้ให้บริการในแต่ละขั้นตอน โดยการติดตามสังเกตผู้รับบริการอย่างใกล้ชิดประมาณ 2-3 ราย ตั้งแต่เริ่มต้นรับบริการจนสิ้นสุดการได้รับบริการ (สังเกตโดยทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการซักซ้อมทำความเข้าใจในการรายละเอียดของการสังเกต และสิ่งที่ต้องสังเกต)

การศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง : เป็นการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกของงานเบาหวาน และทบทวนการบันทึกเกี่ยวกับการดูแลแม่และเด็ก (ศึกษาโดยทีมวิจัย และพยาบาลวิชาชีพ)

เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ ร่วมกับการตรวจร่างกาย : สำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ ร่วมกับการตรวจเท้า โดยส่งตัวอย่างเลือดตรวจที่กรุงเทพ และส่งผลให้สถานบริการทราบเพื่อแจ้งผู้ป่วยต่อไป (เก็บโดย พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ)

2. กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูล ในการศึกษาเกี่ยวกับ งานดูแลปัญหาเบาหวาน ได้ดำเนินการประสานกับผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน และงานแม่และเด็กในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการ รวมถึงขอความร่วมมือในการเป็นตัวแทนของภาพรวมของอำเภอ สำหรับจังหวัดยะลา มีพื้นที่ที่เป็นแหล่งเก็บรวมข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวาน ดังนี้ อำเภอเมือง ศึกษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยะลา สถานีอนามัยบูดี สถานีอนามัยบูโรง และPCU ตลาดเก่า เกี่ยวกับงานแม่และเด็ก ศึกษาที่สถานีอนามัยบูดี สถานีอนามัยบูโรง และPCU ตลาดเก่า อำเภอรามันศึกษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลรามัน สถานีอนามัยโกตาบารู และ สถานีอนามัยเกีรอก เกี่ยวกับงานแม่และเด็ก ศึกษาที่สถานีอนามัยโกตาบารู และสถานีอนามัยเกีรอก จำนวนผู้รับบริการในพื้นที่ที่ทำการศึกษาแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ดังแสดงในตารางที่ 2,3

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จากพื้นที่ อำเภอรามัน และอำเภอเมืองยะลา

อำเภอ	หน่วยบริการ	จำนวนราย ที่ได้รับการ ตรวจเลือด	จำนวนราย ที่ หาทพบ ตามเยี่ยม สัมภาษณ์ได้	หมายเหตุ
เมือง	คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล ยะลา	91	64	
	สถานีอนามัยบูดี	40	40	
	สถานีอนามัยบูโรง	15	17	
	PCU ตลาดเก่า	36	39	
	รวม	182	160	
รามัน	คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล รามัน	120	120	
	สถานีอนามัยโกตาบารู	40	34	
	สถานีอนามัยเกีรอก	40	40	
	รวม	200	194	

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างแม่และเด็ก จากพื้นที่ อำเภอรามัน และอำเภอเมืองยะลา

อำเภอ	หน่วยบริการ	จำนวนรายชื่อ (ที่คาดว่าจะมีจริง)	จำนวนที่ หาทพบ ตามเยี่ยม สัมภาษณ์ได้	จำนวน review chart
เมือง	สถานีอนามัยบูดี	40	40	40
	สถานีอนามัยบูโรง	40	40	40
	PCU ตลาดเก่า	40	40	40
	รวม	120	120	120

รามัน	สถานีอนามัยโกตาบารู	40	40	40
	สถานีอนามัยเก๊ะรอ	40	40	40
	รวม	80	80	80

บริบท จังหวัด พื้นที่

มีอาณาเขตติดต่อ ทิศเหนือ ติดต่อกับ จังหวัดสงขลาและจังหวัดปัตตานี ทิศใต้ ติดต่อกับรัฐเปรัก ประเทศมาเลเซีย ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดนราธิวาส และรัฐเปรัก ประเทศมาเลเซีย ทิศตะวันตก ติดต่อกับ จังหวัดสงขลา และรัฐเคดาห์ ประเทศมาเลเซีย มีอำเภอ จำนวน 7 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอเบตง อำเภอรามัน อำเภอยะหา อำเภอบันนังสตา อำเภอธารโต อำเภอกาบัง และกิ่งอำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลามีพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดปัตตานีและจังหวัดนราธิวาส สำหรับพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พื้นที่อำเภอเมืองและอำเภอรามัน มีจำนวน 58 ตำบล 365 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 107,416 หลังคาเรือน จังหวัดยะลามีประชากรอยู่อาศัยเป็นจำนวน 456,621 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2545 : ศูนย์ประมวลผลภาค 9) โดยมีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1 : 1.01 ความหนาแน่นของประชากร เท่ากับ 101 คน ต่อ ตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามคิดเป็นร้อยละ 63 รองลงมานับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 36 และศาสนาอื่น ๆ ร้อยละ 1

อาชีพและรายได้ประชาชน ส่วนใหญ่ร้อยละ 71 ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม อันได้แก่ ทำสวนยางพารา และสวนผลไม้ ๆ ที่มีชื่อเสียง คือ ลองกองและทุเรียน และอีกร้อยละ 29 ประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น การทำเหมืองแร่ ค้าขาย รับราชการ เป็นต้น รายได้ของประชากรเฉลี่ยต่อคนต่อปี 43,975 บาท เป็นลำดับที่ 11 ของภาคใต้ และเป็นลำดับที่ 31 ของประเทศไทย มูลค่ารวมผลิตภัณฑ์จังหวัด (GPP) รวมทั้งสิ้น 17,546 ล้านบาท การศึกษา มีการจัดการศึกษาสายสามัญทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน นอกจากนี้ยังมีโรงเรียนมัธยมอีกประเภทหนึ่งคือโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (มีทั้งการสอนศาสนาอย่างเดียวและสอน ศาสนาควบคู่กับวิชาสามัญ) การสื่อสาร ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ใช้ภาษามลายูเป็นภาษาพูดในชีวิตประจำวัน

ตารางที่ 4 แสดงระบบบริการด้านเบาหวานของ CUP อำเภอเมืองยะลา และเครือข่าย

ประเด็นข้อมูล	Setting ระดับ CUP
ระบบงาน	ที่คลินิกเบาหวาน รพ. ยะลา และ PCU ตลาดเก่า มีแพทย์เป็นผู้ตรวจรักษา และส่งจ่ายยา มีพยาบาลวิชาชีพในการช่วยตรวจ และตรวจคัดกรอง ให้สุขศึกษาร่วมกับ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และจิตแพทย์กรณีผู้ป่วยมีปัญหาความเครียด หรือปัญหาทางจิตร่วมด้วย ที่หน่วยบริการ สถานีอนามัย มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแลตาม CPG และจ่ายยา รวมถึงการคัดกรองประเมินความเสี่ยง ให้สุขศึกษาและติดตามเยี่ยมบ้าน
ระบบสนับสนุน	CUP รพ. ยะลาให้การสนับสนุน ยา และเวชภัณฑ์ ให้เป็นการระดมทุนของเครือข่ายหน่วยบริการ โดยให้กำหนดแผนปฏิบัติการเสนอ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในการฝึกอบรม
จุดบริการ	รพ. ยะลามีบริการคลินิกเบาหวานเปิดให้บริการในความรับผิดชอบของแผนกผู้ป่วยนอก มีแพทย์อายุรกรรมเป็นหัวหน้างาน มีพยาบาลวิชาชีพประจำ เปิดให้บริการทุกวันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 09.00-12.00 น. จำนวน 3 รอบ/ครั้ง รวม

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ประเด็นข้อมูล	Setting ระดับ CUP
	ร่วมกับผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ โดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลยะลาหมุนเวียนมาให้บริการตรวจรักษาทุกวัน ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาที่ PCU ตลอดเวลาได้เลย รวมทั้งได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การเก็บ Lab ส่งตรวจ เก็บโดยพยาบาลวิชาชีพ และส่งตรวจที่โรงพยาบาลยะลา สถานีนามันบูดี และนุโรง ไม่มีคลินิกเบาหวานเฉพาะให้บริการเบาหวานร่วมกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ และผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวาน 4 ครั้ง/เดือน PCU ตลอดเวลา การจัดให้บริการเบาหวานไม่มีคลินิกเฉพาะ ให้การตรวจรักษา
ระบบข้อมูล	รพ. ยะลา การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมีการบันทึกลงใน OPD Card และบันทึกลงคอมพิวเตอร์ต่อไป เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หมวดหมู่ข้อมูลต่อไป PCU ตลอดเวลา มีการบันทึกข้อมูลการตรวจรักษา และการดูแลสุขภาพลงใน OPD Card ไม่ได้บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถานีนามันบูดี และนุโรง มีการบันทึกข้อมูลการตรวจรักษา และการดูแลสุขภาพลงใน Family folder และมีการบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์
ทีมผู้ให้บริการ	รพ.ยะลา มีอายุรแพทย์เป็นหัวหน้าคลินิกเบาหวาน และให้การตรวจรักษา ร่วมกับสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น PCU ตลอดเวลา มีแพทย์จากโรงพยาบาลยะลาหมุนเวียน มาเป็นผู้ตรวจรักษา ร่วมกับการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ สถานีนามันบูดี และนุโรง มีพยาบาลวิชาชีพ ร่วมกับพยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้การดูแล
สภาพพื้นฐาน	
BMI เส้นรอบเอว	ร้อยละ 20.1 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง ในเขตอำเภอเมืองยะลา ที่ป่วยด้วยเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 ซม. และร้อยละ 79.9 มีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม. และร้อยละ 37.5 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 ซม. และร้อยละ 62.5 มี

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ประเด็นข้อมูล	Setting ระดับ CUP
	เส้นรอบเอวมมากกว่า 80 ซม. ร้อยละ 63.6 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย ในเขตอำเภอเมืองยะลา ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. และร้อยละ 36.4 มีเส้นรอบเอวมมากกว่า 90 ซม. และร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. และร้อยละ 25 มีเส้นรอบเอวมมากกว่า 90 ซม.
คลินิก	
Hba1c < 5 ปี	ร้อยละ 42.1 ของผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอเมืองยะลาที่เป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี มีผล Hb A1C อยู่ในระดับดี ร้อยละ 17.5 มีผล Hb A1C อยู่ในระดับปานกลาง โดยมี ผู้ป่วย ร้อยละ 40.4 ที่มีความสามารถในมีผล Hb A1C อยู่ในระดับไม่ดี
Hba1c > 5 ปี	ร้อยละ 14.3 ของผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอเมืองยะลาที่เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี มีผล Hb A1C อยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.6 มีผล Hb A1C อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีผู้ป่วย ร้อยละ 57.1 ที่มีความสามารถในมีผล Hb A1C อยู่ในระดับไม่ดี
Cholestaol	ร้อยละ 32.4 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง ในเขตอำเภอเมืองยะลา ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับดี และร้อยละ 41.2 มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีร้อยละ 26.5 ที่มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับไม่ดี และร้อยละ 42.9 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับดี และร้อยละ 28.6 มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับปานกลาง และระดับ Cholestaol อยู่ในระดับไม่ดี. ร้อยละ 30.4 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย ในเขตอำเภอเมืองยะลา ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับดี และร้อยละ 47.8 มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีร้อยละ 21.7 ที่มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับไม่ดี และร้อยละ 42.9 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับดี และร้อยละ 57.1 มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่พบผู้ป่วยเพศชายที่มีระดับ Cholestaol อยู่ในระดับไม่ดี
LDL	ร้อยละ 41.2ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง ในเขตอำเภอเมืองยะลา ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีระดับ LDL อยู่ในระดับดี และร้อยละ 58.8 มีระดับ

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ประเด็นข้อมูล	Setting ระดับ CUP
	LDL อยู่ในระดับปานกลาง โดยไม่พบผู้ป่วยเพศหญิงที่มีระดับ LDL อยู่ในระดับไม่ดี และร้อยละ 28.6 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีระดับ LDL อยู่ในระดับดี และร้อยละ 42.9 มีระดับ LDL อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 28.6 มีระดับ LDL อยู่ในระดับไม่ดี. ร้อยละ 43.5 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย ในเขตอำเภอเมืองยะลา ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีระดับ LDL อยู่ในระดับดี และร้อยละ 34.8 มีระดับ LDL อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีร้อยละ 21.7 ที่มีระดับ LDL อยู่ในระดับไม่ดี และร้อยละ 71.4 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีระดับ LDL อยู่ในระดับดี และร้อยละ 28.6 มีระดับ LDL อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่พบผู้ป่วยเพศชายที่มีระดับ LDL อยู่ในระดับไม่ดี.
ความรู้ การปฏิบัติ	
ความรู้	ส่วนใหญ่ ของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมืองยะลา มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีมาก รองลงมา มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
การปฏิบัติ	ส่วนใหญ่ ของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมืองยะลา มีความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีมาก รองลงมา มีความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 5 แสดงระบบบริการด้านเบาหวานของ CUP อำเภอรามัน และเครือข่าย

ประเด็นข้อมูล	Setting ระดับ CUP
ระบบงาน	ที่คลินิกเบาหวาน รพ. รามัน มีแพทย์เป็นผู้ตรวจรักษา และส่งจ่ายยา มีพยาบาลวิชาชีพในการช่วยตรวจ และตรวจคัดกรอง ให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมกับ เกสเซอร์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และจิตแพทย์กรณีผู้ป่วยมีปัญหาความเครียด หรือปัญหาทางจิตร่วมด้วย ที่หน่วยบริการ สถานีอนามัย จะมีทีมจากคลินิกเบาหวาน รพ. รามัน มาใช้สถานที่ในการตรวจรักษา สำหรับพยาบาลของสถานีอนามัยเองซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำหน้าที่เฉพาะการให้สุขศึกษาและติดตามเยี่ยมบ้าน เท่านั้น
ระบบสนับสนุน	CUP รพ. รามันให้การสนับสนุน ยา และเวชภัณฑ์ ให้เป็นภาระต้นทุนของเครือข่ายหน่วยบริการ โดยให้กำหนดแผนปฏิบัติการเสนอ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในการฝึกอบรม
จุดบริการ	รพ. รามัน มีบริการคลินิกเบาหวานเปิดให้บริการในความรับผิดชอบของแผนกผู้ป่วยนอก มีแพทย์เป็นหัวหน้างาน และทำการตรวจรักษา รวมทั้งมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมอยู่ประจำคลินิก เปิดให้บริการทุกวันอังคารและวันพุธของสัปดาห์ สัปดาห์วันสัปดาห์ ตั้งแต่เวลา 09.00-12.00 โดยสลับพื้นที่ในการตรวจรักษาระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัยโก

	ตาบารู (Mobile Clinic)
ระบบข้อมูล	รพ. รามัน การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมีการบันทึกลงใน OPD Card แต่ยังไม่ได้นำบันทึกลงคอมพิวเตอร์ สถานีอนามัยโกตาบารู และเกาะรอ มีการบันทึกข้อมูลการตรวจรักษา จากแพทย์ รพ. รามัน และการดูแลสุขภาพลงใน OPD Card และ Family folder แต่ยังไม่ได้นำบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์
ทีมผู้ให้บริการ	รพ.รามันมีแพทย์เป็นหัวหน้าคลินิกเบาหวาน และให้การตรวจรักษา ร่วมกับสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น สถานีอนามัยโกตาบารู และเกาะรอ มีแพทย์จากคลินิกเบาหวาน รพ. รามัน ให้การตรวจรักษา ร่วมกับสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น
BMI เส้นรอบเอว	ร้อยละ 44.9 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง ในเขตอำเภอรามัน ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 ซม. และร้อยละ 55.1 มีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม. และร้อยละ 48 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 ซม. และร้อยละ 52 มีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม. ร้อยละ 47.4 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย ในเขตอำเภอรามัน ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. และร้อยละ 52.6 มีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม. และร้อยละ 25 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. และร้อยละ 75 มีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม.
คลินิก	
Hba1c < 5 ปี	ร้อยละ 50.4 ของผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอรามัน ที่เป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี มีผล Hb A1C อยู่ในระดับดี ร้อยละ 17.6 มีผล Hb A1C อยู่ในระดับปานกลาง โดยมี ผู้ป่วย ร้อยละ 31.9 ที่มีความสามารถในการมีผล Hb A1C อยู่ในระดับไม่ดี
Hba1c > 5 ปี	ร้อยละ 38.3 ของผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอรามัน ที่เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี มีผล Hb A1C อยู่ในระดับดี ร้อยละ 27.7 มีผล Hb A1C อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีผู้ป่วย ร้อยละ 34 ที่มีความสามารถในการมีผล Hb A1C อยู่ในระดับไม่ดี
Cholesteraal	ร้อยละ 44.3 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง ในเขตอำเภอรามัน ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีระดับ Cholesteraal อยู่ในระดับดี และร้อยละ 43 มีระดับ Cholesteraal อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีร้อยละ 12.7 ที่มีระดับ Cholesteraal อยู่ในระดับไม่ดี และร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีระดับ Cholesteraal อยู่ในระดับดี และร้อยละ 44 มีระดับ Cholesteraal อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 16 มี

	ระดับ Cholesteral อยู่ในระดับไม่ดี. ร้อยละ 35.9 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย ในเขตอำเภอรามัน ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีระดับ Cholesteral อยู่ในระดับดี และร้อยละ 38.5 มีระดับ Cholesteral อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีร้อยละ 25.6 ที่มีระดับ
	Cholesteral อยู่ในระดับไม่ดี และร้อยละ 45.5 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีระดับ Cholesteral อยู่ในระดับดี และร้อยละ 40.9 มีระดับ Cholesteral อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 13.6 มีระดับ Cholesteral อยู่ในระดับไม่ดี
LDL	ร้อยละ 50.6 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง ในเขตอำเภอรามัน ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีระดับ LDL อยู่ในระดับดี และร้อยละ 45.6 มีระดับ LDL อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าร้อยละ 3.8 มีระดับ LDL อยู่ในระดับไม่ดี และร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีระดับ LDL อยู่ในระดับดี ร้อยละ 56 มีระดับ LDL อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 4 มีระดับ LDL อยู่ในระดับไม่ดี. ร้อยละ 43.6 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย ในเขตอำเภอรามัน ที่ป่วยด้วยเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี มีระดับ LDL อยู่ในระดับดี และร้อยละ 43.6 มีระดับ LDL อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีร้อยละ 12.8 ที่มีระดับ LDL อยู่ในระดับไม่ดี และร้อยละ 40.9 ของผู้ป่วยเบาหวานเพศชายที่ป่วยด้วยเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มีระดับ LDL อยู่ในระดับดี และร้อยละ 50 มีระดับ LDL อยู่ในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 9.1 มีระดับ LDL อยู่ในระดับไม่ดี.
ความรู้ การปฏิบัติ	
ความรู้	ส่วนใหญ่ ของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอรามัน มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีมาก รองลงมา มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง
การปฏิบัติ	ส่วนใหญ่ ของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอรามัน มีความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีมาก รองลงมา มีความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 แสดงระบบบริการแม่และเด็ก CUP อำเภอเมืองยะลา และเครือข่าย

ผลลัพธ์ของ MCH	Setting ระดับ CUP
สัดส่วนการฝากครรภ์ที่ PCU	พบว่าร้อยละ 22.6 จะฝากครรภ์ที่ PCU หรือสถานีนานามัย ทั้ง 4 ไตรมาส โดย ร้อยละ 69.7 ไม่ได้ฝากครรภ์กับ PCU หรือสถานีนานามัยทุกไตรมาส
Teenage	พบว่า มี มารดาร้อยละ 23.8 ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี
การไม่ ANC / ANC น้อยกว่า 4 ครั้ง	พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.3 มีการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ มีเพียงร้อยละ 0.8 ที่ไม่ได้ฝากครรภ์
LBW	พบว่าส่วนใหญ่ของทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 43.3
ความรู้ ความพร้อม ของแม่ score รวมแต่ละด้าน	
ความพึงพอใจ ด้านคน ข้อมูล ผลลัพธ์การรักษา	
การตาย	พบว่ามีการตายของมารดาจากการคลอด ร้อยละ 0.1 และทารกตายคลอด ร้อยละ 0.2

ตารางที่ 7 แสดงระบบ ANC ของเขตอำเภอเมืองยะลา และเครือข่าย

ระบบ ANC	Setting ระดับ CUP
ระบบสนับสนุน	มีการจัดฝึกอบรม ทบทวนความรู้และมาตรฐานงานบริการฝากครรภ์ รวมถึงการติดตามนิเทศ เป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ PCU และสถานีนานามัยในทุกเดือน โดย MCH Board
จุดบริการ	บริการฝากครรภ์โดยหลักที่สถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ รพ.ยะลา PCU ตลาดเก่า และสถานีนานามัยทุกแห่ง มีหญิงตั้งครรภ์บางส่วนที่รับการ ANC ที่ รพ. เอกชน หรือ คลินิก
ผู้ให้บริการ	ผู้ให้บริการหลัก ใน PCU หรือสถานีนานามัย คือ ทีมพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ และผ่านการฝึกอบรมมาเสมอ กรณี ANC ที่โรงพยาบาลยะลา จะมีผู้ให้บริการ มีหลายระดับ ได้แก่ สูติแพทย์ แพทย์ใช้ทุน หมุนเวียนพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฝากครรภ์ นักศึกษาพยาบาล หมุนเวียน ภายใต้การกำกับดูแล

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ระบบ ANC	Setting ระดับ CUP
การดูภาพรวม	ในการให้บริการ ANC ที่สถานบริการ จะเป็นการดูแลโดยทีม และมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็นรายบุคคล โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
การเชื่อมโยงบริการ	การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ กับ รพ. มีเวชกรรมสังคม รพ. เป็นผู้ประสานงานด้วยระบบการส่งต่อข้อมูลการคลอด เพื่อเยี่ยมติดตาม
ข้อมูล	มีการบันทึกข้อมูลการรับบริการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ และเป็นระบบสามารถติดตามข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว
ปัญหาระบบข้อมูล ผ่าน review chart	การบันทึกข้อมูลส่วนใหญ่มีความครบถ้วน แต่ยังคงมีบางรายที่ขาดการบันทึกการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย และการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 8 แสดงระบบบริการแม่และเด็ก CUP อำเภอรามัน และเครือข่าย

ผลลัพธ์ของ MCH	Setting ระดับ CUP
สัดส่วนการฝากครรภ์ที่ PCU	พบว่าส่วนใหญ่จะฝากครรภ์ที่สถานอนามัย ทั้ง 4 ไตรมาส คิดเป็นร้อยละ 55 และร้อยละ 42 ไม่ได้ฝากครรภ์สถานอนามัยทุกไตรมาส
Teenage	พบว่า มีมารดาร้อยละ 1.2 ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี
การไม่ ANC / ANC น้อยกว่า 4 ครั้ง	พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 97 มีการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ มีเพียงร้อยละ 1.7 ที่ฝากครรภ์เพียง 2 ครั้ง
LBW	ไม่พบว่ามีทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.4 มีน้ำหนัก ระหว่าง 3,000-3,999 กรัม
ความรู้ ความพร้อม ของแม่ score รวมแต่ละด้าน	
ความพึงพอใจ ด้านคน ข้อมูล ผลลัพธ์การรักษา	
การตาย	ไม่พบว่ามีรายงานการตายของมารดาจากการคลอด และทารกตายคลอด

ตารางที่ 9 แสดงระบบ ANC ของเขตอำเภอเมืองรามัน และเครือข่าย

ระบบ ANC	Setting ระดับ CUP
ระบบสนับสนุน	มีการจัดฝึกอบรม ทบทวนความรู้และมาตรฐานงานบริการฝากครรภ์ รวมถึงการติดตามนิเทศ เป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ PCU และสถานอนามัยในทุกเดือน โดย MCH Board และโดยการจัดอบรมเองของโรงพยาบาลรามัน โดยเชิญสูติแพทย์จากโรงพยาบาลยะลา มาเป็นวิทยากรและที่ปรึกษา
จุดบริการ	บริการฝากครรภ์โดยหลักที่สถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ รพ.รามัน และสถานอนามัยทุกแห่ง มีหญิงตั้งครรภ์บางส่วนที่รับบริการ ANC ที่ รพ. เอกชน หรือคลินิก

ผู้ให้บริการ	ผู้ให้บริการหลักที่สถานีอนามัย คือ ทีมพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ และผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว กรณี ANC ที่โรงพยาบาลรามันจะมีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ให้บริการ ที่แผนกฝากครรภ์
การดูภาพรวม	ในการให้บริการ ANC ที่สถานบริการ จะเป็นการดูแลโดยทีม และมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็นรายบุคคล โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
การเชื่อมโยงบริการ	มีการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ กับ รพ. ด้วยระบบการส่งต่อข้อมูล การฝากครรภ์ การคลอด เพื่อเยี่ยมติดตาม
ข้อมูล	มีการบันทึกข้อมูลการรับบริการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ และเป็นระบบสามารถติดตามข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว
ปัญหาระบบข้อมูล ผ่าน review chart	การบันทึกข้อมูลส่วนใหญ่มีความครบถ้วน แต่ยังคงมีบางรายที่ขาดการบันทึกผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง

ผู้สรุปรายงาน

ภาคผนวก 2
ประเมินระบบบริการ

ภาคผนวก 2

ประเมินระบบบริการ

- ระบบทะเบียน ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน และระบบที่เกี่ยวข้อง	1
- ระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาล	22
- ระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน และป้องกัน	60
- ระบบการให้ความรู้ และสนับสนุนการพึ่งตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว	88
- บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการประสานงาน	113
ภาคผนวก : ร่างตัวชี้วัดคุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ก

คุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ระบบทะเบียน ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน และระบบที่เกี่ยวข้อง

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทะเบียนรวม DM ทั้งอำเภอ	ทะเบียน DM ในพท.รับผิดชอบ	ทะเบียน DM ทั้งหมดที่มารับบริการ	มีแบบบันทึกการรักษา เพิ่มจาก OPD Card	มีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง
สงขลา	อ.เมือง					
	รพ.สงขลา	มี	สืบค้นได้	ค้นหาได้	ไม่มี	จะเริ่ม HCIS ปี 2549
	PCU เมืองรพ.สงขลา	0	1(213 คน)	1(415 คน)	ไม่มี	ไม่มี
	PCU ควนหิน	0	1 (38 คน)	1 (28 คน)	ไม่มี	ไม่มี
	PCU หัวเขา (อิสลาม)	0	1(119 คน)	1(38 คน)	ไม่มี	ไม่มี
	อ.ระโนด					
	รพ.ระโนด	มี	0	1(1,026 คน)	แบบ DM	1(3 ปี)
	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	0	1 (220 คน)	1 (193 คน)	แบบ DM	1(5 ปี)
	สอ.สามอ่าว ต.ตะเครียะ	0	1 (64 คน)	1 (64 คน)	แบบ DM	1(8 เดือน)
	PCU บ่อตรู	0	1 (96 คน)	1 (86 คน)	แบบ DM	1(6 เดือน)
ยะลา	อ.เมือง					
	รพ.ยะลา	1(1,300)	0	1(1300)	0	1(3ปี)
	PCU ตลาดเก่า	0	1(160)	1 (131 คน)	0	1(3 ปี)
	สอ.นุโรง	0	1 (18 คน)	1 (18 คน)	1	1(2 ปี)

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มี

ระบบข้อมูล 1

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทะเบียนรวม DM ทั้งอำเภอ	ทะเบียน DM ในพท.รับผิดชอบ	ทะเบียน DM ทั้งหมดที่มารับบริการ	มีแบบบันทึกการรักษา เพิ่มจาก OPD Card	มีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง
	สอ.บุรี	0	1 (44 คน)	1 (ไม่ระบุ คน)	0	1(2 ปี)
	อ.รามัน					
	รพ.รามัน	1(509)	0	1 (509 คน)	1	0
	สอ.กะโร	ไม่ระบุ	1(ไม่ระบุ คน)	1 (ไม่ระบุ คน)	1	1(ไม่ระบุ)
	สอ.โกตาบารู	0	1(30 คน)	0	1	1(5 ปี)
เชียงใหม่	อ.แมริม					
	รพ.นครพิงค์	ไม่ทราบข้อมูล	ไม่ทราบข้อมูล	1 (3,324 คน)	1	1 (4 ปี)
	ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนแก้ว	ไม่ทราบข้อมูล	ไม่ทราบข้อมูล	1(32 คน)	1	1(4 ปี 4 เดือน)
	สอ.สะลวง	ไม่ทราบข้อมูล	1(18 คน)	1(6 คน)	1	1(4 ปี)
	อ.สันทราย					
	รพ.สันทราย	1(ไม่ระบุ คน)	1(841 คน)	1(841 คน)	1	1(7 ปี)
	PCU หนองหาร	ไม่ทราบข้อมูล	1(259 คน)	1(140 คน)	1	1(5 ปี)
	สอ.หนองมะจับ	ไม่ทราบข้อมูล	1(82 คน)	1(22 คน)	1	1(5 ปี)
	อ.สะเมิง					
	รพ.สะเมิง	1(261 คน)	1(261 คน)	1(261 คน)	1	1(10 ปี)
	สอ.บ้านป้อ	ไม่ทราบข้อมูล	1(15 คน)	0	0	0

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มี

ระบบข้อมูล 1

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทะเบียนรวม DM ทั้งอำเภอ	ทะเบียน DM ในพท.รับผิดชอบ	ทะเบียน DM ทั้งหมดที่มารับบริการ	มีแบบบันทึกการรักษา เพิ่มจาก OPD Card	มีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง
พิษณุโลก	อ.เมือง					
	รพ.พุทธชินราช	1(2,127 คน)	1(ไม่ระบุ คน)	1(998 คน)	1 มีการบันทึกเพิ่มเติมและเก็บไว้ใน folder	1(1ปี 10 เดือน) มีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง สามารถขอเรียกใช้ดูได้ และเรียกมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว
	ศสช.สระโคก	0	1(61 คน)	0 ไม่มีการรักษาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ต้องไปรับบริการตรวจและรักษาที่อื่น	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
	ศสช.บ้านกร่าง	1(2,127 คน)	1(ไม่ระบุ คน)	1(140)	1มีการบันทึกเพิ่มเติมและเก็บไว้ใน folder	1(1 ปี) มีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง สามารถขอเรียกใช้ดูได้แต่คิดว่าไม่ค่อยได้นำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง
สมุทรปราการ	อ.เมือง					
	รพ.สมุทรปราการ	0	0	1	1	0
	PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	0	0	1(60 คน)	1	1(6 เดือน)
	PCU พุทธรักษา	0	0	1(136 คน)	1	1(2 ปี 4 เดือน)
	PCU เทพารักษ์	1(ไม่ระบุ คน)	1(ไม่ระบุ คน)	1(296 คน)	1(มี)	1(3 ปี)

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทะเบียนรวม DM ทั้งอำเภอ	ทะเบียน DM ในพท.รับผิดชอบ	ทะเบียน DM ทั้งหมดที่มารับบริการ	มีแบบบันทึกการรักษา เพิ่มจาก OPD Card	มีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง
ลพบุรี	อ.เมือง					
	รพ.ลพบุรี	0	0	1(3200 คน)	1	0
	PCU อบต.ท่าศาลา	1(2,414 คน)	1(56 คน)	1(70 คน)	1	1(2 ปี)
	PCU ดงตาล	1(ไม่ระบุ คน)	1(ไม่ระบุ คน)	1(ไม่ระบุ คน)	1	1(3 ปี 3 เดือน)
	PCU ท่าขตลาด	0	1(ไม่ระบุ คน)	1(ไม่ระบุ คน)	1	1(4 ปี 3 เดือน)
	อ.ชัยบาดาล					
	รพ.ชัยบาดาล	1(1,647 คน)	1(418 คน)	1(1,930 คน)	0	1(2 เดือน)
	สอ.ท่ามะนาว	0	1(55 คน)	1(6 คน)	1	1(6 เดือน)
	สอ.บัวชุม	0	0(print out จากโรงพยาบาล)	1 (37คน)	0	1(1 ปี)
อยุธยา	อ.นครหลวง					
	รพ.สมเด็จพระสังฆราช	0	ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบ	1(ไม่ระบุ 800 คน)	1	1 (10 ปี)
	สอ.หนองปลิง	0	1 (44คน)	1(40 คน)	1	0
	สอ.ท่าช้าง	0	1(153 คน)	1(125 คน)	1	1(3 ปี)

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทะเบียนรวม DM ทั้งอำเภอ	ทะเบียน DM ในพท.รับผิดชอบ	ทะเบียน DM ทั้งหมดที่มารับบริการ	มีแบบบันทึกการรักษา เพิ่มจาก OPD Card	มีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง
ขอนแก่น	อ.เมือง					
	รพ.ขอนแก่น					
	ศูนย์มิตรภาพ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	1(153 คน)	1	1(1 ปี)
	สอ. โกลสี	0	1(192 คน)	1(177 คน)	1	1(2 ปี)
	ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง	0	0	1(266 คน)	1	1(2 ปี 5 เดือน)
	อ.น้ำพอง					
	รพ.น้ำพอง	1(2,313 คน)	1(2,313 คน)	1(1,944 คน)	1	1(2 ปี)
	สอ.คำแก่นคูณ ค.ม่วงหวาน	1(ไม่ระบุ คน)	1(ไม่ระบุ คน)	1(ไม่ระบุ คน)	1	0
	สอ.ศรีประเสริฐ ด.วังชัย	ไม่ระบุ	1(188 คน)	1(44 คน)	1	1(5 ปี)
	PCU น้ำพอง	1(2,465 คน)	1(321 คน)	1(321 คน)	1	1(1 ปี 6 เดือน)
	PCU ม่วงหวาน	1(ไม่ระบุ คน)	1(151 คน)	1(ไม่ระบุ คน)	1	1(9 ปี)
ร้อยเอ็ด	อ.เมือง					
	รพ.ร้อยเอ็ด	1(1688)	1(774)	1(1861)	1	1(2)
	PCU เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	0	1(6740)	1(105)	1	1(6เดือน)
	PCU สังข์สงฆาง	0	1(56)	1(94)	1	1(3ปี)
	PCU เฉลิมพระเกียรติสีแก้ว		1(147)	1(87)	1	1(3year)

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มี

ระบบข้อมูล 1

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทะเบียนรวม DM ทั้งอำเภอ	ทะเบียน DM ในพท.รับผิดชอบ	ทะเบียน DM ทั้งหมดที่มารับบริการ	มีแบบบันทึกการรักษา เพิ่มจาก OPD Card	มีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง
	อ.พนมไพร					
	รพ.พนมไพร	2500	1(450)	450	1	1
	สอ.ดอนกลอย	0	1(76)	76	1	1
	PCU โพนธิชัย	ไม่ระบุ	1(103)	97	1	1
กาฬสินธุ์	อ.กมลาไสย					
	รพ.กมลาไสย	1(2479)	1(876)	1(876)	1	1(2 ปี)
	สอ.หนองบัว		1(163 (หนองบัว=94 คน,ท่าเพิง 69 คน))	1(163 (หนองบัว=94 คน,ท่าเพิง 69 คน))	1	1(1ปี)
	สอ.โพนงาม		1(148)	1(148)	1	1(1ปี)
เลย	อ.ภูกระดึง					
	รพ.ภูกระดึง	1(437 คน)	1(ไม่ระบุ คน)	1(437 คน)	1	1(2 ปี)
	สอ.หนองหิน	1(546 คน)	1(307 คน)	1(546 คน)	1	1(2 ปี)

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทะเบียนรวม DM ทั้งอำเภอ	ทะเบียน DM ในพท.รับผิดชอบ	ทะเบียน DM ทั้งหมดที่มารับบริการ	มีแบบบันทึกการรักษา เพิ่มจาก OPD Card	มีการบันทึกผลการรักษาในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่อง
กรุงเทพฯ						
	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช	0	0	1(1,272 คน)	0	1(2 ปี)
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16	0	0	1(406 คน)	0	0
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 (ศูนย์ร่มเกล้าฯ)	0	0	1(185 คน)	0	0
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ	0	ไม่ระบุ	1(488 คน)	1	0
	PCU บึงกุ่ม	0	0	0	0	0
	ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหนองจอก	-	-	-	-	-

คุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ระบบทะเบียน ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน และระบบที่เกี่ยวข้อง

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
สงขลา	อ.เมือง				
	รพ.สงขลา	มี	ไม่มี	ไม่มี	เป็นระบบ opd card ปกติ
	PCU เมืองรพ.สงขลา	มี	มี	มี	เป็นระบบ opd card ปกติ
	PCU ควนหิน	มี	มี	ไม่มี	เป็นระบบ opd card ปกติ
	PCU หัวเขา (อิสลาม)	มี	มี	ไม่มี	เป็นระบบ opd card ปกติ
	อ.ระโนด				
	รพ.ระโนด	มี	ไม่มี	ไม่มี	ลง computer
	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	มี	มี	มี	ลง computer
	สอ.สามาง ต.ตะเครียะ	มี	มี	ไม่มี	ลง computer
	PCU บ่อตรู	มี	มี	มี	ลง computer
ยะลา	อ.เมือง				
	รพ.ยะลา	มือและคอมพิวเตอร์	ตรวจสอบสุขภาพอายุ 35 up	พฤติกรรมมารับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้อง	บันทึกข้อมูลการให้ความรู้การดูแลสุขภาพ/การ รับประทานยา/ตรวจLab ค้นหาความเสี่ยงลงในOPD card
	PCU ตลาดเก่า	มือ	ตรวจสอบสุขภาพอายุ 35 up	ไม่มาตรวจตามนัด/พฤติกรรมมารับประทาน อาหารและยาไม่ถูกต้อง	บันทึกข้อมูลการให้ความรู้การดูแลสุขภาพ/การ รับประทานยา/ตรวจLab ค้นหาความเสี่ยงลงในOPD card
	สอ.นุโโรง	มือและคอมพิวเตอร์	ตรวจสอบสุขภาพอายุ 35 up	ไม่มาตรวจตามนัด/พฤติกรรมมารับประทาน อาหารและยาไม่ถูกต้อง	ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ/การรับประทานยา/ตรวจ Lab ค้นหาความเสี่ยงบันทึกใน FF

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	สอ.บุคิ	มือและคอมพิวเตอร์	ตรวจสอบสุขภาพอายุ 35 up	ไม่มาตรวจตามนัด/พฤติกรรมมารับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้อง	ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ/การรับประทานยา/ตรวจ Lab ค้นหาความเสี่ยงบันทึกใน FF
	อ.รามัน				
	รพ.รามัน	มือ	ตรวจสอบสุขภาพอายุ 35 up	ไม่มาตรวจตามนัด/พฤติกรรมมารับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้อง	ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ/การรับประทานยา/ตรวจ Lab ค้นหาความเสี่ยงบันทึกใน OPD card
	สอ.กะโร	มือและคอมพิวเตอร์	ตรวจสอบสุขภาพอายุ 35 up	ไม่มาตรวจตามนัด/พฤติกรรมมารับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้อง	ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ/การรับประทานยา/ตรวจ Lab ค้นหาความเสี่ยงบันทึกใน FF
	สอ.โกตาบารู	มือและคอมพิวเตอร์	ตรวจสอบสุขภาพอายุ 35 up	ไม่มาตรวจตามนัด/พฤติกรรมมารับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้อง	ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ/การรับประทานยา/ตรวจ Lab ค้นหาความเสี่ยงบันทึกใน FF
เชียงใหม่	อ.แม่อริ				
	รพ.นครพิงค์	มีการบันทึกข้อมูลลงในสมุดทะเบียน ร่วมกับการบันทึกในคอมพิวเตอร์ แต่ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ใช้ประโยชน์เพื่อการตามนัดผู้ป่วย	มีการคัดกรองแบบตั้งรับ แต่ไม่มีระบบจัดการเกี่ยวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยง	ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่	มีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มซึ่งได้ออกแบบเฉพาะ และแนบไว้กับ OPD Card เพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วย
	ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนแก้ว	มีการบันทึกข้อมูลลงในทะเบียนที่มีการออกแบบขึ้นเอง (รูปแบบของทะเบียนผู้ป่วย มีการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยที่สามารถนำมาติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน)	มีการคัดกรองปีละครั้งตามเกณฑ์ ของจังหวัด เพื่อนำข้อมูลที่ได้จัดทำรายงานเสนอต่อ CUP และจังหวัด	ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่	ใช้แบบฟอร์มเดียวกับ รพ.นครพิงค์ในการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย โดยจัดเก็บไว้ใน Family Folder

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	สอ.สะलग	มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยทั้งรูปแบบของ Manual และคอม	มีการคัดกรองปีละครั้งโดยปรับเกณฑ์การคัดกรองจาก จังหวัด โดยมีการจัดเก็บข้อมูลของประชากรกลุ่มเสี่ยงไว้ในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ถูกบันทึกในคอมพิวเตอร์	มีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย (ระดับน้ำตาล) ลงในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น โดยจัดเก็บไว้ใน Family Folder และบันทึกลงในคอมพิวเตอร์
	อ.สันทราย				
	รพ.สันทราย	มีทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานแบบสมุดและฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์	เมื่อคัดกรองแล้ว ถ้าพบว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีการนัดให้มาเจาะระดับน้ำตาลซ้ำ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน	ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่	มีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มซึ่งได้ออกแบบเฉพาะ และแนบไว้กับ OPD Card เพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วย
	PCU หนองหาร	มีทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานแบบสมุดและฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์	มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงปีละครั้งโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบ พบว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีการนัดให้มาเจาะระดับน้ำตาลซ้ำ มีการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	มีการจัดทำทะเบียนข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่	มีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย (ระดับน้ำตาล) ลงในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น โดยจัดเก็บไว้ใน Family Folder และบันทึกลงในสมุดทะเบียนผู้ป่วยและคอมพิวเตอร์
	สอ.หนองมะจับ	มีรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์	คัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามที่ทางจังหวัดกำหนดเพื่อการทำรายงาน แต่ สอ.ไม่ได้มีบทบาทใด ๆ กับประชากรที่มีความเสี่ยง	ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่	ใช้แบบฟอร์มเดียวกับ PCU หนองหารในการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และจัดเก็บใน Family Folder
	อ.สะเมิง				
	รพ.สะเมิง	มีการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ซึ่งพัฒนาโดยแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ดำเนินการคัดกรองแบบตั้งรับ (กรณีที่มีผู้สงสัย) หากพบว่ามีความเสี่ยงจะนัดมาเจาะซ้ำอีก 2 สัปดาห์	ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่	มีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มซึ่งได้ออกแบบเฉพาะ (ปรับมาจากแบบฟอร์ม รพ.นครพิงค์) โดยแนบไว้กับ OPD Card เพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วย

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	สอ.บ้านป้อก	มีรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเขต รับผิดชอบ โปรแกรมคอมพิวเตอร์	มีการคัดกรองปีละครั้งและมีการรวบรวม ข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงไว้ในฐานข้อมูล คอมพิวเตอร์เพื่อการรายงานต่อ CUP และจังหวัด	ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของประชากรใน พื้นที่	สอ. ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
พิษณุโลก	อ.เมือง				
	รพ.พุทธชินราช	(3) มีระบบทะเบียนผู้ป่วยประสานกับ หน่วยงานอื่น เช่น เวชระเบียน lab โภชนาการ • เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และ แบบบันทึกด้วยลายมือแยกตามรหัสผู้ป่วย (HN) • ข้อมูลใช้เพื่อการปฏิบัติงานได้เป็นปัจจุบัน • สามารถติดตามการนัดผู้ป่วยได้จาก ทะเบียนผู้ป่วยด้วยระบบ computer • ข้อมูลที่บันทึกชัดเจน มีแบบแผนการ บันทึกที่เหมือนกันทั้งระบบ มีทะเบียนผู้ป่วย เบาหวานแยกออกจาก OPD card เพื่อติดตาม ผู้ป่วยเป็นพิเศษ	(2) ในการคัดกรองมีการคัดกรองแบบตั้งรับ ในศูนย์สุขภาพชุมชนตามที่อยู่หรือกลุ่ม เสี่ยงร้องขอและเน้นผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี และมีการตรวจรวมในหมู่บ้านตาม กำหนดการสำคัญประจำปี สำหรับระบบ ดูแลหลังคัดกรอง นั้น มีการให้ความรู้ ความ เข้าใจก่อนคัดกรอง ส่งผู้ป่วย มี เพิ่มการให้ ความรู้ แนวปฏิบัติทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มที่เฝ้า ระวัง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือปัจจัย เสี่ยง ดำเนินการรักษาแก่ผู้ป่วยที่เกิดอาการ แทรกซ้อนและติดตามผลการรักษาอาการ แทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามไม่มี ความแตกต่างในการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มไม่เสี่ยง เพียงแต่เน้นการคัดกรอง ในผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปีทุกราย	(2)• มีสำรวจรวบรวมเป็นฐานข้อมูลเพื่อการ ติดตามปีละ 1 ครั้ง	(4) ☐ เป็นระบบไอทีดีการคัดปกติ มีการจัดรูปแบบ ให้ดูแลต่อเนื่องได้ ☐ มีเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาเบาหวาน โดยเฉพาะแยกจากไอทีดีการคัด ☐ มีระบบที่เป็นฐาน ติดตามต่อเนื่อง (ความ เชื่อมโยง) ในคอมพิวเตอร์ได้ เฉพาะวันนัดต่อเนื่อง

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	ศสช.สระโคก	(0) ไม่มีระบบทะเบียนสำหรับผู้ป่วย เบาหวาน เนื่องจากไม่มีการรักษาผู้ป่วย เบาหวาน แต่มีรายชื่อคนที่ผ่านการตรวจคัดกรอง & ส่งต่อเพื่อการรักษา	(1) ศูนย์สุขภาพชุมชนดำเนินการคัดกรองในชุมชนตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด และเน้นผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี และจัดให้มีการตรวจรวมในหมู่บ้านตามกำหนดการสำคัญประจำปี และเมื่อพบผู้ที่เข้าเกณฑ์จะส่งต่อไปรพ.(ศสช.เมือง) เพื่อเข้าระบบการดูแล/รักษาตามแนวปฏิบัติ ไม่มีแนวปฏิบัติสำหรับกลุ่มอื่น ไม่มีการคัดกรองหรือการเฝ้าระวังที่แตกต่างกันในประชากรทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงแต่ให้การตรวจตามบ้านสำหรับผู้สูงอายุ, ผู้พิการ และผู้ป่วยที่เดินทางมาศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สะดวก หลังจากคัดกรองแล้วจะมีการส่งเฉพาะผู้ที่เข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยไปโรงพยาบาล(ศสช.เมือง)	(1) มีสำรวจเป็นครั้ง ๆ คัดกรองปีละครั้ง หรือตามนโยบายจังหวัดแต่ไม่มีการรวบรวมหรือเชื่อมโยงกับที่ บันทึกด้วยมือในOPDcardและแฟ้มอนามัยครอบครัว	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	ศสช.บ้านกร่าง	(1) มีระบบไม่ได้ประสานงานแต่ข้อมูลทะเบียนมีความทันสมัย มีระบบทะเบียนผู้ป่วยแยกตามทะเบียนบ้านแต่ไม่ได้ประสานกับหน่วยงานอื่น • มีระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ (PLK-pro) และแบบบันทึกด้วยลายมือ • การปฏิบัติงานใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกด้วยลายมือ • การลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์จะบันทึกตามที่ตั้งด้วยลายมือก่อน ซึ่งพบว่าทำให้ไม่ค่อยทันสมัย • ข้อมูลการตรวจร่างกายไม่ละเอียด แต่รายการยาที่ใช้รักษาครบถ้วน	(1) ศสช.มีการกำหนดวิธีการคัดกรอง (เกณฑ์) ประชากรกลุ่มเสี่ยง (อายุมากกว่า 40 ปี) แต่ยังไม่ได้มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ คือจะมีการสำรวจประชากรกลุ่มเสี่ยงปีละครั้ง แต่ไม่ได้มีการติดตามผลต่อ แต่ข้อมูลดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นระบบโอเพิตีการคปกติ มีการจัดรูปแบบให้ดูต่อเนื่องได้ มีเพิ่มรายชื่อครอบครัว แต่ไม่ได้มีข้อมูลของประชากรทุกคนในพื้นที่ มีข้อมูลเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมาขอรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเท่านั้น แต่ให้การตรวจตามบ้านสำหรับผู้สูงอายุ, ผู้พิการ และผู้ป่วยที่เดินทางมาศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สะดวก หลังจากที่ได้คัดกรองแล้วจะมีการส่งเฉพาะผู้ที่เข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยไปโรงพยาบาล (ศสช.เมือง)	(1) มีสำรวจเป็นครั้ง ๆ คัดกรองปีละครั้ง หรือตามนโยบายจังหวัดแต่ไม่ได้มีการรวบรวมหรือเชื่อมโยงกับที่บันทึกด้วยมือในOPDcardและแฟ้มอนามัยครอบครัว	(2) • เป็นระบบโอเพิตีการคปกติ มีการจัดรูปแบบให้ดูต่อเนื่องได้ • มีเพิ่มรายชื่อครอบครัว • ใช้ข้อมูลเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมาขอรับบริการที่ศสช.เท่านั้น
สมุทรปราการ	อ.เมือง				
	รพ.สมุทรปราการ	มือและคอมพิวเตอร์	จำกัดเฉพาะกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ไม่มีฐานข้อมูลชัดเจน ทำเป็นวงกว้างในเรื่องประชากรกลุ่มเสี่ยง	ไม่มีข้อมูลภาพรวม ขาดการคัดกรองระดับสถานพยาบาลที่เป็นระบบ ยกเว้นเรื่องคัดกรองในชุมชน ประชากรเคลื่อนย้ายสูงมาก พฤติกรรมคนเมือง	บันทึกด้วยมือในOPDcardและแบบบันทึกจากโภชนาการและนักสุขศึกษา เนื้อหาหลากหลายตามที่กำหนดว่าผู้ป่วยควรจะรู้-เข้าใจ
	PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	มือ	ตรวจสุขภาพอายุ 40 up/คัดกรอง	ไม่มาตรวจตามนัด/ขาดยา	ให้ความรู้เกี่ยวกับยา/แนะนำการปฏิบัติตัว/Confirm วันนัด/ถามสารทุกข์สุกดิบ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	PCU พุทธรักษา	มือและคอมพิวเตอร์	ภาวะเสี่ยงในชุมชน	พฤติกรรมมารดา+ความรู้+การออกกำลังกาย+ ทางเลือกบริการมีมาก	ให้ความรู้เกี่ยวกับยา/แนะนำการปฏิบัติตัว/Confirm วันนัด/ถามสารทุกข์สุกดิบ
	PCU เทพารักษ์	มือและคอมพิวเตอร์		พฤติกรรมมารดา+ความรู้+การออกกำลังกาย+ ทางเลือกบริการมีมาก	ให้ความรู้เกี่ยวกับยา/แนะนำการปฏิบัติตัว/Confirm วันนัด/ถามสารทุกข์สุกดิบ
ลพบุรี	อ.เมือง				
	รพ.ลพบุรี	มีฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ประสานกับ หน่วยงาน เวชกรรมสังคมในรายชื่อที่ต้อง ให้บริการต่อเนื่องที่บ้าน	มีการสำรวจเป็นครั้งๆผ่านผู้ที่เป็ญาติสาย ตรง แต่ไม่มีการรวบรวมฐานข้อมูลชัดเจน	ไม่มีข้อมูลในภาพรวมของกลุ่มประชากรที่ รับผิดชอบ แต่มีการสำรวจเป็นครั้งๆหรือตาม นโยบายผ่านเครือข่ายPCUประสาน โดยกลุ่มงาน เวชกรรมสังคม ไม่มีการรวบรวมข้อมูลภาวะเสี่ยง หรือกลุ่มเสี่ยงชัดเจน	บันทึกด้วยมือในOPDcard ปกติ มีแบบบันทึกการคัด กรองภาวะแทรกซ้อนในเรื่องการตรวจตาและตรวจ เท้าทุกรายเพิ่มเติม
	PCU อบต.ท่าศาลา	ระบบบันทึกด้วยมือในสมุดทะเบียน แฟ้ม เฉพาะผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล ไม่มี ฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์	มีสำรวจเป็นครั้ง ๆ แต่ไม่ได้รวบรวมเป็นฐาน ไม่มีการติดตามต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เน้นการ ค้นหาในชุมชนตามเกณฑ์ที่เกณฑ์กลางของ จังหวัด	มีสำรวจเป็นครั้ง ๆ คัดกรองปีละครั้ง หรือตาม นโยบายจังหวัดแต่ไม่มีการรวบรวมหรือเชื่อมโยง กับที่ บันทึกด้วยมือในOPDcardและแฟ้มอนามัย ครอบครัว	บันทึกด้วยมือในOPDcardและแฟ้มอนามัยครอบครัว มีสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเพิ่มเติมในเรื่องการ ดูแลตนเอง มีแฟ้มสำหรับกลุ่มที่poor control เนื้อหา เฉพาะเรื่องปัญหาการมารับบริการแต่ละครั้งอย่าง ต่อเนื่องได้เฉพาะในคลินิก ส่วนชุมชนใช้แฟ้ม อนามัยครอบครัวเป็นแบบบันทึกการบริการเป็นหลัก

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	PCU ดงตาล	ระบบทะเบียนบันทึกด้วยมือในสมุดเบอร์ 2 และมีการบันทึกการบริการลงแบบบันทึกในแฟ้มอนามัยประจำครอบครัว ขณะเดียวกันมีความพยายามที่จะเชื่อมโยง ข้อมูลบริการเข้ากับฐานข้อมูลประชากรซึ่งบันทึกใน Computer แต่มีปัญหาขัดข้องทางเทคนิค	มีสำรวจเป็นครั้ง ๆ แต่ไม่ได้รวบรวมเป็นฐาน ไม่มีการติดตามต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เน้นการค้นหาในชุมชนตามเกณฑ์ที่เกณฑ์กลางของจังหวัด	มีสำรวจเป็นครั้ง ๆ คัดกรองปีละครั้ง หรือตามนโยบายจังหวัด เริ่มต้นด้วยการกรองด้วยอายุซึ่งใช้ฐานข้อมูลจาก Computer แต่เมื่อดำเนินการคัดกรอง พบว่า มีการรายงานผลตามแบบฟอร์มเฉพาะที่ส่งมา ซึ่งจะให้ข้อมูลสภาพความเสี่ยงของประชากรภาพรวมเป็นหลัก มีการรวบรวมสำเนารายงานไว้ แต่ก็ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับบันทึกบริการที่เป็นฐานข้อมูลรายบุคคลใน OPDcardและแฟ้มอนามัยครอบครัว	บันทึกไว้ 3 ที่ คือบันทึกใน Computer สมุดเบอร์ 2 และแบบบันทึกข้อมูลบริการของผู้ป่วยในแฟ้มอนามัยประจำครอบครัว การใช้ข้อมูลจะใช้เพื่อการดูแลเป็นรายครั้งเป็นหลัก
	PCU ท้ายตลาด	ระบบทะเบียนบันทึกด้วยมือในสมุดเบอร์ 2 และมีการบันทึกการบริการลงแบบบันทึกในแฟ้มอนามัยประจำครอบครัว ขณะเดียวกันมีความพยายามที่จะเชื่อมโยง ข้อมูลบริการเข้ากับฐานข้อมูลประชากรซึ่งบันทึกใน Computer แต่มีปัญหาขัดข้องทางเทคนิค	มีสำรวจเป็นครั้ง ๆ แต่ไม่ได้รวบรวมเป็นฐาน ไม่มีการติดตามต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เน้นการค้นหาในชุมชนตามเกณฑ์ที่เกณฑ์กลางของจังหวัด	มีสำรวจเป็นครั้ง ๆ คัดกรองปีละครั้ง หรือตามนโยบายจังหวัด เริ่มต้นด้วยการกรองด้วยอายุซึ่งใช้ฐานข้อมูลจาก Computer แต่เมื่อดำเนินการคัดกรอง พบว่า มีการรายงานผลตามแบบฟอร์มเฉพาะที่ส่งมา ซึ่งจะให้ข้อมูลสภาพความเสี่ยงของประชากรภาพรวมเป็นหลัก มีการรวบรวมสำเนารายงานไว้ แต่ก็ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับบันทึกบริการที่เป็นฐานข้อมูลรายบุคคลใน OPDcardและแฟ้มอนามัยครอบครัว	บันทึกไว้ 3 ที่ คือบันทึกใน Computer สมุดเบอร์ 2 และแบบบันทึกข้อมูลบริการของผู้ป่วยในแฟ้มอนามัยประจำครอบครัว การใช้ข้อมูลจะใช้เพื่อการดูแลเป็นรายครั้งเป็นหลัก

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	อ.ชัยบาดาล				
	รพ.ชัยบาดาล	ระบบบันทึกด้วยมือในสมุดทะเบียน มีเพิ่มรวมใบเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล มีฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์เป็นexcel ลงฐานคนใหม่ (ขาดการทบทวนระบบทะเบียนและบันทึก)	มีการสำรวจเป็นครั้งๆผ่านผู้ที่ป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยที่มารับบริการ การค้นหาในชุมชนดำเนินการผ่านศสข.ที่ดูแลรับผิดชอบ แต่ไม่มีการรวบรวมฐานข้อมูลชัดเจน	มีการสำรวจจากกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ กลุ่มประชาชนในชุมชน มีการเก็บฐานข้อมูลที่รวบรวมไว้ในแผ่นข้อมูลพฤติกรรมที่เก็บจากผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลภาวะเสี่ยงของคนในชุมชน รวบรวมไว้ได้เป็นระยะเมื่อต้องใช้	ระบบบันทึกด้วยมือในสมุดทะเบียน มีแบบบันทึกเป็นแผ่นเจาะเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องmonitor มีใบคัดกรองscreen risk(สัปดาห์ตรวจประจำปี) แยก OPD cardเฉพาะของผู้ป่วยนัดเบาหวานก่อนวันนัดหมายเพื่อทบทวนก่อนการบริการ ไม่มีระบบการทบทวนการรักษาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เป็นเฉพาะหน้าให้บริการหรือรายที่สนใจมากกว่า มีความต่อเนื่องในแง่ข้อมูลเพื่อการดูแลรักษาและภาวะแทรกซ้อนในคลินิกจากบันทึกด้วยมือเท่านั้น
	สอ.ท่ามะนาว	มีฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์(ไม่สามารถนำข้อมูลมาประมวลได้) และบันทึกในแฟ้มอนามัยครอบครัว มีสมุดทะเบียนเบาหวาน	ตั้งเป้ารายชื่อตามข้อมูลจปฐ. เกณฑ์กลุ่มเสี่ยงใช้ของจังหวัด มีการสำรวจเป็นระยะแต่ไม่ได้รวบรวมอย่างเป็นระบบ ไม่มีความต่อเนื่อง	ไม่มีข้อมูลที่เป็นระบบของสอ.และไม่เชื่อมโยงข้อมูล แต่มีการรณรงค์คัดกรองเบาหวานปีละครั้ง โดยการเจาะเลือด ให้ความรู้ประชาชนและกลุ่มเสี่ยง	บันทึกด้วยมือในOPDcardและแฟ้มอนามัยครอบครัว ส่วนการเยี่ยมในชุมชน(ที่บ้าน)ใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวเป็นแบบบันทึกการบริการเป็นหลัก มีทะเบียนการติดตามเยี่ยม การติดตามงานใช้แบบรพ.1 ก 01/4 ไม่มีระบบที่เชื่อมกับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
	สอ.บัวชุม	มีฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์(ไม่สามารถนำข้อมูลมาประมวลได้) และบันทึกในแฟ้มอนามัยครอบครัว มีสมุดทะเบียนเบาหวาน	มีฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์(ไม่สามารถนำข้อมูลมาประมวลได้) และบันทึกในแฟ้มอนามัยครอบครัว มีสมุดทะเบียนเบาหวาน	ไม่มีข้อมูลที่เป็นระบบของสอ.และไม่เชื่อมโยงข้อมูล แต่มีการรณรงค์คัดกรองเบาหวานปีละครั้ง โดยการเจาะเลือด ให้ความรู้ประชาชนและกลุ่มเสี่ยง	บันทึกด้วยมือในOPDcardและแฟ้มอนามัยครอบครัว ส่วนการเยี่ยมในชุมชน(ที่บ้าน)ใช้แฟ้มอนามัยครอบครัวเป็นแบบบันทึกการบริการเป็นหลัก มีทะเบียนการติดตามเยี่ยม การติดตามงานใช้แบบรพ.1 ก 01/4 ไม่มีระบบที่เชื่อมกับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
อยุธยา	อ.นครหลวง				
	รพ.สมเด็จพระสังฆราช	1,2	0 (ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบ)	0 (ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบ)	มีระบบที่เป็นฐาน คิดตามต่อเนื่อง (ความเชื่อมโยง) ในคอมพิวเตอร์ได้
	สอ.หนองปลิง	1,2	1	1	มีการจัดรูปแบบให้ดูแลต่อเนื่องได้เฉพาะส่วนคลินิก
	สอ.ท่าช้าง	1,2	3	3	มีระบบที่เป็นฐาน คิดตามต่อเนื่อง (ความเชื่อมโยง) ในคอมพิวเตอร์ได้
ขอนแก่น	อ.เมือง				
	รพ.ขอนแก่น	มีการบันทึกข้อมูลลงในสมุดทะเบียน ร่วมกับบันทึกในคอมพิวเตอร์ ข้อมูลถูกนำไปใช้ติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดและการวางแผนการเยี่ยมบ้าน	มีการรวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดคือผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทำการสำรวจและรวบรวมโดย อสม.ในพื้นที่ แต่ยังขาดการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลและติดตามต่อเนื่อง	มีการรวบรวมเป็นครั้งคราวแต่ไม่มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลที่ชัดเจน	มีระบบฐานข้อมูลที่ชัดเจนและนำไปใช้ประโยชน์ได้อีกทั้งได้พยายามพัฒนาฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
	ศูนย์มิตรภาพ				
	สอ.โคกสี				
	ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง	มีทั้งระบบบันทึกด้วยมือและบันทึกในคอมพิวเตอร์และมีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ส่วนใหญ่ใช้ติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดและเพื่อประเมินสภาวะของผู้ป่วยในการ	มีการรวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดคือผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทำการสำรวจและรวบรวมโดย อสม.ในพื้นที่ และเมื่อทำการสำรวจแล้วแยกกลุ่มเสี่ยงและ	รวบรวมไว้เป็นครั้งๆ ไม่มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลที่ชัดเจน	มีระบบฐานข้อมูลที่ชัดเจนและนำไปใช้ประโยชน์ได้อีกทั้งได้พยายามพัฒนาฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
	อ.น้ำพอง				
	รพ.น้ำพอง	มีทั้ง com&man	มีการรวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยงจากแบบคัดกรองเบาหวาน มีการรณรงค์คัดกรองเบาหวานสำหรับคนอายุ 40ปีขึ้นไป รวบรวมภาวะเสี่ยงค่าFBS การส่งต่อและติดตามไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นระบบ	รวบรวมไว้เป็นครั้งๆ ไม่มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลที่ชัดเจน	มีระบบฐานข้อมูลที่ชัดเจนและนำไปใช้ประโยชน์ได้อีกทั้งได้พยายามพัฒนาฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	สอ.คำแก่นคูณ ด.ม่วงหาว	บันทึกด้วยมือ ไม่มีบันทึกในคอมพิวเตอร์	มีการรวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยงจากแบบคัดกรองเบาหวาน มีการรณรงค์คัดกรองเบาหวานสำหรับคนอายุ 40ปีขึ้นไป รวบรวมภาวะเสี่ยงค่าFBS การส่งต่อและติดตามไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นระบบ	ไม่มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลที่ชัดเจน	มีระบบทะเบียนก่อนข้างสมบุรณ์และพัฒนาวิธีการรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลไปใช้ทั้งการประเมินผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมและติดตามเมื่อขาดนัด
	สอ.ศรีประเสริฐ ด.วังชัย	บันทึกด้วยมือ ไม่มีบันทึกในคอมพิวเตอร์	มีการรวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยงจากแบบคัดกรองเบาหวาน มีการรณรงค์คัดกรองเบาหวานสำหรับคนอายุ 40ปีขึ้นไป รวบรวมภาวะเสี่ยงค่าFBS การส่งต่อและติดตามไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นระบบ	มีการรวบรวมเป็นครั้งคราวแต่ไม่มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลที่ชัดเจน	มีระบบทะเบียนก่อนข้างสมบุรณ์และพัฒนาวิธีการรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลไปใช้ทั้งการประเมินผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมและติดตามเมื่อขาดนัด
	PCU.รพ.น้ำพอง				
	PCU ม่วงหาว				
ร้อยเอ็ด	อ.เมือง				
	รพ.ร้อยเอ็ด	1,2	มี ทั้ง com&man	มี ทั้ง com&man	มี ทั้ง com&man OPD card
	PCU เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	1,2	มี ทั้ง com&man	มี ทั้ง com&man	มี ทั้ง com&man OPD card
	PCU สังข์สงยาง	1,2	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man OPD card, family folder
	PCU เฉลิมพระเกียรติสี่แคว	1,2	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man OPD cardfamily folder
	อ.พนมไพร				
	รพ.พนมไพร	1,2	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man OPD cardfamily folder
	สอ.ดอนกลอย	1,2	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man OPD cardfamily folder

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	PCU โปธารัชย	1,2	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man OPD cardfamily folder
กาฬสินธุ์	อ.กมลาไสย				
	รพ.กมลาไสย	1,2	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man	มี ทั้ง com&man OPD card
	สอ.หนองบัว	1,2	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man OPD cardfamily folder
	สอ.โพนงาม	1,2	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man(family folder)	มี ทั้ง com&man OPD cardfamily folder
เลย	อ.ภูกระดึง				
	รพ.ภูกระดึง	1,2	com family folder		มี ทั้ง com&man OPD cardfamily folder
	สอ.หนองหิน	1,2	com family folder		มี ทั้ง com&man OPD cardfamily folder
กรุงเทพฯ					
	หน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิศิริราช	มี (มือและคอมพิวเตอร์)	ไม่มี	ไม่มี	มีการจัดรูปแบบให้ดูแต่เนื่องได้เฉพาะส่วนคลินิก
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16	มี (มือ)	ไม่มี	ไม่มี	ระบบ OPD card
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 (ศูนย์ร่วมเกล้าฯ)	มี (มือ)	ไม่มี	ไม่มี	ระบบ OPD card

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ	มี (มือ)	ไม่มี	ไม่มี	ระบบ OPD card
	PCU บึงกุ่ม	มี (มือ)	ไม่มี	ไม่มี	ระบบ OPD card
	ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหนองจอก	มี (มือ)	ไม่มี	ไม่มี	มีการจัดรูปแบบให้ดูแลต่อเนื่องได้เฉพาะส่วนคลินิก

คุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาล

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อสัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ซัก Hx Smoking
สงขลา	อ.เมือง													
	รพ.สงขลา	5 ครั้ง/สัปดาห์, 20 ครั้ง/เดือน	08.00-16.00น.	20	3	1(6-12mo)	2	2	2	2	2	0	1(6mo)	2(ผ.ป.ชาย)
	PCU เมืองรพ.สงขลา	1ครั้ง/สัปดาห์, 4-5 ครั้ง/เดือน	07.15-16.00น.	10	แพทย์ พยาบาล 2	ไม่ระบุ	1(6 mo)	2	2	2	2	2	1(12 mo)	ไม่ระบุ
	PCU ควนหิน	1-2 ครั้ง/เดือน	7.45-10.00น.	18	พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ร่วมกับ จนท สอ1 คน	1(กรณีควบคุมน้ำตาลไม่ดี/ order แพทย์ตรวจทุก 6 และ 12 mo)	1(6 mo)	1(6 mo)	0	0	0	1(1mo)	2 (ผ.ป. และญาติ มีความพร้อมที่จะมา รักษาที่ รพ.	1
	PCU หัวเขา (อิสลาม)	1ครั้ง/สัปดาห์, 4-5 ครั้ง/เดือน	07.15-16.00น.	10	2	ไม่ระบุ	1(6 mo)	2	2	2	2	2	1(12 mo)	ไม่ระบุ
	อ.ระโนด													
	รพ.ระโนด	5 ครั้ง/สัปดาห์	08.00-16.00น.	12	3	1(6 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	2	2	1
	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	2 ครั้ง/สัปดาห์, 8 ครั้ง/เดือน	08.00-16.00น.	20	1	1(12 mo)	1(1 mo), 2	1(1 mo), 2	1(1 mo), 2	1(1 mo), 2	1(1 mo), 2	1(1 mo), 2	0	1

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = แพทย์ และพยาบาล, 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี, 1 = มี, 2 = มีบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อสัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ชัก Hx Smoking
	สอ.สามอวง ต.ตะเคียน	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	07.00-12.00น.	20	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	PCU บ่อตรู	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	07.30-12.00น.	12	5	1	1(12 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	2	0	1
ยะลา	อ.เมือง													
	รพ.ยะลา	4 ครั้ง/เดือน	08.00-12.00 น.	100-110	5	1	2	2	2	2	2	2	1	1
	PCU ตลาดเก่า	5 ครั้ง/สัปดาห์	08.00-12.00น.	3	4	0	2	2	2	2	2	2	2	1
	สอ.บุโอง	1 ครั้ง/เดือน	08.30-12.00น.	5-8คน	3	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	สอ.บุคี	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	08.30-12.00น.	4	1	0	0	0	0	0	0	1(1 เดือน)	0	1
	อ.รามัน													
	รพ.รามัน	2 ครั้ง/สัปดาห์, 8 ครั้ง/เดือน	08.00-12.00 น.	45	3	1(12 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	1(12 mo)	2	1(12 mo)	1
	สอ.กะรอ	1 ครั้ง/สัปดาห์, 8 ครั้ง/เดือน	08.30-16.00น.	8	2	1	0	0	0	0	0	1(ไม่ระบุ)	0	1
	สอ.โกตาบารู	1 ครั้ง/สัปดาห์, 8 ครั้ง/เดือน	08.30-16.00น.	5	1	-	0	0	0	0	0	0	0	2

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = แพทย์ และพยาบาล, 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี, 1 = มี, 2 = มีบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อ สัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการ เฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ชัก Hx Smoking
เชียงใหม่	อ.แมริม													
	รพ.นครพิงค์	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	08.00-12.00 น.	80	8	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	1(12 เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	0	2	1
	ศูนย์แพทย์ชุมชนคอนแก้ว	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	07.00-12.00น.	4	3	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	1(12 เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	0	2	1
	สอ.สะลวง	1 ครั้ง/เดือน 4 ครั้ง/ เดือน	07.00-12.00น.	4	2	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	1(12 เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	0	2	1
	อ.สันทราย													
	รพ.สันทราย	2 ครั้ง/สัปดาห์, 8 ครั้ง/เดือน	07.00-12.00น.	60	ประมาณ 6 คน	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	1(12 เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	0	2	1
	PCU หนองหาร	5 ครั้ง/สัปดาห์ 20 ครั้ง/เดือน	07.00-12.00น.	20	8	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	1(12 เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	0	2	1
	สอ.หนองมะจับ	1 ครั้ง/เดือน 4 ครั้ง/ เดือน	07.00-10.00 น.	5-Jan	1	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	1(12 เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	0	2	2
	อ.สะเมิง													
	รพ.สะเมิง	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	08.00-12.00น.	25-35	4	1(12เดือน)	1(6เดือน)	1(12 เดือน)	1(12 เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	1	2	2
	สอ.บ้านป้อก	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = แพทย์ และพยาบาล, 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี, 1 = มี, 2 = มีบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อสัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ซัก Hx Smoking
พิษณุโลก	อ.เมือง													
	รพ.พุทธชินราช	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	มีคลินิกเบาหวานในวันอังคาร โดยในช่วงเช้าเป็นการตรวจทางปฏิบัติการ (lab) และตรวจรักษา รวมทั้งจ่ายยา ส่วนในตอนบ่ายจะมีการตรวจรักษาต่อ การจ่ายยา และ มีการให้สุขศึกษา รวมถึงมีการรับผู้ป่วยที่ถูกส่งมาจาก ศสช.อื่นที่ผ่านการคัดกรองแล้วว่าเป็นเบาหวาน .	70-100	(4) แพทย์ 2-3 คน (การรักษาและติดตามการดูแลรักษา), พยาบาลวิชาชีพ 5 คน (ซักประวัติ การตรวจค่าต่างๆ การดูแลการประสานงาน) เป็นหลัก บุคลากรอื่นได้แก่เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักสุขศึกษา นักกายภาพ นักจิตวิทยาและนักโภชนาการ	1 (3 เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1 (ตอนซักประวัติ ครั้งแรก)
	ศสช.สระโคก	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	0	2	2	2	2	2	2	2	2

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์ , 2 = พยาบาล , 3 = แพทย์ และพยาบาล , 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี , 1 = มี , 2 = มีบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อ สัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการ เฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ชัก Hx Smoking
	ศสช.บ้านกร่าง	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/ เดือน	วันอังคาร 08.00-12.00น.	20-30	(2) วันที่มีแพทย์จะจ่าย ยาโดยแพทย์ และกรณีที่ไม่ มีแพทย์จ่ายยาโดย พยาบาลวิชาชีพที่ประจำ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน แต่ ในปี พ.ศ. 2548 วันคลินิก เบาหวานจะเป็นทุกวัน อังคาร ซึ่ง ไม่ใช่วันที่ แพทย์มา ดังนั้นพยาบาล วิชาชีพจะเป็นคนจ่ายยา ตามที่ใบสั่งยาระบุไว้ใน ใบส่งกลับจาก โรงพยาบาล เนื่องจาก เป็นผู้ป่วยที่อาการคงที่ มีการจ่ายยาประจำทุก เดือน เพื่อให้กลับมารับ ยาทุกเดือนที่ศูนย์ สุขภาพชุมชนและเจาะ วัดระดับน้ำตาลทุก	0	1(6-12 เดือน)	1(6-12 เดือน)	1(6-12 เดือน)	1(6-12 เดือน)	1(6-12 เดือน)	1(12 เดือน)	1(12เดือน)	1(ตอนชัก ประวัติ ครั้งแรก)

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = แพทย์ และพยาบาล, 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี, 1 = มี, 2 = มีบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อสัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ชัก Hx Smoking
					เดือนด้วย กรณีที่ผู้ป่วยมาในวันอังคารซึ่งเป็นวันเบาหวานนั้น ถ้าพบว่ามีการแทรกซ้อนหรือไม่เหมาะสมจะนัดผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ในวันพุธ ซึ่งเป็นวันที่แพทย์มาประจำ									
สมุทรปราการ	อ.เมือง													
	รพ.สมุทรปราการ	ทุกวันในแต่ละสัปดาห์/ เดือน	08.00-12.00น.	300	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1
	PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	1 ครั้ง/สัปดาห์,4-5 ครั้ง/เดือน	08.00-12.00น.	20-35	4	0	2	2	0	0	0	0	0	0
	PCU พุทธรักษา	1 ครั้ง/สัปดาห์	08.00-16.00น.	15	4	0	1(12เดือน)	2	2	2	2	1	2	1
	PCU เทพารักษ์	1 ครั้ง/สัปดาห์,4 ครั้ง/เดือน	06.30-16.00น.	70	3	1	1(3-6 เดือน)	1(3-6 เดือน)	1(3-6 เดือน)	1(3-6 เดือน)	1(3-6 เดือน)	1(1 เดือน)	2	1

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = แพทย์ และพยาบาล, 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี, 1 = มี, 2 = มีบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อสัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ชัก Hx Smoking
ลพบุรี	อ.เมือง													
	รพ.ลพบุรี	5 ครั้งต่อสัปดาห์, 35 ครั้ง/เดือน	08.30-12.00น.	150-200	6	1	1	1	1	1	1	1(1ปี)	1(1 ปี)	1
	PCU อบต.ท่าศาลา	7 ครั้งต่อสัปดาห์, 28 ครั้ง/เดือน	08.30-12.00น.	ไม่ระบุ	3	1(6 เดือน)	1(6 เดือน)	1(6 เดือน)	2	1(6 เดือน)	2	0	1(6 เดือน)	1
	PCU ดงตาล	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	07.30-18.30น.	50	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	PCU ท่าศาลา	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	08.30-12.00น.	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	อ.ชัยบาดาล													
	รพ.ชัยบาดาล	5 ครั้ง/สัปดาห์, 22 ครั้ง/เดือน	07.30-12.00น.	45	3	0	2	2	2	2	2	0	2	1
	สอ.ท่ามะนาว	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	08.30-16.30น.	1	2	0	0	0	0	0	0	1(1 เดือน)	0	2
	สอ.บัวชุม	5 ครั้ง/สัปดาห์, 20 ครั้ง/เดือน	08.00-09.30น.	2-3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1
อยุธยา	อ.นครหลวง													
	รพ.สมเด็จพระสังฆราช	2 ครั้ง/สัปดาห์, 8 ครั้ง/เดือน	07.00-12.00น.	70	3	0	1(12)	1(12)	1	1(12)	1	1	2	1
	สอ.หนองปลิง	1 ครั้ง/เดือน	05.30-13.00น.	35-40	2	0	1(12)	1	1	1	1	0	2	1

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = แพทย์ และพยาบาล, 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี, 1 = มี, 2 = มีบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อสัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ชัก Hx Smoking
	สอ.ท่าช้าง	2ครั้ง/เดือน	05.30-13.00น.	65	4	0	1(6-12)	1	1	1	1	1	2	1
ขอนแก่น	อ.เมือง													
	รพ.ขอนแก่น													
	ศูนย์มิตรภาพ	1ครั้ง/สัปดาห์, 4ครั้ง/เดือน	08.00-12.00น.	35-40	3	0	2	2	2	2	2	0	0	1
	สอ. โกลสี	2ครั้ง/สัปดาห์, 8ครั้ง/เดือน	08.30-12.00น.	20	3	2	0	0	0	0	0	2	0	1
	ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง	2ครั้ง/สัปดาห์, 8ครั้ง/เดือน	07.30-13.00น.	30-40	4	1	2	2	2	2	2	2	2	0
	อ.น้ำพอง													
	รพ.น้ำพอง	7ครั้ง/สัปดาห์, 30ครั้ง/เดือน	07.30-11.00น.	55	3,4	0	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	0	ไม่ระบุ	1
	สอ.คำแก่นคูณ ด.ม่วงหวาน	1ครั้ง/สัปดาห์, 5ครั้ง/เดือน	08.00-16.30น.	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	สอ.ศรีประเสริฐ ด.วังชัย	ไม่จำกัดแล้วแต่แพทย์นัด	07.30-08.30น.	7-10	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	1
	PCU.รพ.น้ำพอง	7ครั้ง/สัปดาห์	08.00-12.00น.	15	3,4	0	1(12เดือน)	2	2	2	2	2	2	1
	PCU ม่วงหวาน	1ครั้ง/สัปดาห์, 4ครั้ง/เดือน	08.00-12.00น.	1-2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = แพทย์ และพยาบาล, 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี, 1 = มี, 2 = มีบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อ สัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการ เฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ชัก Hx Smoking
ร้อยเอ็ด	อ.เมือง													
	รพ.ร้อยเอ็ด	4 ครั้ง/สัปดาห์, 16 ครั้ง/เดือน (OPD ทุก วันพุธ และชุมชน สัปดาห์ละ - ครั้ง)	OPD 07.00-12.00น. ชุมชน 09.00-13.00	opd 80, ชุมชน 30	3	0	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	1(12 เดือน)	1(12เดือน)	1(12 เดือน)	0	2	1
	PCU เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน (ทุกวันพุธ)	08.00-12.00น.	20	3	0	1(3 เดือน)	1(3 เดือน)	1(ไม่ ระบุ)	1(ไม่ ระบุ)	1(ไม่ ระบุ)	2	0	1
	PCU สังข์สงฆา	1 ครั้ง/เดือน ทุกวัน พุธที่ -3 ของเดือน	08.00-11.30น.	20	2	0	1(6เดือน)	1(6เดือน)	1(6 เดือน)	1(6เดือน)	1(6 เดือน)	1(6 เดือน)	1(12เดือน)	1
	PCU เฉลิมพระเกียรติสิแก้ว	1 ครั้ง/เดือน	06.30-16.30น.	150	รพ.3+สอ 4	0	1(2เดือน)	1(2เดือน)	1(2 เดือน)	1(2เดือน)	1(2 เดือน)	2	2	1
	อ.พนมไพร													
	รพ.พนมไพร	2 ครั้ง/สัปดาห์ อังคาร และ พฤหัส, 8 ครั้ง/เดือน	06.00-12.00น.	20-30	5	0	2	2	2	2	2	0	0	2
	สอ.ดอนกลอย	1 ครั้ง/สัปดาห์ ทุก วันพฤหัส, 4 ครั้ง/ เดือน	07.00-12.00น.	8	2	0	2	2	2	2	2	1	0	1

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = แพทย์ และ พยาบาล, 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี, 1 = มี, 2 = มีบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อสัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ชัก Hx Smoking
	PCU โพรชัย	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	06.30-08.30น.	20-30	3	0	2	2	2	2	2	1(2 เดือน)	1(2เดือน)	1
กาฬสินธุ์	อ.กมลาไสย													
	รพ.กมลาไสย	3 ครั้ง/สัปดาห์, 12 ครั้ง/เดือน	07.30-12.00น.	70-80	4	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	มี
	สอ.หนองบัว	1 ครั้ง/เดือน	05.30-14.00น.	120	สอ4คน รพ.5 คน	0	2	2	0	2	2	0	0	มี
	สอ.โพนงาม	1 ครั้ง/เดือน	07.00-14.00น.	105	สอ3คน รพ.5 คน	0	2	2	0	0	0	0	2	มี
เลย	อ.ภูกระดึง													
	รพ.ภูกระดึง	7 ครั้ง/สัปดาห์, 30 ครั้ง/เดือน	08.00-16.00น.	30	3	0	2	2	2	2	2	2	2	มี
	สอ.หนองหิน	5 ครั้ง/สัปดาห์, 20 ครั้ง/เดือน	06.00-15.30น.	35	3	0	2	2	2	2	2	2	2	มี
กรุงเทพฯ														
	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช	5 ครั้ง/สัปดาห์, 20 ครั้ง/เดือน	09.00-12.00น.	3	แพทย์	2	2	2	2	2	2	0	2	1
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16	2 ครั้ง/สัปดาห์	07.00-12.00น.	40-60	แพทย์	1(12เดือน)	1(6-12เดือน)	1(6-12เดือน)	1(6-12เดือน)	1(6-12เดือน)	1(6-12เดือน)	0	1(12เดือน)	1
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 (ศูนย์ร่วมเกล้าฯ)	2 ครั้ง/สัปดาห์, 8 ครั้ง/เดือน	08.00-12.00น.	26	แพทย์	1(12เดือน)	1(25เดือน)	1(24เดือน)	1(24เดือน)	1(24เดือน)	1(24เดือน)	0	0	1

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = แพทย์ และพยาบาล, 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี, 1 = มี, 2 = มีบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	การจัดบริการ (ต่อสัปดาห์, ต่อเดือน)	เวลาให้บริการ	จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย (ต่อครั้ง)	ผู้ให้บริการ (1)	การทบทวน คัดกรองปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG (2)								
						HbA1c	BUN/Cr	Cholesterol	HDL	Triglycerides	LDL	ตรวจเท้า	ตรวจตา (เรตินา)	ชัก Hx Smoking
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ	2 ครั้ง/สัปดาห์, 8 ครั้ง/เดือน	07.00-12.00น.	55	แพทย์	1(12เดือน)	2	2	2	2	2	2	2	1
	PCU บึงกุ่ม	5 ครั้ง/สัปดาห์, 20 ครั้ง/เดือน	08.00-12.00น.	20	แพทย์	0	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	0	0	0	0
	ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหนองจอก	1 ครั้ง/สัปดาห์, 4 ครั้ง/เดือน	09.00-12.00น.	10	แพทย์	1(3เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	1(12เดือน)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

หมายเหตุ (1) 1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = แพทย์ และ พยาบาล, 4 = ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (2) 0 = ไม่มี, 1 = มี, 2 = มีบางกรณี

คุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาล

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้านจิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความเสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวนสภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guideline การรักษา DM
สงขลา	อ.เมือง										
	รพ.สงขลา	มีเป็นบางรายที่พบปัญหา	มีกรณีผล BS สูง	มี	ไม่เป็นระบบ	1	1	1	1	1	1
	PCU เมืองรพ.สงขลา	มีเป็นบางรายที่พบปัญหา	มีกรณีผล BS สูง	มี	มี	1	1	1	1	1	1
	PCU ควนหิน	มีเป็นบางรายที่พบปัญหา	มีกรณีผล BS สูง	มี	ไม่เป็นระบบ	1	1	1	1	1	1
	PCU หัวเขา (อิสลาม)	มีเป็นบางรายที่พบปัญหา	มีกรณีผล BS สูง	มี	ไม่เป็นระบบ	1	1	1	1	1	1
	อ.ระโนด										
	รพ.ระโนด	1	1	มี	มีโดยโครงการพัฒนา	1	1	1	1	1	1
	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	1	1	มี	มีโดยโครงการพัฒนา	1	1	1	1	1	1
	สอ.สามาง ต.ตะเครียะ	1	1	มี	0	1	1	1	1	1	1
	PCU บ่อตรู	2	1	มี	มี โดยโครงการวิจัย	1	1	1	ไม่ระบุ	1	1

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มีสม่ำเสมอ , 2 = มีบางแต่น้อย , 3 = มีเป็นบางราย

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้าน จิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความ เสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละ ครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้ คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตาม ผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวน สภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guidelin e การ รักษา DM
ยะลา	อ.เมือง										
	รพ.ยะลา	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1
	PCU ตลาดเก่า	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1
	สอ.บุโร	1	1	1	1(1 เดือน)	1	1	1	1	1	1
	สอ.บุดี	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	อ.รามัน										
	รพ.รามัน	3	1	1	1(1 เดือน)	1	1	1	1	1	1
	สอ.กะรอ	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1
	สอ.โกตาบารู	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1
เชียงใหม่	อ.แม่วิม										
	รพ.นครพิงค์	3	3	3	2	1	1	0	1	1	1
	ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนแก้ว	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
	สอ.สะลวง	2	3	1	1(3 เดือน)	1	1	1	1	1	1
	อ.สันทราย										

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มีสม่ำเสมอ , 2 = มีบางแต่น้อย , 3 = มีเป็นบางราย

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้าน จิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความ เสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละ ครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้ คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตาม ผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวน สภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guidelin e การ รักษา DM
	รพ.สันทราย	2	1	3	2	1	0	1	1	1	1
	PCU หนองหาร	1	1	3	1(1 เดือน)	1	1	1	1	1	1
	สอ.หนองมะจับ	0	3	1	0	0	0	0	1	1	1
	อ.สะเมิง										
	รพ.สะเมิง	2	1	3	2	1	1	1	0	1	1
	สอ.บ้านป้อก	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
พิษณุโลก	อ.เมือง										
	รพ.พุทธชินราช	1	(1) หลังจากตรวจ ค่าน้ำตาลและ biochemical test ต่างๆ พยาบาลจะ เรียกผู้ป่วยมาซัก ประวัติเพื่อประเมิน	(1) กรณีที่ผู้ป่วยไม่ สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดได้จะมีทีมสห วิชาชีพมาร่วมกัน ในการให้คำปรึกษา	(1) มีการให้ความรู้ โดยกระบวนการ กลุ่ม โดยสหวิชาชีพ ที่ห้องเรียนรู้ กลุ่ม	(1) ก่อนนัดนัด จะมีการเตรียม folderผู้ป่วยที่ คาดว่าจะมา	1	1	(1) ผู้ป่วย เบาหวานที่ สภาวะโรคที่ อย่างน้อย 3-6 เดือน โดยมี เกณฑ์การ ส่งกลับผู้ป่วย เบาหวานไป รักษาต่อเนื่องที่ ศูนย์	1 ส่งยาโดย แพทย์ จ่ายยา โดยเภสัชกร	1

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้านจิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความเสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวนสภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guideline การรักษาระบบ DM
			การปรับตัวก่อนพบแพทย์ เมื่อพบแพทย์ แพทย์บางท่านจะมีการประเมินอีกครั้งเมื่อทราบระดับการควบคุมน้ำตาล		ละ 10-15 คน โดยจะทำในผู้ป่วยรายใหม่และรายที่ควบคุมไม่ได้	เมื่อผู้ป่วยขาดนัดจะมีการส่งไปรษณียบัตรตาม			สุขภาพชุมชนหลัก อ.เมืองพิษณุโลก 1. เป็นเบาหวานชนิด NIDDM คุมน้ำตาล FBS ได้ < 140 mg% อย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้ง 2. ไม่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง 3. คุมระดับไขมันในเลือดและความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่แพทย์พิจารณา 4. ผู้ป่วยยินดีและสมัครใจไป		

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มีสม่ำเสมอ , 2 = มีบางแต่น้อย , 3 = มีเป็นบางราย

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้าน จิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความ เสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละ ครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้ คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตาม ผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวน สภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guidelin e การ รักษา DM
									รับบริการที่ศูนย์ สุขภาพชุมชน ในการเชื่อมโยง ข้อมูลระดับ บริการ ระหว่าง CUP-PCU นั้นมี การส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยที่สภาวะ ของโรคทองที่ แล้วจาก CUP เพื่อให้การดูแล ต่อเนื่องที่ PCU รับข้อมูลและ ตรวจเยี่ยมบ้าน		

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้าน จิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความ เสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละ ครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้ คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตาม ผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวน สภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guidelin e การ รักษา DM
									ผู้ป่วยที่มีปัญหา ในการรักษา และต้องการ ได้รับการดูแล ใกล้ชิดจากศูนย์ สุขภาพชุมชน และมีการส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยที่มี ปัญหาในการ ดูแลรักษาจาก PCU ให้ CUP (บส1)+J26		

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้านจิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความเสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวนสภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guideline การรักษา DM
	ศสช.สระโคก	3	(0) ไม่มีงานบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นในการประเมินความเสี่ยงในแต่ละครั้งของการมารับบริการเบาหวานจึงไม่มี	(1) แต่ปกติผู้ป่วยเบาหวานจะถูกส่งต่อไปรักษาที่อื่นไม่ได้ย้อนกลับมารักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคก	2 (ในกลุ่มเสี่ยง)	(1) แต่ปกติผู้ป่วยเบาหวานจะถูกส่งต่อไปรักษาที่อื่นไม่ได้ย้อนกลับมารักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสระโคก	1 (ในรายที่ได้รับการส่งกลับจากการรักษาแล้วมีปัญหา	0 ส่งต่ออย่างเฉย	1	ไม่มี	1 (แต่ไม่มีการรักษา)

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้านจิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความเสี่ยง พฤติกรรมการปรับตัวในแต่ละครั้งที่ได้รับบริการ	ระบบพยาบาลให้คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวนสภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guideline การรักษาระบบ DM
	ศสช.บ้านกร่าง	(1) มีการพูดคุยทั่วๆ ไปในการประเมินพฤติกรรม การปรับตัว	(1) พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาทั่วๆ ไป เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคงที่ที่ถูกส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยมาในวันอังคารซึ่งเป็นวันเบาหวานนั้น ถ้าพบว่ามีอาการแทรกซ้อนหรือไม่เหมาะสมจะนัดผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ในวันพุธ ซึ่งเป็นวันที่แพทย์มาประจำ	(1) มีการจัดตั้งชมรมมีพยาบาลเป็นคนแกน มีกิจกรรมเดือนละครั้ง	(1) ปกติแล้วผู้ป่วยไม่ขาดนัด มีการนัดมาทุกเดือนเพื่อดูระดับน้ำตาลและจ่ายยาเป็นเดือน แต่ถ้าขาดนัดจะตามๆ ที่อยู่โดยให้อสม. ไปตาม	1 (ในรายชื่อมาศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ได้ เช่นคนสูงอายุพิการ)	1 ทุกการนัด	(1) ศูนย์สุขภาพชุมชนได้ดำเนินการให้บริการรักษาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่สถานะโรคคงที่อย่างน้อย 3-6 เดือน โดยเป็นการจ่ายยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาล พุทธชินราช ในการเชื่อมโยงข้อมูลระดับบริการระหว่าง CUP-PCU นั้น มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่	1 สั่งยาโดยแพทย์ หรือพยาบาล จ่ายยาโดยพยาบาล	1	1

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มีสม่ำเสมอ , 2 = มีบางแต่น้อย , 3 = มีเป็นบางราย

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้าน จิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความ เสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละ ครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้ คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตาม ผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวน สภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guidelin e การ รักษา DM
								สถานะของโรค คงที่แล้วจาก CUP เพื่อให้ การดูแล ต่อเนื่องที่ PCU รับข้อมูลและ ตรวจเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่มีปัญหา ในการรักษา และต้องการ ได้รับการดูแล ใกล้ชิดจาก ศูนย์สุขภาพ ชุมชน และมี การส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยที่มี ปัญหาในการ ดูแลรักษาจาก PCU ให้ CUP (บส1)			

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มีสม่ำเสมอ , 2 = มีบางแต่น้อย , 3 = มีเป็นบางราย

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้าน จิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความ เสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละ ครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้ คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตาม ผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวน สภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guidelin e การ รักษา DM
สมุทรปราการ	อ.เมือง										
	รพ.สมุทรปราการ	3	2	1	1(ทุกวัน)	1	1	1	1	1	1
	PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1
	PCU พุทธรักษา	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0
	PCU เทพารักษ์	1	1	1	1(2 เดือน)	1	1	1	1	1	1
ลพบุรี	อ.เมือง										
	รพ.ลพบุรี	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
	PCU อบต.ท่าศาลา	1	1	1	1(1 เดือน)	1	1	1	1	1	1
	PCU ดงตาล	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
	PCU ท่าศาลา	1	1	1	2	1	1	1	0	1	1
	อ.ชัยบาดาล										
	รพ.ชัยบาดาล	3	1	1	1(6 เดือน)	1	1	0	1	1	1
	สอ.ท่ามะนาว	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0
	สอ.บัวชุม	3	1	1	0	0	1	1	ไม่ระบุ	1	1

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มีสม่ำเสมอ , 2 = มีบางแต่น้อย , 3 = มีเป็นบางราย

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้าน จิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความ เสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละ ครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้ คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตาม ผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวน สภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guidelin e การ รักษา DM
อยุธยา	อ.นครหลวง										
	รพ.สมเด็จพระสังฆราช	2	2	1	1(1 เดือน)	1	1	1	1	1	1
	สอ.หนองปลิง	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1
	สอ.ท่าช้าง	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
ขอนแก่น	อ.เมือง										
	รพ.ขอนแก่น										
	ศูนย์มิตรภาพ	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
	สอ.โคกสี	1	1	1	1(1 เดือน)	1	1	1	ไม่ระบุ	1	1
	ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง	0	0	1	1(1 เดือน)	1	1	0	0	1	1
	อ.น้ำพอง										
	รพ.น้ำพอง	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1
	สอ.คำแก่นคูณ ค.ม่วงหวาน	3	3	1	0	1	1	1	1	1	1
	สอ.ศรีประเสริฐ ต.วังชัย	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
	PCU.รพ.น้ำพอง	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
	PCU ม่วงหวาน	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มีสม่ำเสมอ , 2 = มีบางแต่น้อย , 3 = มีเป็นบางราย

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้าน จิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความ เสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละ ครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้ คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตาม ผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวน สภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guidelin e การ รักษา DM
ร้อยเอ็ด	อ.เมือง										
	รพ.ร้อยเอ็ด	มี/ดี	0	1	0	มี (ไปรษณีย์ เจ้าหน้าที่ตาม)	มีเดือนละ ครั้ง	มี	1		มี
	PCU เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	1	1	1	1	มี (ไปรษณีย์ เจ้าหน้าที่ตาม)	มีเดือนละ ครั้ง	มี	มี	1	มี
	PCU สังข์สงฆา	3	1	มี (พยาบาลและ จนท ศส.	มี	มี(เจ้าหน้าที่ตาม)	มีเดือนละ ครั้ง	มี	มี	1	มี
	PCU เฉลิมพระเกียรติสีแก้ว	มี/ดี	มี/ดี	มีทุกเดือน	มี	มีทุกครั้ง (เจ้าหน้าที่ตาม, โทรศัพท์)	มีเดือนละ ครั้ง	เดือนละครั้ง	มี	1	มี
	อ.พนมไพร										
	รพ.พนมไพร	มี	มี	มี (พยาบาล)	1(1 เดือน)	มี(เจ้าหน้าที่ตาม)	มีเดือนละ ครั้ง	มี	มี(รพ.ชัยภูมิ และร้อยเอ็ด)	1	มี จัดทำ เป็นของ อำเภอ ใช้ทุก PCU

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้าน จิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความ เสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละ ครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้ คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตาม ผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวน สภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guidelin e การ รักษา DM
	สอ.ดอนกลอย	มี	มี	มี (พยาบาล)	1(6 เดือน)	มี(เจ้าหน้าที่ตาม)	มี	มี	มี	1	มี จัดทำ เป็นของ อำเภอ ใช้ทุก PCU
	PCU โพธิ์ชัย	มี	มี	มี (พยาบาล)	1(2 เดือน)	มี(เจ้าหน้าที่ตาม)	มี	มี	มี	1	มี จัดทำ เป็นของ อำเภอ ใช้ทุก PCU
กาฬสินธุ์	อ.กมลาไสย										
	รพ.กมลาไสย	มี	มี	มี (พยาบาล)	1(1 เดือน)	มีเจ้าหน้าที่	มี	มี ทีมวิจัยใน พื้นที่	มี รพ.กาฬสินธุ์ รพ.ศูนย์ขอนแก่น	1	มี จัดทำ เป็นของ อำเภอ ใช้ทุก PCU

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้านจิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความเสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวนสภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guideline การรักษา DM
	สอ.หนองบัว	มี	มี	มี (พยาบาล)	มีทุกเดือน	มีเจ้าหน้าที่	มี	มี ทีมวิจัยในพื้นที่	รพ.กาฬสินธุ์	1	มี จัดทำเป็นของอำเภอ ใช้ทุก PCU
	สอ.โพนงาม	มี	มี	มี (พยาบาล)	มีทุกเดือน	มีเจ้าหน้าที่	มี	มี ทีมวิจัยในพื้นที่	รพ.กาฬสินธุ์	1	มี จัดทำเป็นของอำเภอ ใช้ทุก PCU
เลย	อ.ภูกระดึง										
	รพ.ภูกระดึง	ไม่มี	ไม่มี	มี (พยาบาล)	ไม่มี	มีเจ้าหน้าที่	ไม่มี	มี	1	1	มี
	สอ.หนองหิน	ไม่มี	ไม่มี	มี (พยาบาล)	ไม่มี	มีเจ้าหน้าที่	ไม่มี	มี	รพ.ภูกระดึง	1	มี

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มีสม่ำเสมอ , 2 = มีบางแต่น้อย , 3 = มีเป็นบางราย

จังหวัด	สถานพยาบาล	การประเมินด้าน จิตใจและด้านอื่นๆ	การประเมินความ เสี่ยง พฤติกรรม การปรับตัวในแต่ละ ครั้งที่มารับบริการ	ระบบพยาบาลให้ คำปรึกษารายบุคคล	การจัด Self-help group	ระบบติดตาม ผู้ป่วยขาดนัด	HHC for DM	การทบทวน สภาพผู้ป่วย DM	การ Refer	ยาที่ใช้รักษา DM	Guidelin e การ รักษา DM
กรุงเทพฯ											
	หน่วยบริการสุขภาพปฐม ภูมิศิริราช	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16	1	1	1	0	1	1	1	0	1	ไม่ระบุ
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 (ศูนย์ร่วมเกล้าฯ)	3	3	0	0	1	1	1	0	1	0
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ	1	1	1	1(1 เดือน)	1	1	1	1	1	ไม่ระบุ
	PCU บึงกุ่ม	0	1	0	2	0	0	0	1	1	0
	ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหนองจอก	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	1	1	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	1	ไม่ระบุ

หมายเหตุ 0 = ไม่มี , 1 = มีสม่ำเสมอ , 2 = มีบางแต่น้อย , 3 = มีเป็นบางราย

คุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาล

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาที่ทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุขอศึกษาแก่ผู้รับบริการ
สงขลา	อ.เมือง				
	รพ.สงขลา	-	2 ชม	ดี	เป็นกลุ่ม และ รายบุคคล
	PCU เมืองรพ.สงขลา	-	2 ชม	ดี	เป็นกลุ่ม และ รายบุคคล
	PCU ควนหิน	-	1 ชม	ดี	มีเป็นกลุ่มด้วยบางครั้ง และรายบุคคล
	PCU หัวเขา (อิสลาม)	-	1 ชม	ดี	รายบุคคล
	อ.ระโนด				
	รพ.ระโนด	-	1 ชม	ดี	มีจัดหลายแบบ ค่าเบาหวาน กลุ่มเบาหวาน ในชุมชน ล่าสุด 3 มีค 49 walk rally ที่ รพ.เรื่องเบาหวาน
	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	-	1 ชม	ดี	รายบุคคล
	สอ.สามอง ต.ตะเครียะ	-	30 นาที	ดี	รายบุคคล
	PCU ป่อตรุ	-	30 นาที	ดี	รายบุคคล
ยะลา	อ.เมือง				
	รพ.ยะลา	10-20 min	1-1 1/2 hr.	โดยสหวิชาชีพ เน้นครอบครัว ชุมชน	รายบุคคล/รายกลุ่ม
	PCU ตลาดเก่า	10-15 min	1 hr.	แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ เน้นครอบครัว ชุมชน	รายบุคคล/รายกลุ่ม
	สอ.นุโรง	10 min	1 hr.	พยาบาลวิชาชีพ เน้นครอบครัว ชุมชน	รายบุคคล/รายกลุ่ม

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุศึกษาแก่ผู้รับบริการ
	สอ.บุรี	10 min	1 hr.	พยาบาลวิชาชีพ เน้นครอบครัว ชุมชน	รายบุคคล/รายกลุ่ม
	อ.รามัน				
	รพ.รามัน	10-15 min	1 hr.	โดยสหวิชาชีพ เน้นครอบครัว ชุมชน	รายบุคคล/รายกลุ่ม
	สอ.กะโร	5-10 min	1/2 hr.	พยาบาลวิชาชีพ เน้นครอบครัว ชุมชน	รายบุคคล
	สอ.โกตาบารู	5-10 min	1 hr.	พยาบาลวิชาชีพ เน้นครอบครัว ชุมชน	รายบุคคล
เชียงใหม่	อ.แมริม				
	รพ.นครพิงค์	ให้บริการทุกวันอังคารตอนเช้า ระหว่างเวลา 07.30-12.00 น. (คิดเป็น 4 ครั้งต่อเดือน) ทีมผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมประจำคลินิกจำนวน 4 คน, พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล, เจ้าหน้าที่ห้อง Lab, ทีมให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาล, นักโภชนาการ, เภสัชกร (แต่จากการไปสังเกตการให้บริการของคณะผู้วิจัย ไม่พบทีมที่ให้สุศึกษาอยู่ที่คลินิกเบาหวาน)	ประมาณ 4 ชั่วโมง	ทีมงาน (หมายรวมถึงแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่) เนื่องจากให้บริการด้วยความปรารถนาดี มีอริยาศิยคติ ตลอดจนค่อนข้างให้ความสำคัญกับผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายใหม่จะถูกจัดให้เข้ากลุ่มเป็น Self -Help Group โดยจะมีทีมผู้ให้สุศึกษาซึ่งประกอบด้วย นักโภชนาการ, นักกายภาพ, เภสัชกร, พยาบาล ผลิตเปลี่ยนกันให้ความรู้และจัดกิจกรรม ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการเข้ากลุ่มให้สุศึกษาแล้วจะมีการลงบันทึกให้สุศึกษาบน OPD card เป็นข้อความสั้น ๆ ว่าได้ให้สุศึกษาเรื่องใดแก่ผู้ป่วยบ้าง (จากการสังเกตจากผู้วิจัย: ในวันที่ไปสังเกตการให้บริการ ไม่พบการให้สุศึกษาเป็นรายกลุ่ม การให้ความรู้เน้นการแจกแผ่นพับความรู้ และการสื่อสารสั้น ๆ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย)

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุศึกษาแก่ผู้รับบริการ
	ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนแก้ว	สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ทุกวันอังคารครั้งวันเช้า ตั้งแต่เวลา 07.00 น. – 12.00 น.	ประมาณ 1 -2 ชั่วโมง	บริการอย่างเป็นกันเองและรวดเร็ว	สุศึกษาเป็นรายบุคคล เนื้อหาจะขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาล และพฤติกรรมของผู้ป่วย
	สอ.สะलग	4 ครั้งต่อเดือน (คลินิกมีทุกวันจันทร์ตอนเช้า)		ผู้ให้บริการมีความเป็นกันเองและเอาใจใส่ผู้รับบริการเป็นอย่างดี	ให้ความรู้เรื่องของโรคความดันและเบาหวานพร้อมกัน ส่วนใหญ่ให้เป็นรายบุคคล
	อ.สันทราย				
	รพ.สันทราย PCU	ให้บริการทุกวันพุธช่วงเช้า ตั้งแต่เวลา 07.00 น. – 1	ประมาณ 2-3 ชั่วโมง	ผู้ให้บริการมีความเป็นกันเองและเอาใจใส่ผู้รับบริการเป็นอย่างดี	ให้ความรู้เป็นรายบุคคลเป็นหลัก หากมีเวลาช่วงรอแพทย์ขึ้นตรวจนาน จะมีการผลัดเปลี่ยนของทีมวิชาชีพต่าง ๆ มาให้ความรู้ในด้านที่ตนเองรับผิดชอบแก่ผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม
	PCU หนองหาร	อังคาร และพฤหัสบดี เป็น คลินิกเบาหวานเคลื่อนที่เข้าไปตรวจรักษาตามหมู่บ้าน และวันศุกร์ 8.00 - 12.00 น. เปิดคลินิกที่ PCU	ทั้งรูปแบบคลินิกเคลื่อนที่และคลินิกที่ PCU ใช้เวลาเท่ากัน คือประมาณ 2 ชั่วโมง	ทีมผู้ให้บริการมีความเป็นกันเองและเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ ของ PCU เป็นอย่างดี	รายบุคคล เนื้อหาขึ้นอยู่กับปัญหาและสภาวะของผู้ป่วยแต่ละคนในการมารับบริการแต่ละครั้ง
	สอ.หนองมะจับ	ทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน ให้บริการตั้งแต่เวลา 07.00 - 12.00 น.	ประมาณ 1.30 ชั่วโมง	ผู้ให้บริการมีความเป็นกันเอง มีมนุษยสัมพันธ์ดี และมีความคุ้นเคยกับผู้รับบริการเป็นอย่างดี	การให้สุศึกษาขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละครั้ง (ถ้าผู้ป่วยมีจำนวนมากมารับบริการพร้อมกันจะไม่มีการให้สุศึกษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีจำนวนน้อยจะให้สุศึกษาเป็นรายบุคคลสั้น ๆ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุ่มศึกษาแก่ผู้รับบริการ
	อ.สะเมิง				
	รพ.สะเมิง	วันพฤหัสบดี ระหว่างเวลา 07.00 - 12.00 น.	ประมาณ 2-3 ชั่วโมง	ผู้ให้บริการมีความเป็นกันเอง มีมนุษยสัมพันธ์ และมีความคุ้นเคยกับผู้รับบริการเป็นอย่างดี	ให้สุ่มศึกษาเป็นรายบุคคล สำหรับเนื้อหาของการให้สุ่มศึกษาจะขึ้นกับสภาวะ/ปัญหาของผู้ป่วย
	สต.บ้านป้อก	ไม่มีการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่มีการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่มีการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่มีการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน
พิษณุโลก	อ.เมือง				
	รพ.พุทธชินราช	• รับบัตรคิว • พยาบาลเก็บตัวอย่างเลือด 5 นาที • รอผลตรวจเลือดจากห้องแลป 60-120 นาที • พยาบาลคัดกรองและซักประวัติ 5-10 นาที • แพทย์ตรวจร่างกายและประเมินการรักษา 5-10 นาที • พยาบาลให้คำปรึกษาทั่วไป นัดหมายครั้งหน้า 5-10 นาที • รอรับยาจากเภสัชกรห้องยา 30-60 นาที • การให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่ม (กลุ่มละ 10-15 คน) ทำตอนบ่าย (บางราย)	(3) 2-4 ชม.	(3) สนใจผู้รับบริการพยายามจัดกิจกรรมในการให้บริการกระจายในระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อรอรับการตรวจ เช่น มีการสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรม	ทุกๆไปจะเป็นระดับ (3) มีการจัดให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่ม โดยสหวิชาชีพ ที่ห้องเรียนรู้ กลุ่มละ 10-15 คน แต่ในผู้ป่วยบางรายที่พบแพทย์เฉพาะทางก็จะได้รับคำปรึกษา/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแพทย์ในขณะที่พบแพทย์ แต่ถ้าเป็นคลินิกพิเศษของอายุรกรรม จะเป็นระดับ (4) มีการให้คำปรึกษารายบุคคลที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้รับบริการ
	ศสช.สระโคก				

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุศึกษาแก่ผู้รับบริการ
	ศสช.บ้านกร่าง	- เจ้าหน้าที่ศสช./พยาบาลคัดกรอง ตรวจ DTX และซักประวัติ 5-10 นาที - แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ศสช. ตรวจร่างกาย และประเมินการรักษา 5-10 นาที - พยาบาล/เจ้าหน้าที่ศสช.จัดยาและให้คำปรึกษา 5-10 นาที - รอตรวจนานกว่าช่วงอื่นๆ - ไม่มีกิจกรรมใดๆ	(1) น้อยกว่า 1 ชม.	(2) สนใจผู้รับบริการแต่ไม่ได้ปรับ	(1) มีการพูดคุยทั่วๆไปในการประเมินพฤติกรรม การปรับตัว ที่สถานพยาบาล
สมุทรปราการ	อ.เมือง				
	รพ.สมุทรปราการ	*หิบบัตรคิว-รอตัว/s 1.30 ชม. *ยื่นบัตร-คิว/s-รอพบแพทย์(ซักประวัติ) 2.30 ชม.(ถ้าไปอบรมกลุ่มให้สุศึกษาเพิ่มอีก 1 ชม.) *รับบัตรนัดไปตรวจเลือด 2 นาที *จ่ายเงิน UC 2 นาที *ใบสั่งยา-รอรับยา 34 นาที	* รวม 4.45 ชั่วโมง * ให้สุศึกษารายกลุ่มด้วยรวม 5.45 ชั่วโมง	*ใส่ใจผู้รับบริการ(แพทย์เฉพาะคน) *ให้ญาติผู้ป่วยร่วมสนทนาในห้องตรวจ	*รายบุคคล,กลุ่ม โดยทีมสหวิชาชีพ คุณภาพดี เตรียมเนื้อหาดี,เอกสารการเรียนรู้เต็มที่,จัดเวลา/วางแผนอย่างเป็นระบบ
	PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	*รอรับบัตร 1 นาที *ซักประวัติ-V/s -พบแพทย์ 5 นาที *รอรับยา 3 นาที	10 นาที	*สนใจผู้รับบริการแต่ไม่ได้ปรับพฤติกรรมบริการ	*ส่วนใหญ่มีการพูดคุยทั่วๆไป,เนื้อหาสุศึกษาทั่วๆไป(การกิน,ออกกำลังกาย,การใช้ยา)
	PCU พุทธรักษา	*รอรับบัตร 1 นาที *ซักประวัติ-V/s -พบแพทย์ 35 นาที *รอรับยา 15 นาที *ห้องรับยา/สุศึกษา 2 นาที	53 นาที	*แพทย์สนใจผู้รับบริการแต่ไม่ได้ปรับพฤติกรรมบริการ	*ส่วนใหญ่มีการพูดคุยทั่วๆไป,เนื้อหาสุศึกษาทั่วๆไป(การกิน,ออกกำลังกาย,การใช้ยา)

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุศึกษาแก่ผู้รับบริการ
	PCU เทพารักษ์	*รอรับบัตร 1 นาที *ซักประวัติ-V/s -พบแพทย์ 5 นาที *รอรับยา 5 นาที	11 นาที	*สนใจผู้รับบริการแต่ไม่ได้รับพฤติกรรมบริการ	*ส่วนใหญ่มีการพูดคุยทั่วไป,เนื้อหาสุศึกษาทั่วไป(การกิน,ออกกำลังกาย,การใช้ยา)
ลพบุรี	อ.เมือง				
	รพ.ลพบุรี	*ทำบัตร-v/s-รอพบแพทย์ 1.15 นาที(ให้สุศึกษาระหว่างรอ *ในห้องตรวจ 4 นาที *รอรับยา-กลับบ้าน 30 นาที	* 1.49 ชั่วโมง	*สนใจผู้รับบริการดี เน้นผลทางclinic ใช้ CGPเฉพาะคน เน้นการดูแลตนเองดีและปรับตามสภาพผู้รับบริการ	*จัดเนื้อหา 7 เรื่องที่ผู้ป่วยต้องผ่านการเรียนรู้ มีการ์ดเช็กหัวข้อ ทำเป็นรายบุคคลและมีกลุ่มเรียนรู้โดยทีมสหสาขา/พยาบาลที่รับผิดชอบ มีเอกสารแจก ร่วมกับ((โภชนาการ)
	PCU อบต.ท่าศาลา	*ทำบัตร-v/s-รอพบแพทย์ 30 นาที *ในห้องตรวจกับแพทย์ 13 นาที *รอรับยา-กลับบ้าน 3 นาที	* 46 นาที	*ให้เวลาค่อนข้างมาก สนใจผู้รับบริการทั้งทีมส่งเสริมให้เวลาพบจนท.สุศึกษาชัดเจน	*จัดตารางจนท.ให้ความรู้ช่วงรอพบแพทย์ในหัวข้อที่กำหนด ให้ข้อมูลการรักษา/วันนัด
	PCU ดงตาล	*ทำบัตร-v/s-รอพบแพทย์ 10 นาที *ในห้องตรวจกับแพทย์ 2 นาที *รอรับยา-กลับบ้าน 2 นาที	*14 นาที	*สนใจผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมีความเป็นกันเอง มีมนุษยสัมพันธ์ดี และมีความคุ้นเคยกับผู้รับบริการเป็นอย่างดี แต่จนท.จำนวนจำกัด	*มีคู่มือการดูแลและประเมินตนเอง/ให้การตรวจและรับยา
	PCU ท่าศาลา	*ทำบัตร-v/s-รอพบแพทย์ 10 นาที *ในห้องตรวจกับแพทย์ 5 นาที *รอรับยา-กลับบ้าน 3 นาที	*18 นาที	*มีระบบสนับสนุนดี จนท.ให้บริการธรรมชาติ	*จัดทำกลุ่มเบาหวาน/ครอบครัว

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุกศึกษาแก่ผู้รับบริการ
	อ.ชัยบาดาล				
	รพ.ชัยบาดาล	*ทำบัตร-v/s-รพพบแพทย์ -สุกศึกษา 50 นาที *พบแพทย์ 5 นาที รอรับยา-กลับบ้าน 10 นาที	* 1.5 ชั่วโมง	*เป็นการดูแลเฉพาะคน(ขึ้นกับแพทย์ การใช้ยา CPG) เน้นการดูแล poor control case	*สอนทำรายกลุ่ม-บุคคล มีการให้ข้อมูลเพื่อพิจารณาปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ยังไม่เน้นทุกราย
	สอ.ท่ามะนาว	*ทำบัตรซักประวัติ 1 นาที * วัดv/s 5 นาที *จ่ายยา/แนะนำการใช้ยา 4 นาที	* 10 นาที	*สนใจผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมีความเป็นกันเอง มีมนุษยสัมพันธ์ดี และมีความคุ้นเคยกับผู้รับบริการเป็นอย่างดี	* ให้ข้อมูลผู้ป่วยรวมญาติที่ในและนอกสถานบริการ ใช้วิธีสอบถาม/สังเกตและให้ความรู้/มีกลุ่มเบาหวาน
	สอ.บัวชุม	เป็นการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว โดยมีผู้ให้บริการ 1 คน การประสานกับ รพ.เป็นไป	5-10 นาที	1	1
อยุธยา	อ.นครหลวง				
	รพ.สมเด็จพระสังฆราช	จัดบริการสัปดาห์ละ 2 วัน มีการให้ความรู้เป็นกลุ่ม counselling และส่งเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดใน CPG	3	2	3 และ 4 ในบางกรณี
	สอ.หนองปลิง	จัดบริการเดือนละ 1 วันตรวจโดยพยาบาลจากโรงพยาบาล มีการให้ความรู้เป็นกลุ่ม และติดตามเยี่ยมบ้านกรณีขาดนัด ส่งต่อตามเกณฑ์ CPG	4	2	3 และ 4 ในบางกรณี
	สอ.ท่าช้าง	จัดบริการเดือนละ 2 วัน ตรวจโดยแพทย์จาก รพ. มีการให้ความรู้เป็นกลุ่ม counselling เยี่ยมบ้าน และส่งต่อตามเกณฑ์ที่กำหนดใน CPG	4	2	3 และ 4 ในบางกรณี

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุขศึกษาแก่ผู้รับบริการ
ขอนแก่น	อ.เมือง				
	รพ.ขอนแก่น				
	ศูนย์มิตรภาพ				
	สอ.โคกสี	ให้บริการเริ่ม 7.00 น. เจาะเลือดรับประทานอาหารรอพบแพทย์ การให้บริการในแต่ละส่วนย่อยไม่เกินจุดละ 5 นาที สำหรับวันศุกร์เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตรวจร่างกายและรับยาเสร็จสิ้นในจุดเดียว หลังจากนั้นก็จะเข้ากลุ่มช่วยเหลือตัวเองซึ่งกระบวนการต่างๆเสร็จสิ้นภายในเวลาไม่เกิน 10.00 น.	1.30 - 2 ชั่วโมง	ผู้ให้บริการมีความสนใจผู้รับบริการสม่ำเสมอและมีการปรับวิธีการให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ	มีการประเมินปัญหาและให้ความรู้ผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่ลักษณะการให้ความรู้แบบนี้จะใช้ในกลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อน และการจัดกลุ่มช่วยเหลือตัวเองในกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
	ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง	ให้บริการคลินิกเบาหวานทุกวัน วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ บริการร่วมกับการตรวจผู้ป่วยทั่วไปไม่ได้แยกคลินิกต่างหาก ทางศูนย์นัดผู้ป่วยเบาหวานวันละประมาณ 30-40 ราย(คิดเป็น 8 ครั้ง/เดือน) ให้บริการตั้งแต่วันที่ 7.30 น.แพทย์เริ่มตรวจประมาณ 09.00 น. การให้บริการในแต่ละส่วนย่อยไม่เกินจุดละ 10 นาที กระบวนการทั้งหมดที่ให้บริการจะเสร็จสิ้นในเวลาไม่เกิน	4 ชั่วโมง	ผู้ให้บริการสนใจผู้รับบริการสม่ำเสมอและได้มีการปรับวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ เช่นการจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย	มีการประเมินปัญหาและให้ความรู้ผู้ป่วยรายบุคคล และการจัดกระบวนการกลุ่มให้ความรู้ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม
	อ.น้ำพอง				

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุกศึกษาแก่ผู้รับบริการ
	รพ.น้ำพอง	การให้บริการในแต่ละส่วนย่อยไม่เกินจุดละ 10 นาที จุดที่ต้องรอนานได้แก่ในช่วงรอพบแพทย์ เนื่องจากแพทย์จะใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนขานาน หรือจุดที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้โดยพยาบาล	ไม่เกิน 4 ชั่วโมง	ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการและสนใจผู้รับบริการสม่ำเสมอ ได้มีการปรับวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ	มีการประเมินปัญหาและให้ความรู้ผู้ป่วยรายบุคคล และการจัดกลุ่มให้ความรู้ตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม
	สอ.คำแก่นคูณ ด.ม่วงหวา	เริ่มให้บริการเวลา 7.30 น. การให้บริการในแต่ละส่วนย่อยไม่เกินจุดละ 10 นาที จุดที่ต้องรอนานได้แก่รอตรวจกับแพทย์ ภาพรวมการให้บริการส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมจะเกิดขึ้นต่อเนื่องผู้ป่วยจึงรู้สึกว่ารอนาน	4-5 ชั่วโมง	ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการและสนใจผู้รับบริการสม่ำเสมอ ได้มีการปรับวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ	มีการประเมินปัญหาและให้ความรู้ผู้ป่วยรายบุคคล และการจัดกลุ่มให้ความรู้ตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม
	สอ.ศรีประเสริฐ ด.วังชัย	เริ่มให้บริการเวลา 7.30 น. เสร็จสิ้นกระบวนการทั้งหมดในเวลาประมาณ 11.30-12.00 น. การให้บริการในแต่ละส่วนย่อยไม่เกินจุดละ 10 นาที จุดที่ต้องรอนานได้แก่รอตรวจกับแพทย์ ภาพรวมการให้บริการส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมจะเกิดขึ้นต่อเนื่องผู้ป่วยจึงรู้สึก	4 ชั่วโมง	ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการและสนใจผู้รับบริการสม่ำเสมอ ได้มีการปรับวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ	มีการประเมินปัญหาและให้ความรู้ผู้ป่วยรายบุคคล และการจัดกลุ่มให้ความรู้ตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม การจัดกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายร่วมกัน โดยให้ชุมชน(กลุ่มผู้สูงอายุ)เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำในกิจกรรมกลุ่ม
	PCU.รพ.น้ำพอง				
	PCU ม่วงหวาน				

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุขภาพแก่ผู้รับบริการ
ร้อยเอ็ด	อ.เมือง				
	รพ.ร้อยเอ็ด	30 นาที- 1 ชม	5 hrs.	ดี	รายนกลุ่มที่ OPD, รายเดี่ยว ห้องรอตรวจ
	PCU เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	31 นาที- 1 ชม	5 hrs.	ดี	รายนกลุ่มที่ OPD, รายเดี่ยว ห้องรอตรวจ
	PCU สังข์สงฆาง	1 ชม	1 ชม.ทั้งนี้ไม่มีแพทย์ออกตรวจเป็นเพียงเจ้าหน้าที่จ่ายยาต่อเนื่องในรายที่ไม่มีปัญหาเท่านั้น	ดี	รายนกลุ่ม และเดี่ยว
	PCU เฉลิมพระเกียรติสิเ	30 นาที	5-6 ชม.ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรณีที่แพทย์หรือคณะเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจะเข้ามาถึง pcu ซ้ำหรือเร็ว ถ้ามามีคนไข้ก็จะรอนาน	ดีมาก ทั้งเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ pcu เอง	-รายนกลุ่ม ขณะนั่งรอตรวจโดยพยาบาลจาก รพ.หรือ PCU - รายเดี่ยวกรณีที่มีปัญหาเช่นคุดน้ำตาลไม่ได้ หรือ มีโรคแทรก
	อ.พนมไพร				
	รพ.พนมไพร	30 นาที	4 ชม.	ดี	รายนกลุ่ม และเดี่ยว
	สอ.คอนกลอย	5 นาที	30 นาที	ดี	รายนกลุ่ม และเดี่ยว
	PCU โพธิ์ชัย	5 นาที	30นาที	ดี	รายนกลุ่ม และเดี่ยว

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุกศึกษาแก่ผู้รับบริการ
กาฬสินธุ์	อ.กมลาไสย				
	รพ.กมลาไสย	30 นาที - 1 ชม.	4 ชม.	ดี	รายกลุ่ม และเดี่ยว
	สอ.หนองบัว	10 นาที	3 ชม. ขึ้นอยู่กับว่าแพทย์และทีมโรงพยาบาลออกมาถึง PCU ช้าหรือเร็ว	ดี	รายกลุ่ม และเดี่ยว
	สอ.โพนงาม	5 นาที	3 ชม. ขึ้นอยู่กับว่าแพทย์และทีมโรงพยาบาลออกมาถึง PCU ช้าหรือเร็ว	ดี	รายกลุ่ม และเดี่ยว
เลย	อ.ภูกระดึง				
	รพ.ภูกระดึง	30 นาที	3 ชม.	ดี	รายกลุ่ม และเดี่ยว
	สอ.หนองหิน	15 นาที	3 ชม.	ดี	รายกลุ่ม และเดี่ยว
กรุงเทพฯ					
	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช	ไม่มี	1 ชม.	2	3
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16	ไม่มี	2 ชม.	2	1

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการให้บริการในแต่ละส่วนย่อย	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร - กลับบ้าน)	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	วิธีการให้ความรู้/สุขศึกษาแก่ผู้รับบริการ
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 (ศูนย์รวมเกล้าฯ)	ไม่มี	2 ชม.	2	1
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ	ไม่มี	2 ชม.	2	1
	PCU บึงกุ่ม	ไม่มี	2 ชม.	2	0
	ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหนองจอก	ไม่มี	2 ชม.	2	0

คุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน และป้องกัน

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
สงขลา อ.เมือง							
	รพ.สงขลา	PCU ในเครือข่าย ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ประชากรอายุ 40ปี ขึ้นไป) ในพื้นที่รับผิดชอบตามมาตรฐานการคัดกรอง โดย ใช้การสัมภาษณ์ (verbal screening) และการเจาะเลือดปลายนิ้ว โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนอุปกรณ์ ในการตรวจคัดกรอง หากพบผู้รับบริการที่มีภาวะเบาหวาน จะส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย			ขึ้นทะเบียนที่PC U ส่งต่อพบแพทย์อายุรกรรม พยาบาล ติดตาม ว่าส่งกลับไปPCU หรือไม่	แนะนำ ตรวจซ้ำ 1 ปี	
	PCU เมืองรพ.สงขลา					แนะนำ ตรวจซ้ำ 1 ปี	
	PCU ควนหิน					แนะนำ ตรวจซ้ำ 1 ปี	
	PCU หัวเขา (อิสลาม)					แนะนำ ตรวจซ้ำ 1 ปี	
	อ.ระโนด						
	รพ.ระโนด	ตรวจเลือด	มากกว่า 40 ปี	> 126	ส่งพบแพทย์ ประเมิน	แนะนำ ตรวจซ้ำ 1 ปี	
	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	ตรวจเลือด	มากกว่า 40 ปี	> 126	ส่งพบแพทย์ ประเมิน	แนะนำ ตรวจซ้ำ 1 ปี	
	สอ.สามาง ด.ตะเคียน	ตรวจปัสสาวะ	มากกว่า 40 ปี	ผลบวก น้ำตรวจซ้ำ	ส่งพบแพทย์ ประเมิน	แนะนำ ตรวจซ้ำ 1 ปี	
	PCU บ่อตรู	ตรวจเลือด	มากกว่า 40 ปี	> 126	ส่งพบแพทย์ ประเมิน	แนะนำ ตรวจซ้ำ 1 ปี	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
ยะลา	อ.เมือง						
	รพ.ยะลา	4	ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป	วัดความดันโลหิตและเจาะ DTX ถ้า DTXหลังอาหาร ☐ 200 mg/dl จะนัดเจาะ FBS อีกครั้ง ถ้าผลผิดปกติ 110-125	แพทย์ให้การตรวจวินิจฉัยโรค ตรวจรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพ ให้คำปรึกษาเรื่องโรคที่ผู้ป่วย เป็นอยู่ แจกแผ่นพับเรื่อง โรคเบาหวาน แนะนำการ ปฏิบัติตัวในเรื่องการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมาพบแพทย์ตามนัด	ให้คำแนะนำเรื่องการ ปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงการเกิด โรคเบาหวาน แจก แผ่นพับเรื่อง โรคเบาหวาน คัดกรอง เบาหวานทุกปี	
	PCU ตลาดเก่า	4	ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป	วัดความดันโลหิตและเจาะ DTX ถ้า DTXหลังอาหาร ☐ 200 mg/dl จะนัดเจาะ FBS อีกครั้ง ถ้าผลผิดปกติ 110-125	โรค ให้คำปรึกษาเรื่องโรคที่ ผู้ป่วยเป็นอยู่ แจกแผ่นพับเรื่อง โรคเบาหวาน แนะนำการ ปฏิบัติตัวในเรื่องการ รับประทานอาหาร การ	ให้คำแนะนำเรื่องการ ปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงการเกิด โรคเบาหวาน	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
					ส่งพบแพทย์ เพื่อการวินิจฉัย ออกกำลังกาย การรับประทาน ยา การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การมาพบ แพทย์ตามนัด	แจกแผ่นพับเรื่อง โรคเบาหวาน คัดกรอง เบาหวานทุกปี	
	สอ.บรู	4	1.ประชาชนที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป 2. ทำแผนเชิงรุกออกตรวจคัดกรอง ตามกลุ่มบ้านต่างๆ 3. ทำการคัดกรองในสถานบริการ ในกรณีที่กลุ่มเป้าหมายมารับ บริการที่ สอ.	ไม่ระบุ	1.แจ้งผลการตรวจคัดกรอง2. ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน แยกตามรายหมู่บ้าน 3. ส่งผู้ป่วยพบแพทย์	1. ให้คำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตัว ด้าน อาหารการกิน การ ออกกำลังกาย เพื่อลด ความเสี่ยงการ เกิดโรคเบาหวาน 2. แจกแผ่นพับเรื่อง โรคเบาหวาน 3. นัดตรวจสุขภาพ ทุกปี	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	สอ.บุรี	4	ผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีปัจจัยเสี่ยง	มีญาติสายตรง(พ่อแม่พี่น้อง) เป็นเบาหวานมีความดัน โลหิตสูง มารดาที่มีประวัติคลอดบุตรมี น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4 กิโลกรัมมารดาเคยมีประวัติ เบาหวานขณะตั้งครรภ์	ลงทะเบียนผู้ป่วย รายใหม่ ทำแผนติดตามเยี่ยม บ้านกรณีผู้ที่ผลคัดกรองปกติ ตรวจทุกปี	นัดตรวจสุขภาพ ประจำปี	
	อ.รามัน						
	รพ.รามัน	4	ประชากรอายุ 35 ปี	ใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยง	ส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่าย ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรอง จะมีสมุดบันทึกสุขภาพ กรณีปกติจะมีการบันทึกข้อมูล ในสมุด การ Paln F/U มีละ 1 ครั้ง	มีระบบการให้สุข ศึกษาให้คำแนะนำถึง ปัจจัยเสี่ยงของการ เกิดโรค และการ F/U ทุก 1 ปี , กรณี First Dx ให้ ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรค ,	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
						ลงทะเบียน , การส่งต่อข้อมูล , การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	
	สอ.เกาะรอ	2	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ส่งต่อไปให้โรงพยาบาล ตรวจต่อ	ไม่ระบุ	
	สอ.โกตาบารู	3	นั้ดผู้ป่วย อายุ 35 ปีขึ้นไป	การชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ตรวจ Alb , Suy , ชักความเสี่ย / พฤติกรรมเสี่ย ถ้าค่า BMI สูง / มีญาติเป็น DM / ค่า Alb , Sug สูง	จะส่งต่อโรงพยาบาล	ไม่ระบุ	
เชียงใหม่	อ.แม่ริม						
	รพ.นครพิงค์	คัดกรองแบบตั้งรับในสถานพยาบาลและรับการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองจาก สอ.และงาน OPD	ไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนและตายตัว	ก็เจาะเลือดหลัง NPO หลังเที่ยงคืน ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 120 มก./ ดล.	จัดให้เข้ากลุ่มเป็น Self-Help Group โดยจะมีทีมผู้ให้สุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย นักโภชนาการ, นักกายภาพ, เภสัชกร, พยาบาล ผลัดเปลี่ยนกันให้ความรู้และจัดกิจกรรม	ไม่มีระบบใด ๆ ว่าสำหรับผู้ที่มีผลปกติ	ไม่มี

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	ศูนย์แพทย์ชุมชนคอนแก้ว	มีทั้งแบบตั้งรับและเข้าไปในชุมชนประเมินความเสี่ยงโดยใช้เกณฑ์ของจังหวัด	อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป, ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน, BMI>25, หรือมีลูกน้ำหนักเกิน 4,000 กรัม	เจาะเลือดตรวจโดย DTX ถ้าได้ค่ามากกว่า 110mg% นัดให้มารับบริการตรวจเลือดซ้ำที่ศูนย์แพทย์ 1 สัปดาห์ (ในวันที่มีคลินิกครั้งต่อไป)	ให้รับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์	ให้สุศึกษาและแนะนำให้มาตรวจคัดกรองทุกปี	ไม่มี
	สอ.สะलग	มีทั้งแบบตั้งรับและเข้าไปในชุมชนโดยใช้เกณฑ์ของจังหวัด	ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีที่ไม่เคยตรวจเลือดหาน้ำตาลในเลือดมาก่อน	เจาะเลือดหลัง NPO หลังเที่ยงคืน ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ นัดมาเจาะเลือดติดต่อกัน 3 เดือนแล้วแบบผลร่วมกับใบ refer เพื่อส่งตรวจที่โรงพยาบาล	จะให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน อาหาร และการไปตรวจตามนัด	แนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหาร	ไม่มี
	อ.สันทราย						
	รพ.สันทราย PCU	คัดกรองแบบตั้งรับในสถานพยาบาลและรับ	ไม่มี (ผู้สงสัยว่าจะเป็นเบาหวานเดินเข้ามาขอตรวจเอง)	เจาะเลือดหลัง NPO หลังเที่ยงคืน ระดับน้ำตาล >126 mg/dl และนัดให้มาตรวจ	พบภาวะน้ำตาลในเลือดในระดับควบคุมได้ Diet Control และนัดทุก 3 เดือน	แนะนำการดูแลตนเอง เรื่อง อาหาร การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิด	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
		การส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองจาก สอ.และงาน OPD		ซ้ำภายใน 2 อาทิตย์ หรือ 1 เดือน	หากพบ FBS สูงอยู่ในความพิจารณาของแพทย์ จะให้การรักษาย่อยหรือ FU	โรคเบาหวานและแนะนำให้ตรวจซ้ำทุก 1-3 ปี	ไม่มี
	PCU หนองหาร	มีทั้งแบบตั้งรับและเข้าไปในชุมชนประเมินความเสี่ยงโดยใช้เกณฑ์ของจังหวัด	กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป ,อ้วน มี BMI >25, ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงทุกราย ,เครือญาติสายตรง ของผู้ป่วยเบาหวานทุกคนในตำบลหนองหาร ผู้ที่ดื่มสุราและเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ	จะตรวจ Urine, Albumin , DTX ถ้า FBS สูง จะนัดให้เจาะระดับน้ำตาลอีกครั้งที่ศูนย์ ๑ หรือถ้าเป็นกลุ่มเสี่ยง (impaired glucose) ต้องเฝ้าระวังโดยการให้มาตรวจอย่างน้อยปีละครั้ง	ให้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน ให้ความรู้เรื่องโรคการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ความรู้เป็นรายบุคคล	สำหรับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงส่งเสริมถ่ายทอดความรู้ต่อให้กับคนใกล้ชิดในแง่ความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มต้นของเบาหวาน	ไม่มี
	สอ.หนองมะจับ	มีทั้งแบบตั้งรับและเข้าไปในชุมชนโดยใช้เกณฑ์ของจังหวัด	ใช้เกณฑ์ของกระทรวงฯ เช่น อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป, ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน, BMI>25, หรือมีลูกน้ำหนักเกิน 4,000 กรัม เป็นต้น	หลังประเมินหากมีภาวะเสี่ยงเป็นเบาหวาน จะตรวจปัสสาวะ ถ้าได้ผลบวกจะนัดมาเจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่ สอ. ในวันที่มีคลินิกครั้งต่อไป	สูงมาก (มากกว่า 150 mg/dl) จะเฝ้า	แนะนำให้รับการคัดกรองทุกปี	ไม่มี

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	อ.สะเมิง						
	รพ.สะเมิง	เป็นการคัดกรองแบบตั้งรับ ในสถานพยาบาลและเชิงรุก เข้าไปในชุมชน โดยฝ่าย ชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ สอ.	1. ผู้ที่สงสัยว่าตนเองเป็นเบาหวาน จะขอเจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่ รพ. 2. การเข้าไปคัดกรองในชุมชน ในเกณฑ์ของกระทรวงฯ	g/dl จะนัดผู้ป่วยมาที่คลินิกหรือ	ถ้า FBS ยังไม่สูงมาก เจ้าหน้าที่จะให้ควบคุมอาหาร	ให้ความรู้เรื่องการ ป้องกันโรคเบาหวาน และในกรณีที่เป็นกลุ่ม เสี่ยงจะแนะนำให้รับ การคัดกรองเป็น ประจำทุกปี	ไม่มี
	สอ.บ้านป้อก	มีทั้งแบบตั้งรับและเข้าไป ในชุมชนประเมินความเสี่ยง โดยใช้เกณฑ์ของจังหวัด	ตามเกณฑ์ของกระทรวงฯ เช่น ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป, อ้วน, ฯลฯ	ประเมินโอกาสเสี่ยงและ พิจารณาจากค่าFBS	สอ. ไม่มีบทบาทหลังการคัด กรอง	สอ. ไม่มีบทบาทหลัง การคัดกรอง	ไม่มี
พิษณุโลก	อ.เมือง						
	รพ.พุทธชินราช	(4) ศสช.มีคัดกรองปีละครั้ง หรือตามนโยบายจังหวัด มี การกำหนดวิธีการคัดกรอง (เกณฑ์)	ถ้าเจาะโดยงดอาหารและน้ำ 6-8 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลปกติ <110 mg% ระดับน้ำตาลผิดปกติ>110 mg%	ถ้าเจาะโดยงดอาหารและน้ำ 6-8 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลปกติ <110 mg% ระดับน้ำตาล ผิดปกติ>110 mg%	ผู้ป่วยที่มีผล DTX อยู่ในกลุ่ม ผิดปกติ และได้ถูกนัดอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS	ถ้าผล DTX อยู่ใน กลุ่มปกติ (ไม่เป็น เบาหวาน) ให้	ถ้าผล DTX อยู่ใน กลุ่มผิดปกติ (สงสัยมี ภาวะ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
		ประชากรกลุ่มเสี่ยง (อายุมากกว่า 40 ปี) โดยสรุปวิธีการคัดกรอง 1. ลงทะเบียนประชากรชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป 2. เจาะเลือด (ปลายนิ้ว) วัดระดับน้ำตาลในเลือด DTX ทุกราย ถ้าผล DTX อยู่ในกลุ่มผิดปกติ (สงสัยมีภาวะเบาหวาน) ให้ PCU นัดผู้มีระดับน้ำตาลผิดปกติอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS ตรวจยืนยัน	ถ้าตรวจเวลาใดก็ตาม ระดับน้ำตาลปกติ <140 mg%ระดับน้ำตาลผิดปกติ >140 mg% • ถ้าผล DTX อยู่ในกลุ่มปกติ (ไม่เป็นเบาหวาน) ให้ลงทะเบียนประชาชนไว้และติดตามเจาะเลือดทุก 2 ปี • ถ้าผล DTX อยู่ในกลุ่มผิดปกติ (สงสัยมีภาวะเบาหวาน) ให้ PCU นัดผู้มีระดับน้ำตาลผิดปกติอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS ตรวจยืนยัน 3. การเจาะ FBS ถ้าผลมากกว่า110	ถ้าตรวจเวลาใดก็ตาม ระดับน้ำตาลปกติ <140 mg%ระดับน้ำตาลผิดปกติ >140 mg% • ถ้าผล DTX อยู่ในกลุ่มปกติ (ไม่เป็นเบาหวาน) ให้ลงทะเบียนประชาชนไว้และติดตามเจาะเลือดทุก 2 ปี • ถ้าผล DTX อยู่ในกลุ่มผิดปกติ (สงสัยมีภาวะเบาหวาน) ให้ PCU นัดผู้มี	ตรวจยืนยัน และเมื่อผลมากกว่า110 mg% ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัววันอังคาร เวลา 13.30-16.00 น.เมื่อผู้ป่วยมาที่ ศสช.เมือง มีการตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจผลปฏิบัติการแล้ว พยาบาลซักประวัติ ตรวจภาวะแทรกซ้อนระบบต่างๆ	ลงทะเบียนประชาชนไว้และติดตามเจาะเลือดทุก 2 ปี	เบาหวาน) ให้ PCU นัดผู้มีระดับน้ำตาลผิดปกติอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS ตรวจยืนยัน และถ้าเจาะ FBS แล้วผลน้อยกว่า 110 mg% ให้นัดตรวจซ้ำทุก 1 ปี

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
			4. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด แพทย์จะพิจารณาส่งกลับ ศสช. เป็นเวลา 6 เดือน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ • ควบคุมน้ำตาลได้ FBS < 140 อย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้ง • คุมระดับไขมันในเลือดและความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่แพทย์พิจารณา • ศสช. นั้นมีการจัดรูปแบบการดูแล/การตรวจรักษา/กิจกรรมการเรียนรู้ในรูปแบบชมรมโรคเรื้อรัง • ผู้ป่วยยินดีและสะดวกไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	ระดับน้ำตาลผิดปกติอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS ตรวจยืนยัน การเจาะ FBS ถ้าผลมากกว่า 110 mg% ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัววันอังคาร เวลา 13.30-16.00 น.	เช่น ตรวจเท้า ฟัน ตา เข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และรับการตรวจโดยแพทย์เฉพาะทางในผู้ป่วยรายใหม่		

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	ศสช.สระแก้ว	(4) ศสช.มีคัดกรองปีละครั้ง หรือตามนโยบายจังหวัด มีการกำหนดวิธีการคัดกรอง (เกณฑ์) ประชากรกลุ่มเสี่ยง (อายุมากกว่า 40 ปี) หลังจากที่ถูกคัดกรองแล้วจะมีการส่งเฉพาะผู้ที่เข้าเกณฑ์ เป็นผู้ป่วยไปโรงพยาบาล (ศสช.เมือง) โดยสรุป วิธีการคัดกรอง 1. ลงทะเบียนประชากรชาย และหญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป 2. เจาะเลือด (ปลายนิ้ว) วัดระดับน้ำตาลในเลือด DTX ทุกราย ถ้าผล DTX อยู่ใน กลุ่มผิดปกติ (สงสัยมีภาวะ เบาหวาน) ให้ PCU นัดผู้มี ระดับน้ำตาลผิดปกติอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS ตรวจ ขึ้นขึ้น	การอ่านผล • ถ้างัดน้ำอาหารและน้ำ 6-8 ชั่วโมง DTX < 110 mg% = ปกติ DTX $\geq$ 110 mg% = ไม่ปกติ • ในรายที่ไม่ได้งดอาหารและน้ำ เจาะเวลาใดก็ตาม DTX < 140 mg% = ปกติ ให้ ลงทะเบียนไว้ติดตามเจาะเลือดทุก 2 ปี DTX $\geq$ 140 mg% = ผิดปกติ อีก 7 วันให้นัดเจาะเลือด (ข้อพับแขน) เพื่อตรวจขึ้นขึ้น • การตรวจเลือดขึ้นขึ้น (FBS) ที่ ศสช.หลัก (หัวรอ) ถ้าผลมากกว่า 110mg% ส่งพบแพทย์ในคลินิก เบาหวาน กลุ่มงานเวชศาสตร์ ครอบครั (ศสช.เมือง) ทุกวัน อังคาร เวลา 13.00-16.00 น.	การอ่านผล • ถ้างัดน้ำอาหารและน้ำ 6-8 ชั่วโมง DTX < 110 mg% = ปกติ DTX $\geq$ 110 mg% = ไม่ปกติ • ในรายที่ไม่ได้งดอาหารและ น้ำเจาะเวลาใดก็ตาม DTX < 140 mg% = ปกติ ให้ลงทะเบียนไว้ติดตามเจาะ เลือดทุก 2 ปี DTX $\geq$ 140 mg% = ผิดปกติ อีก 7 วันให้นัดเจาะเลือด (ข้อ พับแขน) เพื่อตรวจขึ้นขึ้น • การตรวจเลือดขึ้นขึ้น (FBS) ที่ ศสช.หลัก (หัวรอ) ถ้าผล มากกว่า 110mg% ส่งพบ แพทย์ในคลินิกเบาหวาน กลุ่ม งานเวชศาสตร์ครอบครั (ศสช.เมือง) ทุกวันอังคาร เวลา 13.00-16.00 น.	ถ้าหากได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นเบาหวาน ก็จะ ส่งเข้าคลินิกเบาหวาน	ถ้าผล DTX อยู่ใน กลุ่มปกติ (ไม่เป็น เบาหวาน) ให้ ลงทะเบียนประชาชน ไว้และติดตามเจาะ เลือดทุก 2 ปี	ถ้าผล DTX อยู่ใน กลุ่มผิดปกติ (สงสัยมี ภาวะเบาหวาน) ให้ PCU นัดผู้มีระดับ น้ำตาลผิดปกติอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS ตรวจขึ้นขึ้น โดย FBS ตรวจที่ ศสช.หลัก (ศสช.หัวรอ) และถ้า เจาะ FBS แล้วผล น้อยกว่า 110 mg% ให้นัดตรวจซ้ำทุก 1 ปี

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	ศสช.บ้านกร่าง	(4) ศสช.มีคัดกรองปีละครั้ง หรือตามนโยบายจังหวัด มีการกำหนดวิธีการคัดกรอง (เกณฑ์) ประชากรกลุ่มเสี่ยง (อายุมากกว่า 40 ปี) หลังจากที่ถูกคัดกรองแล้วจะมีการส่งเฉพาะผู้ที่เข้าเกณฑ์ เป็นผู้ป่วยไปโรงพยาบาล (ศสช.เมือง) โดยสรุปวิธีการคัดกรอง 1. ลงทะเบียนประชากรชาย และหญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป 2. เจาะเลือด (ปลายนิ้ว) วัดระดับน้ำตาลในเลือด DTX ทุกราย ถ้าผล DTX	การอ่านผล - ถ้างดน้ำอาหารและน้ำ 6-8 ชั่วโมง DTX < 110 mg% = ปกติ DTX $\geq$ 110 mg% = ไม่ปกติ - ในรายที่ไม่ได้งดอาหารและน้ำ เจาะเวลาใดก็ตาม DTX < 140 mg% = ปกติ ให้ลงทะเบียนไว้ติดตามเจาะเลือดทุก 2 ปี DTX $\geq$ 140 mg% = ผิดปกติ อีก 7 วันให้นัดเจาะเลือด (ข้อพับแขน) เพื่อตรวจยืนยัน - การตรวจเลือดยืนยัน (FBS) ถ้าผลมากกว่า 110mg% ส่งพบแพทย์ในคลินิกเบาหวาน กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว (ศสช.เมือง) ทุกวันอังคาร เวลา 13.00-16.00 น.	การอ่านผล - ถ้างดน้ำอาหารและน้ำ 6-8 ชั่วโมง DTX < 110 mg% = ปกติ DTX $\geq$ 110 mg% = ไม่ปกติ - ในรายที่ไม่ได้งดอาหารและน้ำ เจาะเวลาใดก็ตาม DTX < 140 mg% = ปกติ ให้ลงทะเบียนไว้ติดตามเจาะเลือดทุก 2 ปี DTX $\geq$ 140 mg% = ผิดปกติ อีก 7 วันให้นัดเจาะเลือด (ข้อพับแขน) เพื่อตรวจยืนยัน	ผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีผล DTX อยู่ในกลุ่มผิดปกติ และได้ถูกนัดอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS ตรวจยืนยัน และเมื่อผลมากกว่า 110 mg% ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัววันอังคาร เวลา 13.30-16.00 น. เพื่อรับการรักษาต่อไป และเมื่อผู้ป่วยเบาหวานที่สภาวะโรคคงที่อย่างน้อย 3-6 เดือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องระวังคุมระดับไขมันและความดันโลหิต และผู้ป่วย	ถ้าผล DTX อยู่ในกลุ่มปกติ (ไม่เป็นเบาหวาน) ให้ลงทะเบียนประชาชนไว้และติดตามเจาะเลือดทุก 2 ปี	ถ้าผล DTX อยู่ใน กลุ่มผิดปกติ (สงสัยมีภาวะเบาหวาน) ให้ PCU นัดผู้มีระดับน้ำตาลผิดปกติอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS ตรวจยืนยัน และถ้าเจาะ FBS แล้วผลน้อยกว่า 110 mg% ให้นัดตรวจซ้ำทุก 1 ปี

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
		อยู่ในกลุ่มผิดปกติ (สงสัยมีภาวะเบาหวาน) ให้ PCU นัดผู้มีระดับน้ำตาลผิดปกติอีก 1 สัปดาห์เพื่อเจาะ FBS ตรวจยืนยัน		• การตรวจเลือดขึ้นยืน (FBS) ถ้าผลมากกว่า 110mg% ส่งพบแพทย์ในคลินิกเบาหวาน กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว (ศสข.เมือง) ทุกวันอังคาร เวลา 13.00-16.00 น.	ยินดี จะถูกส่งมาที่พื้นที่และจ่ายยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลพุทธชินราช ดังนั้นจึงเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาจาก โรงพยาบาลมาก่อน		
สมุทรปราการ	อ.เมือง						
	รพ.สมุทรปราการ	มีแนวทางปฏิบัติ และ ทบทวนการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ให้บริการทำได้ไม่ครบ และคัดกรองไม่ครบทุกรายการตามมาตรฐาน	ญาติสายตรงเป็นหลัก แนะนำผ่านการให้สุขศึกษารายบุคคลและกลุ่ม หรือจากแพทย์ที่ดูแลมากกว่าที่จะทำเป็นโครงการพิเศษ	ตามเกณฑ์การดูแล	ให้การดูแลรักษาคือต่อเนื่อง มีระบบนัดหมายตามอาการและอาการแสดง	แนะนำการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองปีละครั้ง	มีการให้ความรู้ผ่านสื่อแผ่นพับและ hotline ของโรงพยาบาล
	PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	3	อายุตั้งแต่ 35 ปี ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	ใช้เกณฑ์ <100ไม่เป็น,>100,<126เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน	ตรวจน้ำตาลทุกเดือน+พิจารณาการรักษาเป็นรายบุคคลไป	ควบคุมอาหาร+ติดตามทุกๆ6เดือน	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	PCU พุทธรักษา	4	อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไปทุกคน	เกณฑ์ในการคัดกรอง ถ้า FBS.ตั้งแต่126mg%จัดเป็น เบาหวานแล้ว FBS.ตั้งแต่ 100-125mg%จัดเป็นกลุ่มเสี่ยง FBS.ไม่เกิน 99mg%จัดเป็น กลุ่มปกติ	แนะนำวิธีการปฏิบัติตัว การคุมอาหาร การป้องกันโรคแทรกซ้อน การดูแลสมาชิกในครอบครัวเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือ รู้ตัวว่าเป็น และรับการรักษาเร็วที่สุด และให้แพทย์ทำการรักษา นัดหมายตรวจเลือดและรับยาต่อเนื่อง	บอกให้ทราบอาการ และสาเหตุ การป้องกัน และช่วยดูแลเฝ้าระวังโรคแก่สมาชิกในบ้าน และให้ตรวจเลือดเป็นประจำทุกปี	
	PCU เทพารักษ์	4	อายุ40 up	เดือนละครั้งต่อ 1 หมู่บ้าน / คัดกรองโดยวิธีเจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX)	โรค แนะนำให้พบแพทย์ที่สถานีนามัยในวันพฤหัสบดีเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและในระหว่างที่รอพบแพทย์ให้ควบคุมอาหาร ซึ่งในวันที่จะพบแพทย์จะมีการเจาะ DTX ให้ทุกครั้งก่อนพบแพทย์	จะบอกผลและให้คำแนะนำเรื่องอาหาร ภาวะโภชนาการ ต่าง ๆ และนัดคัดกรองซ้ำทุกปี และ 6 เดือนในกลุ่มภาวะเสี่ยง	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
ลพบุรี	อ.เมือง						
	รพ.ลพบุรี	1	ตั้งรับในสถานบริการ ถ้าFBS > 126Mg% นัค 1 อาทิตย์เพื่อติดตามซ้ำ	ทำโดยอายุรแพทย์และจะเป็นการวินิจฉัยหลังจากมาครั้งแรก 1 อาทิตย์ กรณีมาครั้งแรกเพื่อยืนยันการวินิจฉัย	ให้พบอายุรแพทย์คนเดิมที่วินิจฉัยให้ดูแลต่อเนื่อง (ต่อวัน แพทย์ 2 คนจะได้รับรายใหม่ เท่าๆกัน)	ไม่ระบุ	
	PCU อบต.ท่าศาลา	3	ประชาชนในพื้นที่ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป	การประเมินความเสี่ยง โดยมีแบบฟอร์มที่จัดทำไว้ ถ้า NPO พบ Sugar เกิน 110 mg/dL ให้พบแพทย์ ถ้าไม่ได้ NPO พบ Sugar 200 mg/dL พร้อมมีอาการบ่งชี้ให้พบแพทย์ เพื่อยืนยันการตรวจ FBS	พบแพทย์และขึ้นทะเบียนการรักษาและลงทะเบียนนัดครั้งต่อไป กลุ่มเสี่ยงยังไม่ต้องให้ยา จะให้ควบคุมอาหารและนัด Follow up	ไม่ระบุ	
	PCU ดงตาล	2	ไม่ระบุ	ใช้เกณฑ์สอบถามด้วยวาจา 1.บิถามารดา พี่น้องคนใดคนหนึ่งเป็น 2.ภาวะอ้วน BMI มากกว่าหรือเท่ากับ25 3.มีภาวะความดันโลหิตสูง	ส่งต่อโรงพยาบาลลพบุรี - แนะนำการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า เป็นต้น	แนะนำการรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองปีละครั้ง	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
				4.มีภาวะไตรกรีเซอไรด์ มากกว่า 250 มิลลิกรัม 5. ประวัติเบาหวานตลอดบุตร น้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม ถ้าพบข้อหนึ่งข้อใดให้เจาะ DTX			
	PCU ท้ายตลาด	2	ไม่ระบุ	สอบถามด้วยวาจา 1.บิดา มารดา พี่น้องคนใดคนหนึ่ง เป็น 2. ภาวะอ้วน BMI มากกว่าหรือเท่ากับ25 3.มีภาวะความดันโลหิตสูง 4.มีภาวะไตรกรีเซอไรด์ มากกว่า 250 มิลลิกรัม 5. ประวัติเบาหวานตลอดบุตร น้ำหนัก มากกว่า 4 กิโลกรัมถ้าพบข้อ หนึ่งข้อใดให้เจาะ DTX	ส่งต่อโรงพยาบาลลพบุรี - แนะนำการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับ	แนะนำการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองปี ละครั้ง	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	อ.ชัยบาดาล						
	รพ.ชัยบาดาล	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	1.ประวัติครอบครัวสายตรง เป็นเบาหวาน 2.ประวัติส่วนตัว ผ่านการ คลอดบุตร ซึ่งมีน้ำหนัก มากกว่า 4000 กรัม	เมื่อพบภาวะเสี่ยงจะนัดมาเจาะ FBS ที่รพ.	ไม่ระบุ	
	สอ.ท่ามะนาว	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ซักประวัติตรวจร่างกายโดยใช้ แบบคัดกรอง -เกณฑ์การประเมินปัจจัยเสี่ยง เบาหวาน	จะส่งต่อไปที่โรงพยาบาล ให้ แพทย์วินิจฉัย และรับการ รักษาจาก รพ. สอ.จะติดตาม เยี่ยมบ้าน ถ้าระดับน้ำตาล คงที่ไม่มีภาวะอันตราย รพ.จะ ส่งต่อให้มารับยาที่ สอ.	ลงทะเบียนให้ความรู้ ในการป้องกันการเกิด โรคเบาหวาน	
	สอ.บัวชุม	3	ตรวจคัดกรองในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป	ซักประวัติ, ประเมินภาวะเสี่ยง เช่น พันธุกรรม, BMI, อาการ ที่นำสงสัย เป็นต้น จากนั้น ตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะ	ส่งต่อเพื่อรับยาจาก โรงพยาบาล เมื่อโรงพยาบาล ส่งผู้ป่วยกลับมาที่ สอ. จะจ่าย ยาเดิมต่อจากโรงพยาบาล และ ส่งต่อไปตรวจที่โรงพยาบาล ทุก 6 เดือน	ตรวจปีละครั้งหรือ เมื่อมีอาการผิดปกติ และแนะนำให้ความรู้ ในการสังเกตอาการ	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
อยุธยา	อ.นครหลวง						
	รพ.สมเด็จพระสังฆราช	ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบ ทำหน้าที่พัฒนาแนวทางให้กับ PCU และร่วมดำเนินการในบางแห่ง	มี โดยมีการศึกษาและพัฒนาเกณฑ์ควบคู่กับการใช้เกณฑ์จากกระทรวง	มี โดยยึดเกณฑ์ตามวิชาการ (126 mg/dl)	มีระบบให้ความรู้ การปฏิบัติให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล	มีระบบการให้สุขศึกษาให้คำแนะนำถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการ F/U ทุก 1 ปี , กรณี First Dx ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค , ลงทะเบียน , การส่งต่อข้อมูล , การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	
	สอ.หนองปลิง	ดำเนินการคัดกรองในหมู่บ้านโดยให้ อสม.ที่รับผิดชอบละแวกบ้านร่วมดำเนินการ	ใช้เกณฑ์ที่พัฒนาในพื้นที่ควบคู่กับเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด	กลุ่มเสี่ยงเช่นมีกรรมพันธุ์ หาก BMI ที่มากกว่า 27 ระดับน้ำตาลมากกว่า 110 จนท.ลง ไปตรวจ DTX. ให้และส่งต่อทำ FBS วินิจฉัยโดยแพทย์โรงพยาบาล	ส่งต่อโรงพยาบาลใน CUPดูแล (เป็นไปตามเกณฑ์ที่ CUP กำหนด)	มีระบบการให้สุขศึกษาให้คำแนะนำถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการ F/U ทุก 1 ปี	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	สอ.ท่าช้าง	ดำเนินการคัดกรองในหมู่บ้านโดยให้ อสม.ที่รับผิดชอบละแวกบ้านร่วมดำเนินการ และดำเนินการทุกปี ควบคู่กับการนัดหมายผู้ที่ต้องการตรวจให้ตรวจที่สถานพยาบาล	ใช้เกณฑ์ที่พัฒนาในพื้นที่ควบคู่กับเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด	กลุ่มเสี่ยงเช่นมีกรรมพันธุ์ หาค่า BMI ที่มากกว่า 27 ระดับน้ำตาลมากกว่า110 จนท.ลง ไปตรวจ DTX.ให้และส่งต่อทำ FBSวินิจฉัยโดยแพทย์โรงพยาบาล	ส่งต่อโรงพยาบาลใน CUPดูแล (เป็นไปตามเกณฑ์ที่ CUP กำหนด)	ให้ความรู้ การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และนัด FU ทุก 1 ปี	มีความพยายามจะดำเนินการพัฒนาการป้องกันในกลุ่มเสี่ยง โดยศึกษาข้อมูล พฤติกรรม ความรู้ ความเข้าใจ และวางแผนจัดทำคู่มือ การประเมินตนเองของกลุ่มเสี่ยง
ขอนแก่น	อ.เมือง						
	รพ.ขอนแก่น						
	ศูนย์มิตรภาพ	3	1. คัดกรองในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ทั้งในศูนย์แพทย์และชุมชน	มีการประเมินค่า BMI,DTX,BP	ขึ้นทะเบียน , ให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานของ PCU	ให้คำแนะนำและทำความเข้าใจ,ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	
	สอ.โคกสี	2	คัดกรองในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทั้งหมด สำหรับในกลุ่มเสี่ยงที่เฉพาะ(ตามเกณฑ์ของกลุ่มเสี่ยง)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	ศูนย์แพทย์วัดหนองแขวง	3	กลุ่มที่อายุ 40 ปีขึ้นไป	เจาะ Blood sugar ถ้ามมากกว่า 140 mg% แต่ไม่เกิน 200 mg %ให้ตรวจซ้ำทุกปี ถ้ามมากกว่า 200 mg % ให้นัดมาเจาะ FBS เพื่อการวินิจฉัยและรักษา	เข้าคลินิก DM ให้ความรู้เรื่องโรคจากพยาบาล ให้การรักษาจากแพทย์ ปรับพฤติกรรมตรวจซ้ำทุก 1 ปี	ปรับพฤติกรรม	
	อ.น้ำพอง						
				- ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน - น้ำหนักเกิน (BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m²) - ความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg			

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	รพน้ำพอง	3	1.คัดกรองผู้มีอายุ 40ปีขึ้นไป 2.ผู้ที่ไม่มีอาการ แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	• HDL cholesterol น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 mg/DLและ - หรือ Triglyceride มากกว่าหรือเท่ากับ 250 mg/DL - ประวัติคลอดลูกน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ 3.ผู้มีอาการของโรคเบาหวานปัสสาวะบ่อยและมาก ดื่มน้ำบ่อยและมาก น้ำหนักลด กินจุ แต่ผอมตามัว - คันผิวหนังหรืออวัยวะเพศเป็นแผลเรื้อรัง ชาตามมือ เท้าไม่ทราบสาเหตุ ดัดเชือกทางเดินปัสสาวะ ดัดเชือกผิวหนังบ่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขื้อรา	ให้สุขศึกษารายบุคคลในการปฏิบัติตัว การใช้ยา การควบคุมอาหาร	ให้สุขศึกษารายบุคคลในการปฏิบัติตัว การใช้ยา การควบคุมอาหาร	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	สอ.คำแก่นคูณ ต.ม่วงหวา	2	ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป	แบบฟอร์มจะสอบถามผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน,มีอาการเบาหวาน,อ้วน BMI มากกว่า 25, หญิงมีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4 กก.) ได้รายชื่อผู้ที่เสี่ยง นัดตรวจ FBS ในหมู่บ้าน	ทุกกลุ่มให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง	ทุกกลุ่มให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง	
	สอ.ศรีประเสริฐ ต.วังชัย	2	ผู้ที่มีอายุ 40 ปีหรือมากกว่า40 ปีขึ้นไป	ตรวจคัดกรองด้วย Uristic ปีละ 1 ครั้ง ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่มี Hx. ญาติสายตรงเป็น DM, BMI> 27, มีอาการแสดงบางอย่าง เช่น ปัสสาวะบ่อย หญิงที่มีประวัติคลอดบุตร> 4,000 กรัม, มีHx. เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	จะนัดตรวจซ้ำและถ้ายังผิดปกติอีกจะส่งพบแพทย์	แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเป็นเบาหวานและสังเกตอาการถ้าสงสัยให้มารับคำปรึกษา	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
ร้อยเอ็ด	อ.เมือง						
	รพ.ร้อยเอ็ด		อายุตั้งแต่ 40 ปีทุกราย 100% ส่วนอายุ 15 – 39 ปี คัดกรองเฉพาะผู้มีประวัติเสี่ยง	BMI > 25 kg/m ² , ผู้มีบุคคลในครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน, ผู้มีความดันโลหิตสูง > 140/90 mmHg, ตรวจพบ HDL < 35 mg/dl หรือ Triglyceride > 250 mg/dl, Cholesterol > 200 mg/dl และผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่, กินยาSteroid ประจำ	จะให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและเรื่องโรคเบาหวาน และการให้ความรู้จะเป็นลักษณะที่พูดคุยสร้างความเข้าใจ	เทศบาลนครร้อยเอ็ด การปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ที่อาจเสริมทำให้เป็นโรคเบาหวานได้เร็วขึ้น, สังเกตอาการ ผิดปกติที่น่าสงสัยว่า จะเป็นเบาหวาน และ ให้มีการตรวจเช็ค สุขภาพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	
	PCU เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	2	อายุตั้งแต่ 40 ปีทุกราย ส่วนอายุ 15 – 39 ปี คัดกรองเฉพาะผู้มีประวัติเสี่ยง	BMI > 25 kg/m ² , ผู้มีบุคคลในครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน, ผู้มีความดันโลหิตสูง > 140/90 mmHg, ตรวจพบ HDL < 35 mg/dl หรือ Triglyceride > 250	จะให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและเรื่องโรคเบาหวาน และการให้ความรู้จะเป็นลักษณะที่พูดคุยสร้างความเข้าใจ	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ที่อาจเสริมทำให้เป็นโรคเบาหวานได้เร็วขึ้น, สังเกต	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผิดปกติ	อื่นๆ
				mg/dl, Cholesterol >200 mg/dl และผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่, กินยา Steroid ประจำ		อาการผิดปกติที่น่าสงสัยว่าจะเป็นเบาหวาน และให้มีการตรวจเช็คสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง mg/dl, Cholesterol > 200 mg/dl และผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่, กินยา Steroid ประจำ	
	PCU สังข์สงยาง	2	ผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และพวกลุ่มเล็ก คือ ครอบครัวเป็น DM	ถ้าพบค่าระดับน้ำตาลสูงกว่า 126 mg% อีก 1 สัปดาห์นัดมาเจาะอีก 3 ครั้ง ถ้ายังสูงกว่า 126 % ก็ Refer ไปพบแพทย์ที่ รพ.	แนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย Refer ไปพบแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง	แนะนำการรับประทานอาหารมีรสหวานน้อยลง มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควรตรวจสุขภาพทุกปี	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	PCU เฉลิมพระเกียรติสิริกิติ์	3	ประชากรอายุ 40 ปี ขึ้นไป ที่มีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งระบุว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก	เครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น เป็นเครื่องมือคัดกรองด้วยวาจา เพื่อประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อ	ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	ให้คำแนะนำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคอื่น ๆ ที่อาจเกิดจากการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	
	อ.พนมไพร						
	รพ.พนมไพร	1	ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลทั่วไป	ซักประวัติพันธุกรรม, อาการผิดปกติ, วัดความดันโลหิต , ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง ประเมินค่าBMI	รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ ขึ้นทะเบียนรายใหม่ และให้คำแนะนำปรึกษาและให้คำแนะนำปรึกษา รายนุคคลโดยพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาการนัดครั้งต่อไป ขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือด และวิธีการรักษาเช่น ใช้อาเจ็ด , ยาเม็ด หรือควบคุมโดยวิธีชีวิต	แจ้งผลการคัดกรองให้ทราบ ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคในเรื่องพฤติกรรม การบริโภค ร่ายกลุ่มและความจำเป็นในการตรวจคัดกรองปีละ 1 ครั้ง	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	สอ.ดอนกลอย	2	ประชาชนที่อายุ 40 ปีขึ้นไปและผู้ ที่สงสัยว่าจะเป็นเบาหวาน เนื่องจากมีพันธุกรรม	โดยวิธีหาระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว วินิจฉัยจากระดับน้ำตาล	ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ของสถานอนามัย	จัดกิจกรรมในเรื่อง การป้องกันตนเอง จากการเป็นเบาหวาน โดยจะให้ความรู้เรื่อง อาหารที่เหมาะสมกับ อายุ	
	PCU โปธิชัย	2	อายุมากกว่าหรือเท่ากับ40 ปี /(20 ปี) โดยเฉพาะผู้ที่มีดัชนีมวลกาย BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 Kg/m2 (ถ้าผลตรวจผิดปกติ ให้ตรวจทุก 3 เดือน) - อายุมากกว่า 45 ปี น้ำหนัก เกิน (BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 K Kg/m2)	ตรวจ FBS	ให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคล - การขึ้นทะเบียนรายใหม่	นัดตรวจซ้ำทุก 1 – 2 ปี ในผู้ที่เสี่ยงหรือปกติ	
กาฬสินธุ์	อ.กมลาไสย						
						ให้ความรู้เรื่อง เบาหวาน เน้นการ ปรับเปลี่ยน	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	รพ.กมลไสย	2	อายุ 40 ปีขึ้นไปทุกคน	วัดความดันโลหิต และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง (หาค่า BMI) และใช้เกณฑ์ปัจจัยเสี่ยง 7 ข้อของกรมควบคุมโรค	ต่อให้คลินิกโรงพยาบาลกมลไสย	พฤติกรรม และติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินผลอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และให้การพยาบาลในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ร่วมค้นหาปัญหา แลหาทางแก้ไขปัญหา โดยครอบครัวและชุมชน	
	สอ.หนองบัว	2	ไม่ระบุ	เพื่อหากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 80 และได้รับการวัดความดันโลหิต ร้อยละ กลุ่มเสี่ยง ได้รับการเจาะ FBS คิดเป็น ร้อยละ 20	ให้สูขศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย นัดหมายในมาตรวจคัดกรองอีกครั้ง เพื่อเข้าสู่การระบบการรักษาในคลินิกต่อไป	จะให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	สอ. โพนงาม	2	กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ร่วมกับ ค่า BMI พันธุกรรม และ ผู้มีความดัน 140/90 ขึ้นไป	น้ำตาลเจาะ FBS หรือ AFB ถ้าเกิน เกณฑ์มาตรฐาน ส่งพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัย	ส่งต่อพบแพทย์ หรือนัดมาในวันที่โรงพยาบาลออก ให้บริการเพื่อพบแพทย์ วินิจฉัย และ ให้คำแนะนำในการควบคุม	ไม่ระบุ	
เลย	อ.ภูกระดึง						
	รพ.ภูกระดึง	2	1. ทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย 40 ปี ขึ้นไป 2. แยกกลุ่มเสี่ยงจากผังเครือญาติของแต่ละครอบครัว	ซักประวัติพฤติกรรม/ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ตรวจ FBS ที่หมู่บ้าน เกณฑ์ FBS สูงส่งพบแพทย์ เพื่อตรวจวินิจัยต่อไป	ให้คำปรึกษา แนะนำ ขณะเยี่ยมดูแลครอบครัว ตามแผนการเยี่ยม ตามระดับสุขภาพของครอบครัว	ให้คำปรึกษา แนะนำ ขณะเยี่ยมดูแลครอบครัว ตามแผนการเยี่ยม ตามระดับสุขภาพของครอบครัว	
	สอ.หนองหิน	2	ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ตรวจ FBSในหมู่บ้านถ้า FBS มากกว่า 126 mg/dlส่งตรวจ FBSซ้ำที่PCUและพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจวินิจัย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
กรุงเทพฯ							
	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช	2	ไม่มี	ซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด FBS, HbA1c ผู้มีอายุ > 50 ปี (ยังไม่ verify ข้อมูล)	แจ้งผลเลือด ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน (ยังไม่ verify ข้อมูล)	แจ้งผลเลือด ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน (ยังไม่ verify ข้อมูล)	
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16	3	ไม่มี	โดยการเจาะ F B S แล้วแต่แพทย์ Dx (ยังไม่ verify ข้อมูล)	ไม่มี	ไม่มี	
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 (ศูนย์ร่วมเกล้าฯ)	2	ไม่มี	การตรวจ FBS ที่มีค่า 120 mg / dl ขึ้นไป	ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และให้การรักษาในรายที่เป็นเบาหวานในครั้งแรก	ไม่มี	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการคัดกรอง			ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		
		วิธีการคัดกรอง	เกณฑ์ในการคัดกรอง	การวินิจฉัย	DM รายใหม่	ผู้ที่ผลปกติ	อื่นๆ
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ	2	ไม่มี	เกณฑ์การวินิจฉัย 126 mg % ทั่วไป	ให้ความรู้ การปฏิบัติตนมาตรวจร่างกาย ถ้ามีอาการในครั้งแรก	ไม่มี	
	PCU บึงกุ่ม	2	ไม่มี	มีการตรวจหาน้ำตาลในกระแสเลือดให้ และในผู้ป่วยที่มีภาวะ (ยังไม่ verify ข้อมูล)	ให้ความรู้ การปฏิบัติตนมาตรวจร่างกาย ถ้ามีอาการในครั้งแรก	ไม่มี	
	ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหนองจอก	0	ไม่มี	FBS, urine sugar (ยังไม่ verify ข้อมูล)	ให้ความรู้ การปฏิบัติตนมาตรวจร่างกาย ถ้ามีอาการในครั้งแรก เตรียมรับโดยการให้คำปรึกษาแนะนำและติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ไม่มี	

หมายเหตุ 0 = ไม่มี, 1 = ระดับ 1, 2 = ระดับ 2, 3 = ระดับ 3, 4 = ระดับ 4, 5 = ระดับ 5 2.3 ระบบการคัดกรอง DM

คุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ระบบการให้ความรู้ และสนับสนุนการพึ่งตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
สงขลา	อ.เมือง			
	รพ.สงขลา	ให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก คัดเลือกผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี มาเข้าค่ายเบาหวานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ปีละ 1 ครั้ง	ไม่ได้ดำเนินการ อย่างเป็นระบบ	หลายสื่อ และ หลายโอกาส กิจกรรม
	PCU เมืองรพ.สงขลา	การปฏิบัติจริง ปฏิบัติได้ตามแผน >70% บางครั้งมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ของผู้รับบริการ ผู้รับบริการพึงพอใจพอสมควร ปัญหาอุปสรรค - บุคลากรไม่เพียงพอ และยังขาดทักษะในเรื่องโรคเบาหวาน	กำลังดำเนินการจัดแบบสอบถาม การประเมินตนเองของผู้รับบริการเพื่อจัดกิจกรรมเสริม ได้จัดกิจกรรมเสริมในการวิธีการ โดยให้โภชนาการ ให้ความรู้	จัดสาธารณสุขเคลื่อนที่ทุกวันจันทร์ชุมชนละ 4 ครั้ง /ปี สอนรายกลุ่มรายบุคคล จัดให้ความรู้เสียงตามสายแก่ชุมชน,ผู้รับบริการในสถานบริการ จัด มุมความรู้ โดยจัดบอร์ด โรคเบาหวาน แจกเอกสาร แผ่นพับ ให้ความรู้รายกลุ่ม
	PCU ควนหิน	จัดทำ SHG 1 ครั้ง/เดือน การจัดนิทรรศการใน PCU การให้ความรู้ในชุมชนและการคัดกรอง เนื้อหา อาหาร,ผลไม้ที่เหมาะสม,การออกกำลังกาย,การดูแลเท้า,ภาวะน้ำตาลต่ำกับการถือศีลอดสำหรับในผู้สูงอายุ,สุขภาพที่เป็นเบาหวาน,การรับประทานยาสมุนไพร	การใช้ SHG และสังเกตอาการ เช่น ปัสสาวะบ่อยพองมากขึ้น หรือการไปงานบุญ งานเลี้ยง หรือในภาชนะน้ำตาลในเลือดต่ำช่วงถือศีลอด อาการบวม ชาปลายมือ ปลายเท้า สอบถามการกินยา ยาเหลือ ขาดยา	การจัดรณรงค์ให้ความรู้และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้ทางวิทยุกระจายเสียง การเผยแพร่ แผ่นพับการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	PCU หัวเขา (อิสลาม)	มีแผนการให้ความรู้ จัดให้กับ อสม.,ผู้นำ,และผู้สนใจทั่วไป.. จัดทั้งที่ สอ. และในชุมชน โดยใช้ส่วนสาขาวิชาชีพ (ใช้ธนากร ,นักกายภาพ,RN) เนื้อหาเป็นความรู้เรื่อง สาเหตุของโรคเบาหวาน,อาหาร , การออกกำลังกาย	ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อน หรือ อาหารที่ควรระวัง.และปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	สังเกตสาเหตุ,อาการ,การดูแลรักษา และป้องกันการเกิดโรค,ให้ความรู้ผ่าน อสม.ผู้นำโดยการอบรม
	อ.ระโนด			
	รพ.ระโนด	จัดให้ความรู้แบบกลุ่มโดยจัดกลุ่มละประมาณ 10 คน มีการนัดทำกลุ่มทั้งหมด 3 ครั้ง ระยะเวลาห่างกันครั้งละประมาณ 1 เดือน	ไม่มี	อยู่ในความรับผิดชอบของ PCU ของ รพ. พยาบาลประจำ คลินิก ไปช่วยเสริม PCU ในบางครั้งที่ PCU ขอความช่วยเหลือ
	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	1. ในคลินิกบริการ Self Health group 2. มีแผนและเป้าหมายทำกลุ่มในชุมชน เริ่มดำเนินการเดือน เม.ย 2548 3. ทำจัดค่าย Rally เดินมาราธอนในชุมชน เริ่มดำเนินการเดือน ก.ค. 48	1.มีการประเมินความรู้ และให้สุขศึกษารายบุคคลทุกราย ที่มารับบริการ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 2. มีการประเมินความรู้ และให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร่วมกับเจ้าหน้าที่ ทางโรงพยาบาล 3. ประเมินสภาพและให้การดูแลเป็นองค์รวมโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร วิถีชีวิต และการออกกำลังกาย	ให้สุขศึกษาในคลินิกบริการ และในชุมชน
	สอ.สามาง ต.ตะเครียะ	กระบวนการให้ความรู้ทำทั้งในสถานอนามัยและชุมชน โดย มีผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อทุกวันศุกร์เช้า 07.00 – 08.00 น.	ไม่ระบุ	ให้ความรู้แก่ประชาชน คัดกรองประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปและกลุ่มเสี่ยงเดือนละ 1 ครั้ง

2.4 ระบบการให้ความรู้

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	PCU บ่อตรุ	การทำความเข้าใจกับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว และอาสาสมัครเบาหวาน เป็นผู้ไปให้คำแนะนำ และให้ความรู้ ไข้ไปเยี่ยมบ้าน โครงการ PCUในฝัน	จากกิจกรรมในการทำกลุ่มทุกสัปดาห์ โดยผู้ป่วยแต่ละราย จะได้เข้ารับการทำการกลุ่ม คน ละ 3 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งจะเป็น การพูดคุย ในเรื่องการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง ที่ ผู้รับบริการสามารถที่จะดูแลตนเองได้ ในเรื่องของการดูแลเท้า การรับประทานยา การสังเกตอาการอาการผิดปกติ ของตนเอง	มี การให้ความรู้โดยเสียงตามสาย (ยังไม่ครอบคลุม ทุก หมู่บ้าน) การให้ความรู้ในกลุ่มอสม. กลุ่มผู้สูงอายุ
ยะลา	อ.เมือง			
	รพ.ยะลา	ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มตามสภาพ เน้นการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตน โดยทีมสหวิชาชีพ	การประเมินสภาพตนเอง การตรวจเท้า	พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และเสียงตามสาย
	PCU ตลาดเก่า	จะให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ในอนาคตจะดำเนินการจัดตั้งเป็นชมรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแบ่งปันความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการดูแลสุขภาพตนเอง และมีเจ้าหน้าที่คอยให้ความสนับสนุน	ไม่ระบุ	พยาบาลประจำครอบครัวจะคัดกรองเบาหวาน และตรวจสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ พร้อมให้ความรู้คำแนะนำ ทุกครั้งที่มาฟังผลการตรวจ
	สอ.บ.โรง	1. จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพ (Personal Record) แจกให้ผู้ป่วยทุกราย ซึ่งในสมุดจะมีการบันทึกเกี่ยวกับสภาวะโรคการป่วย มีคำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และการดูแลของครอบครัว รวมทั้งมีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบและปฏิบัติให้ถูกต้อง เหมาะสมกับโรค	ไม่ระบุ	1. จัดหลักสูตรเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 2. ขณะที่มีการตรวจสุขภาพคัดกรองประชาชนในกลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไป จะให้ความรู้ คำแนะนำ ทุกครั้ง

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
		2. ให้ความรู้/คำแนะนำ เป็นรายบุคคลแก่ผู้ป่วยและญาติ 3. จัดกิจกรรมรวมกลุ่มผู้ป่วยทุกเดือน เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความรู้ การดูแลสุขภาพตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน		
	สอ.บุรี	ในสำนักงานให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องการออกกำลังกาย การควบคุมอาหารแจกแผ่นพับสุขภาพ ในชุมชนเยี่ยมบ้านสอบถามสังเกตความเป็นอยู่และการปฏิบัติตัวประจำวันของผู้ป่วย	สอบถาม.....ซักประวัติ.....ตรวจร่างกาย.....ให้ความรู้	ให้สุศึกษาในสถานบริการและแจกเอกสารแผ่นพับ
	รพ.รามัน	ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในการดูแลในคลินิกมีระบบบริการ การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ตามโปรแกรม การให้ความรู้ 7 เรื่อง เรื่องละ 4 ครั้ง / ปี โดยทีสหวิชาชีพ เช่น แพทย์, พยาบาล , นักสุขศึกษา,นักโภชนาการ , เกษตรกร พยาบาลจิตเวช มีการประเมินก่อน – หลัง ให้ความรู้ ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือด ,	เรื่องทักษะการประเมินตนเอง ผู้ป่วยสามารถเปรียบเทียบ ค่าน้ำตาลในเลือดในแต่ละครั้งโดยเปรียบเทียบจากการบันทึกค่าน้ำตาลแต่ละครั้งในสมุดบันทึกสุขภาพการปรับวิธีการบริโภค ในกรณีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหาร ส่งพบนักโภชนาการ เพื่อคำนวณปริมาณแคลอรี กำหนดรายการอาหารแลกเปลี่ยน , จัดเมนูการให้อาหาร ผู้ป่วยให้สอดคล้องกับวิธีการบริโภคของท้องถิ่น	ในโรงพยาบาล มีการให้ความรู้ เสี่ยงตามสาย ให้ความรู้ในหอผู้ป่วยใน , ผู้ป่วยนอกนอกโรงพยาบาล ในชุมชน ให้ความรู้ในกลุ่ม อสม. เพื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชนที่รับผิดชอบ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	อ.รามัน			
	สอ.เกาะรอ	จัดให้กับผู้มีภาวะเสี่ยง ซึ่งทาง PCU จะจัดให้ศึกษาใน วันที่มีคลินิก และทางเจ้าหน้าที่จะออกเยี่ยมบ้าน และให้ศึกษากับญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะให้ศึกษาอาทิตย์ละ 1 ครั้ง เยี่ยมบ้านอาทิตย์ละ 2 วัน	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
	สอ.โกตาบารู	ส่วนใหญ่มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการเยี่ยมแต่ละครอบครัว	การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลเท้า และการทานยา โดยให้ความรู้รายบุคคล เมื่อมีการเยี่ยมบ้าน	มีการแนะนำภาวะเสี่ยงและวิธีการป้องกัน โดยการให้ความรู้ / อบรมทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล
	รพ.นครพิงค์	ในกรณีรายใหม่จะถูกจัดให้เข้ากลุ่มเป็น Self -Help Group โดยจะมีทีมผู้ให้ศึกษาซึ่งประกอบด้วย นักโภชนาการ, นักกายภาพ, เภสัชกร, พยาบาล ผลัดเปลี่ยนกันให้ความรู้และจัดกิจกรรม การนัดครั้งต่อ ๆ ไปจะเป็นรายบุคคล ลักษณะ ขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วย	ไม่มี	มีการจัดทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การป้องกันการเกิดโรค การรักษาแจกแก่บุคคลทั่วไป

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
เชียงใหม่	อ.แม่ริม			
	ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนแก้ว	ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เนื้อหาปรับตามสภาวะปัญหาของผู้ป่วย	ไม่มี	มีการจัดทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การป้องกันการเกิดโรค การรักษาแจกแก่บุคคลทั่วไป
	สอ.สะลวง	การให้ความรู้จะให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเน้นให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน โดยให้ความรู้เป็นรายบุคคล เพราะสภาพของแต่ละครอบครัวไม่เหมือนกัน และจะมีการให้ความรู้กับบุคคลทั่วไปโดยจัดบอร์ด และแจกแผ่นพับเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และในชุมชนจะให้ความรู้ก่อนการคัดกรองซึ่งจะออกไปคัดกรองตามหมู่บ้านต่างๆ ในเขตรับผิดชอบ ทางเสี่ยงตามสาย และจะให้ชั่งถาถาม อภิปรายก่อนการคัดกรองของแต่ละหมู่บ้าน	จะทำในผู้ป่วยที่กินยาไม่ถูกต้อง สัมกินยา โดยทำ คล้ายๆ กับ DOTS TB โดยทำปฏิทินพกให้แล้วขีดทับถ้ากินยาแล้วและให้ญาติเป็นผู้จัดยาให้	มีการจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์และแจกแผ่นพับ ให้ความรู้ทางเสี่ยงตามสายช่วงรณรงค์การคัดกรอง
	อ.สันทราย			
	รพ.สันทราย PCU	ระบบการให้คำปรึกษาทุกวันที่มีคลินิก โดย พยาบาล นักโภชนาการ เกษักร นักกายภาพบำบัด โดยให้ข้อมูลทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ	ให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการร่วมวางแผนกับพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย	มีการจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์และแจกแผ่นพับและจัดเสียง ตามสาย

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	PCU หนองหาร	ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เนื้อหาปรับตามสภาวะปัญหาของผู้ป่วย มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและกับเจ้าหน้าที่	มีระบบการเชื่อมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด	มีการจัดทำผ่านพบให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การป้องกันการเกิดโรค การรักษาแจกแก่บุคคลทั่วไป
	สอ.หนองมะจับ	ให้เป็นรายบุคคล (การให้หรือไม่ให้สุขศึกษาขึ้นกับการะงานของเจ้าหน้าที่)	ไม่มี	จากการสังเกตและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยังมองไม่เห็นการดำเนินในด้านนี้ของ สอ.
	อ.สะเมิง			
	รพ.สะเมิง	ให้ความรู้เป็นรายบุคคล เนื้อหา/สื่อ/บุคลากร ที่ใช้ในการให้ความรู้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ป่วย	มีระบบการจ่ายยาเกินจำนวน (2 เม็ด) เพื่อป้องกันการขาดยา เนื่องจากการมาไม่ตรงวันนัดของผู้ป่วย และมีการนำระบบการนับเม็ดยา (Pill Counts) มาใช้ เพื่อติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยในคลินิก	กลุ่มเสี่ยง: ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน สำหรับประชาชนทั่วไป มีการแจกแผ่นพับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
	สอ.บ้านป้อก	ในชุมชนมีการให้ความรู้ผ่านทางสถานีวิทยุชุมชนโดยมีเวลาเป็นของสถานีอนามัยทุกวันเน้นเฉพาะสุขศึกษา	ไม่มี	ให้ความรู้ผ่านทางสถานีวิทยุชุมชน

2.4 ระบบการให้ความรู้

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
พิษณุโลก	อ.เมือง			
	รพ.พุทธชินราช	Main จัดระบบวางแผนการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเบาหวาน ทำงานในขณะทำงานเบาหวานแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาทั้งในส่วน ร.พ. PCU และการมีส่วนร่วมของแกนนำในพื้นที่, เชื่อมบ้านโดยทีมสหสาขา, ได้รูปแบบการให้ความรู้ประกอบด้วย แผนการสอนเกี่ยวกับเบาหวานที่ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง อำเภอ จำนวน 12 เรื่อง, รูปแบบการให้ความรู้ โดยเน้นการเรียนรู้ การมีส่วนร่วม ผ่านทางรูปแบบของชมรมเบาหวานในพื้นที่, การลงพื้นที่ของทีมเบาหวานในการให้ความรู้เฉพาะเรื่อง เช่น เกษกร ,นักกายภาพ ,นักสุขศึกษา เป็นต้น	เน้นการพึ่งตนเองและการเรียนรู้โดยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (โดยมีทีมเจ้าหน้าที่เป็นที่เลี้ยง)ในลักษณะของเพื่อนช่วยเพื่อน,การให้ความรู้เป็นกลุ่ม,การเข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละรายโดยพยาบาลประจำบ้านและแก้ไขปัญหาก็ตรงจุด เป็นต้น	ประชาสัมพันธ์ วิทยุ สื่อหนังสือพิมพ์ หอกระจายข่าว เป็นต้น,รณรงค์และสร้างกระแสการตื่นตัวในการเฝ้าระวัง,การมีส่วนร่วมของพื้นที่,ประชาคม ภาคประชาชนให้เข้าใจปัญหา,สร้างแกนนำผู้ป่วยเบาหวานในการร่วมกันให้ความรู้และเป็นแนวร่วมในทุกกิจกรรมตามแผนงานเฝ้าระวังเบาหวาน

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	ศสช.สระโคก	เนื่องจากสถานีนามัยบ้านสระโคก เป็นเพียงเครือข่าย ไม่มีแพทย์ ไม่มียา ในการตรวจรักษาเบาหวาน ทำเพียงการคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้น จึงไม่ได้มีการจัดการให้ความรู้อย่างเป็นระบบชัดเจน	อยู่ในระหว่างการดำเนินการกระตุ้นการจัดตั้งชมรมเบาหวาน	ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวจัดบอร์ดให้ความรู้ แจกเอกสารแผ่นพับ, ให้ความรู้ในที่ประชุม หรือในการประชุม การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการประกวดการจัดบอร์ดและให้ความรู้กันเอง โดยจะมีเจ้าหน้าที่คอยอธิบายเสริม,การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล
	ศสช.บ้านกว้าง	1. จัดให้มีชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานชื่อชมรม ห่วงใยรักษาสุขภาพบ้านกว้าง นัดพบเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน เช่นตรวจเลือด วัดความดัน ออกกำลังกาย กินอาหารร่วมกัน 2. ในรายที่ไม่สามารถเข้าชมรมได้ นัดมารับยาและพูดคุยปัญหาสุขภาพที่ PCU พร้อมญาติ 3. ในรายที่ไม่สามารถมารับบริการที่ PCU ได้ จัดทีมเยี่ยมเพื่อประเมินอาการ เช่นเจาะเลือด วัดความดัน พบญาติที่บ้านเพื่อพูดคุยถึงปัญหาและหาทางแก้ไขร่วมกัน	เสริมความรู้ในกิจกรรมกลุ่ม เดือนละ 1 ครั้ง ,พาเข้าร่วมกิจกรรมในวันเบาหวาน ศึกษาดูงานนอกสถานที่ ,ตรวจภาวะแทรกซ้อนให้ทุกครั้ง ที่มาร่วมกิจกรรมชมรม หรือมาตรวจรักษาที่ PCU,จัดยาให้พอดี จัดจ่ายยาเดือนละ 1 ครั้ง ให้นำยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้งเมื่อรับยาครั้งต่อไป	การณรงค์ แจกเอกสารแผ่นพับหอกระจายข่าวกลุ่มเบาหวานร่วมรณรงค์, ให้ความรู้รายบุคคล,การให้ความรู้รายกลุ่ม

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
สมุทรปราการ	อ.เมือง			
	รพ.สมุทรปราการ	มีการให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม โดยมีเจ้าหน้าที่เฉพาะที่ดูแลรับผิดชอบเป็นนักโภชนาการ(บุคคล)และนักสุขศึกษา(กลุ่ม) นอกเหนือจากได้รับจากแพทย์หรือพยาบาลคัดกรอง ในส่วนนี้เฉพาะมีการใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบแผ่นพับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่ม รวมทั้งมีการใช้OPD card ประกอบการอธิบายของแต่ละกรณี ทั้งนี้ พิจารณาเลือกตามความเหมาะสมในเรื่องเวลาและความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาจากแผ่นพับ คือ เรื่องเบาหวาน อาหาร อยู่อย่างมีความสุขกับโรคเบาหวาน อาหารบำบัด และความดันโลหิตสูงกับการรักษา	เนื้อหาการสื่อสารและแลกเปลี่ยน(ทั้งจากที่สอนและเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่นที่ร่วมในกลุ่ม)ประกอบด้วย เรื่องการดูแลโภชนาการ มีการคำนวณเรื่องการกินอาหารพลังงาน การทำงานที่เหมาะสม มีญาติเข้าร่วมด้วย(ทำเป็นประจำหากมีญาติ) นอกจากนี้ให้ลองบอกอาหารที่กินจริงๆอาการที่สังเกตเองที่พบหลังกิน และสอบถามความเห็นของสมาชิกในกลุ่มซึ่งมีทั้งที่มีความเห็นแตกต่างและเห็นด้วย	มีสายด่วนที่โทรศัพท์มาได้(เลข 4 ตัว) แนะนำญาติมาเป็นเพื่อนผู้ป่วยทุกครั้งถ้าเป็นไปได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุและให้เข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาด้วย รวมทั้งมีเอกสารแผ่นพับแจกทั่วไปมีหลายเรื่องและตั้งกระจายจุดต่างๆในโรงพยาบาล(สังเกตได้ชัดเจน)
	PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	จัดการให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นหลักยกเว้นในรายผู้ป่วยสับสนต้องให้ญาติดูแลอาหาร เนื้อหา 1. อธิบายโรคเบาหวานว่ารักษาไม่หายแต่ควบคุมได้ 2.อาหารสำหรับผู้ป่วย 3.การออกกำลังกาย 4.การรับยาต่อเนื่อง	มีการอธิบายอาหารที่เหมาะสมภาวะน้ำตาลต่ำ+อาหาร+การแก้โดยน้ำตาล+ลูกอมภาวะน้ำตาลสูงมากโดยสังเกตจากการปัสสาวะในช่วงกลางคืน	มีอธิบายภาวะโภชนาการที่เหมาะสม+การลดการบริโภคแป้งและน้ำตาลลง

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	PCU พุทธรักษา	ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติและให้ญาติมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย (ใช้ระบบเดียวกันกับ DOT.)	มีระบบเสริม คือ ให้ผู้ป่วยสังเกตว่าช่วงระหว่างที่แพทย์นัด มีอาการปัสสาวะบ่อยขึ้นจนผิดสังเกตหรือไม่ ถ้ามีแสดงว่าน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะคุมอาหารแค่2-3วันก่อนแพทย์นัด ทำให้ดูเหมือนว่า FBS.ดีตลอดแต่จริงๆแล้วดีแค่ 2-3 วันก่อนถึงวันแพทย์นัด ซึ่งจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมามากมาย ส่วนการดูแลเท้าได้แนะนำและ	ระบบการให้ความรู้มีการจัดบอร์ดและเสียงตามสายในหมู่บ้านและในPCU.รวมทั้งแกนนำครอบครัวและอาสาสมัครช่วยในการเผยแพร่ความรู้
			ให้เอกสาร(ป้องกันการลืม อ่านซ้ำได้บ่อยๆ)ให้ผู้ป่วยตรวจและดูแลเท้าตัวเองทุกวัน ส่วนเรื่องการกินยาเวลาไม่สบาย ได้แจกเอกสารเรื่องอยู่อย่างมีความสุขกับโรคเบาหวาน	
	PCU เทพารักษ์	ชุมชน ทำในชุมชนช่วงวันที่นัดคัดกรองเบาหวานจะมีการให้ศึกษาไปด้วยเสมอ ใช้เวลาประมาณไม่เกิน 15 นาทีอธิบายอย่างง่ายและมีอุปกรณ์ตัวอย่างอาหารและเปิดโอกาสให้ซักถามได้ตลอด ซึ่งกระทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะมีการจัดเนื้อหาหลากหลายเปลี่ยนโรคได้ตามความเหมาะสมในสถานพยาบาล จะมีการให้สุกศึกษาระหว่างที่รอคิว	มี การสอนเรื่องการดูแลแผล เท้า ควบคุมระดับน้ำตาลที่สำคัญเน้นญาติเข้ามามีส่วนร่วมเสมอ จึงจะทำให้ได้ผลดีมาก	ทำโดยการจัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งอาจมีการยกมาเป็นตัวอย่างในชุมชน ซึ่งในกลุ่มที่ควบคุมได้ดีต้องเป็นผู้ให้คำแนะนำร่วมกับเราได้ และผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนย่อมเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเราและแน่นอนเราต้องพร้อมที่จะช่วยเหลือภาวะแทรกซ้อนให้กับเขาได้ แต่ก็ต้องให้เขามีส่วนร่วมกับเราด้วยจึงจะสำเร็จผล ซึ่งในการให้ความรู้ต่าง ๆ หากผู้ป่วยต้องการปรึกษาเรื่องต่าง ๆ ด้วย ก็มีการนัดพบแพทย์ให้

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
ลพบุรี	อ.เมือง			
	รพ.ลพบุรี	มีการจัดเนื้อหา 7 เรื่องที่ผู้ป่วยที่มารับบริการต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสอนแต่ละวัน มีการัดสำหรับบอกว่าได้ผ่านการเรียนรู้ครบแล้วหรือยัง พยาบาลหรือทีมสหสาขาทำเป็นรายบุคคล ช่วง8.30-9.00 น.จะมีการทำกลุ่มการเรียนรู้ในแต่ละกลุ่มๆละ 10 คนทำทุกวัน วันละ 1 กลุ่ม ลักษณะself help group รับผิดชอบโดยทีมสหสาขา (เนื้อหาโรคเบาหวาน อาหารเบาหวาน การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน โรคแทรกซ้อน จากโรคเบาหวาน การดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลตรวจตาในผู้ป่วยเบาหวาน)	นอกจากการเรียนการสอนแล้วมีเอกสารแผ่นพับจัดแจก กรณีที่มีปัญหาการกินและเป็น poor control groupจะมีการปรึกษาโภชนาการหรือนักบำบัดเป็นกรณีเฉพาะ	ส่วนใหญ่เป็นการให้เอกสารแผ่นพับมากกว่า โดยเฉพาะในกลุ่มที่มารับบริการ
	PCU อบต.ท่าศาลา	มีการจัดตารางเจ้าหน้าที่ผลัดให้ความรู้ในช่วงรอพบแพทย์ ,คัดกรองก่อนเข้าตรวจผู้ป่วยเบาหวานทุกคนจะได้รับความรู้แบบองค์รวม โดยพยาบาลเฝ้าคัดกรอง,แพทย์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว,เภสัชจะให้ความรู้เรื่องการใช้ยา,พยาบาลจะเป็นผู้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ สำนวญความพึงพอใจ และมีการลงทะเบียนนัดทุกคน	มีการจัดทำคู่มือการประเมินและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคำแนะนำการดูแลเท้า ภาวะน้ำตาลต่ำ น้ำตาลเกิน มีการโทรมาขอรับคำแนะนำ	ประชากรทั่วไปจะได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ทุกวัน ให้ทราบถึงใคร คือ กลุ่มเสี่ยงและจะได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานได้ที่ไหน ถ้าในพื้นที่จะให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว, อสม., แผ่นพับ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	PCU ดงตาล	ให้ความรู้กับผู้ป่วยขณะตรวจและรับยาในวันนัด	อธิบายให้ผู้ป่วยแต่ละรายขณะตรวจและรับยา	ให้ความรู้กับ อสม.และไม่ถ่ายทอดกับประชาชนทั่วไป, ในชมรมผู้สูงอายุ, วันคัดกรองเบาหวานและความดัน
	PCU ท้ายตลาด	1. จัดทำกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว 2. ให้ความรู้แก่ อสม.ให้ไปแนะนำในชุมชน 3. ให้ความรู้ตามประชาคมหมู่บ้าน	อธิบายให้ผู้ป่วยแต่ละรายขณะตรวจและรับยา	ให้ความรู้กับ อสม.และไม่ถ่ายทอดกับประชาชนทั่วไปในชมรมผู้สูงอายุ, วันคัดกรองเบาหวานและความดัน
	อ.ชัยบาดาล			
	รพ.ชัยบาดาล	สอนสุขศึกษารายกลุ่มและรายบุคคล ในเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัว สุขภาพจิต การใช้ยา (ยากิน ยาฉีด)	ไม่ระบุ	1.จัดประชาคมหมู่บ้านเพื่อให้ความรู้ ในภาพรวม 2.เยี่ยมบ้าน คัดกรอง และให้ความรู้รายบุคคล
	สอ.ท่ามะนาว	จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติในครอบครัวไปพร้อมกัน ให้ทั้งในสถานบริการและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน,เนื้อหาเกี่ยวกับการบริโภค การปฏิบัติตัว การดูแลผู้ป่วย และชีวิตความเป็นอยู่ต่างๆไป,กระบวนการในการให้ความรู้ จะใช้วิธีสอบถามและการสังเกต ควบคู่กับการให้ความรู้เพราะบางอย่างบางเรื่องเขา ไม่มีปัญหาหรือมีความเข้าใจดีแล้วก็ไม่ต้องพูดซ้ำบ่อยๆ	การพูดคุยและสังเกตผู้ป่วยและญาติ ทำให้สามารถประเมินถึงความเข้าใจและการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยและญาติได้ ถ้าเขาสามารถดูแลตนเองได้ดีก็ชมเชยและส่งเสริมให้ดียิ่งขึ้น แต่ถ้าไม่เข้าใจไม่สามารถดูแลป้องกันตนเองได้ใช้วิธียกตัวอย่าง หรือจัดเข้ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน	ให้ความรู้แก่ อสม. และในวันรณรงค์คัดกรองเบาหวานให้ความรู้แก่ประชากรทั่วไป และประชากรกลุ่มเสี่ยง

2.4 ระบบการให้ความรู้

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	สอ.บัวชุม	จัดอบรมให้ความรู้พื้นฐานเรื่องโรคเบาหวาน แก่ อสม./ แกนนำ ครอบครัว จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ที่สถานีนามัย และจัดบอร์ดความรู้ ในเรื่อง -ความรู้และการดูแลตนเอง -การออกกำลังกาย -การรับประทานอาหาร -การดูแลสุขภาพจิตและอารมณ์ -พฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค	มี โดยการให้ความรู้ความรู้และการดูแลตนเอง,การออกกำลังกาย,การรับประทานอาหาร,การดูแลสุขภาพจิตและอารมณ์,พฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค	ให้ความรู้ และตรวจคัดกรองแก่ประชาชนทั่วไป ในวันสำคัญต่างๆ เช่น การให้บริการตรวจคัดกรองที่ศาลาวัดในวันพระต่างๆ ให้สุศึกษาทางเสียงตามสาย และจัดบอร์ดความรู้ในเรื่อง -ความรู้และการดูแลตนเอง -การออกกำลังกาย -การรับประทานอาหาร -การดูแลสุขภาพจิตและอารมณ์ -พฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค
อยุธยา	อ.นครหลวง			
	รพ.สมเด็จพระสังฆราช	โรงพยาบาลวางแผนการดำเนินงานโดย จัดกลุ่มการให้ความรู้และการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยการวางแผนทำกลุ่มให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มละ 20 คน จัดโปรแกรมการให้ความรู้ทั้งหมดอย่างต่อเนื่อง 6 ครั้ง โดยวางแผนร่วมกันให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ	กำลังอยู่ในช่วงดำเนินการเดือนเมษายน	การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรายกลุ่ม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล บอร์ดสุศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน, จัดทำแผ่นพับเรื่องโรคเบาหวานและอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
	สอ.หนองปลิง	จัดทำกลุ่มให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในวันคลินิกเบาหวาน โดยการทำกลุ่มในสถานพยาบาล	สอบถามและให้คำแนะนำทุกครั้งในเวลาการจัดทำกลุ่มตามข้อมูลข้างต้นที่กล่าวมา	ไม่มีโปรแกรมเฉพาะ พยายามสอดแทรกในช่วงที่มีกิจกรรมรณรงค์คัดกรองเบาหวานในชุมชน

2.4 ระบบการให้ความรู้

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	สอ.ท่าช้าง	ให้ความรู้ในคลินิก โดยมีพยาบาลและจนท.สาธารณสุข เนื้อหาเป็นเรื่องอาหาร การปฏิบัติตัว การออกกำลังกายการ พักผ่อน ในชุมชน วางแผนเยี่ยมบ้านตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น ขาดน้ด กินยาไม่ถูก น้ำตาลสูง	เก็บข้อมูลว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีวิธีประเมินตนเองหรือไม่ ถูกต้องหรือไม่,เก็บข้อมูล วิถีชีวิตผู้ป่วยเช่น การกิน การ ออกกำลังกาย พฤติกรรมเสี่ยง และช่วยแนะนำ เรื่องการ ส่งเสริมสุขภาพ,การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนแต่ละราย	ระบบการให้ความรู้แก่ประชาชน แจกเอกสารให้ความรู้ อบรม อสม. ประชากรในกลุ่มเสี่ยงกำลังดำเนินการพัฒนาการ ป้องกันโดยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถประเมินตนเองได้
ขอนแก่น	อ.เมือง			
	รพ.ขอนแก่น			
	ศูนย์มิตรภาพ	ให้ความรู้ในสถานพยาบาล : รูปแบบคลินิกเบาหวานและ กลุ่มเรียนรู้,ให้ความรู้ในชุมชน : สอดแทรกเนื้อหาในการ เยี่ยมบ้าน	มี แต่ยังไม่เป็นระบบเจ้าหน้าที่ใช้ทักษะในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน ปรับตามความเหมาะสม ตามสภาพเศรษฐกิจ,การศึกษา,สิ่งแวดล้อมอื่นๆ	ระบบการให้ความรู้และความเข้าใจ โดยการพูดคุย , แนะนำ,สื่อต่างๆ
	สอ.โคกสี	ไม่ได้เขียนแผนเนื้อหา แต่จะให้ความรู้โดยการประเมิน ปัญหาแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาสถานบริการ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ทุกคนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดีตลอด ให้ผู้ป่วยปรึกษาหารือกันด้วยตนเอง ในการที่จะปฏิบัติตัวเอง โดยพยาบาลเป็นผู้เสริมสิ่งถูกต้อง ให้ สำหรับผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ค่อยได้ ก็จะเชิญญาติ หรือผู้ดูแลมาร่วมให้ความรู้และแนะนำ	มีการให้สุศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย,มี เอกสารการดูแลตนเองในทุกๆเรื่องแจกให้ทุกคน,นัดมา ติดตามทันทีที่มีความผิดปกติ	การให้สุศึกษาแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่ม ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง,การประชุมประจำเดือน อสม. / ผู้นำชุมชน,การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว เรื่อง โรคเบาหวาน

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	ศูนย์แพทย์วัดหนองแขง			
	อ.น้ำพอง			
	รพ.น้ำพอง	ทีมพัฒนาระบบบริการเบาหวาน รพ.น้ำพอง จัดกลุ่มลงสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อหาคำตอบ การดูแลการปฏิบัติตนเอง การเลือกทานอาหาร การนอน ภาวะเครียด ประเมินความรู้ ความเข้าใจในโรคเบาหวาน นำมาสู่การจัดกลุ่มบำบัดในชุมชน	มี ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แก้ปัญหาที่พบเป็นรายๆ เช่นผู้ป่วยรายหนึ่งไม่ทราบจึงอาการภาวะ Hyper /Hypoglycemia มาพักรักษาตัวใน รพ.บ่อย มี Hypoglycemia มา รพ. ประจำ แพทย์บอกให้ทานมากๆ ต่อมา Hyperglycemia กลับมารพ. สลับกันอย่างน้อย ทีม PCU รพ.น้ำพอง เข้าไป แนะนำให้สูดศึกษา จึงทำให้ลดภาวะดังกล่าวลงอย่างมาก ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้มาพักรักษาตัวใน รพ. เลย เป็นเวลาปีกว่าแล้ว	มีช่วงรณรงค์ประจำปี ของแต่ละหมู่บ้าน /เสี่ยงตามสายทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน
	สอ.คำแก่นคูณ ด.ม่วงหาว	ระบบการให้ความรู้ ให้เฉพาะกับผู้ป่วยกรณีที่มาใช้บริการที่ PCU (ผู้ป่วยมาคนเดียว) โดยให้เป็นรายบุคคล เฉพาะเรื่องที่มีปัญหา ถ้าผู้ป่วยมาหลายคนในวันนั้น จัดทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเอง โดยพยายามนัดให้มาพร้อมๆกัน โดยเน้นความสะดวกของผู้รับบริการเป็นหลัก	ใช้วิธีพูดคุยซักถามผู้ป่วยและแทรกความรู้ในเรื่องต่างๆเช่น การระวังภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเอง,การสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลสูง-ต่ำ และวิธีปฏิบัติเมื่อมีภาวะน้ำตาลต่ำเป็นต้น	ใช้วิธีการเยี่ยมบ้านประชาชนพูดคุยพร้อมให้ความรู้ไปด้วย และให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการประชุมกลุ่มอสม. ,การเข้ากลุ่มออกกำลังกายผู้สูงอายุ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การ กินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	สอ.ศรีประเสริฐ ต.วังชะ คู	ในชุมชน: มีการเยี่ยมชมตามผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคลจะให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ, การป้องกัน, ความเสี่ยงพร้อมทั้งการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีการนัดรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ส่วนในPCU ผู้ป่วยที่นัดมารับบริการวันเดียวกันจะรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์พร้อมทั้งญาติเพื่อค้นหาปัญหา, แนวทางแก้ไข, วางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่, ผู้ป่วยและญาติ	มีการแนะนำระหว่างเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านพร้อมทั้งสาธิตโดยใช้อุปกรณ์ที่มีในบ้านของผู้ป่วยเอง	1. ความรู้ผ่านอสม. ซึ่งจะมีการอบรมฟื้นฟูปีละ 1 ครั้ง จะสอดคล้องความรู้เรื่องโรคเบาหวานและอสม. ให้รับผิดชอบในระแวกที่อยู่ใกล้ 10 หลังคาเรือน 2. ความรู้ผ่าน กศค. ซึ่งผ่านการอบรม 3. กลุ่มเสี่ยงจะได้รับหนังสือชี้แจงถึงความรุนแรง, ความจำเป็นในการตรวจรักษา
	PCU รพ.น้ำพอง	ทีม PCU รพ.น้ำพอง จัดกลุ่มลงสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อหาคำตอบ การดูแลการปฏิบัติตนเอง การเลือกทานอาหาร การนอน ภาวะเครียด ประเมินความรู้ ความเข้าใจในโรคเบาหวาน นำมาสู่การจัดกลุ่มบำบัดในชุมชน	มี ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แก้ปัญหาที่พบเป็นรายๆ เช่นผู้ป่วยรายหนึ่งไม่ทราบจึงอาการภาวะ Hyper /Hypoglycemia มาปรึกษาตัวใน รพ.บ่อย มี Hypoglycemia มา รพ. ประจำแพทย์บอกให้ทานมากๆ ต่อมา Hyperglycemia กลับมารพ. สลับกันอย่างน้อย ทีม PCU รพ.น้ำพอง เข้าไป แนะนำให้ศึกษา จึงทำให้ลดภาวะดังกล่าวลงอย่างมาก ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้มาปรึกษาตัวใน รพ. เลย เป็นเวลาปีกว่าแล้ว	มีช่วงรณรงค์ประจำปี ของแต่ละหมู่บ้าน /เสี่ยงตามสายทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	PCU ม่วงหวาน	ในชุมชน: มีการเยี่ยมชมตามผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคลจะให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ, การป้องกัน, ความเสี่ยงพร้อมทั้งการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีการนัดรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ส่วนในPCU ผู้ป่วยที่นัดมารับบริการวันเดียวกันจะรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์พร้อมทั้งญาติเพื่อค้นหาปัญหา, แนวทางแก้ไข, วางแผนการรักษา ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่, ผู้ป่วยและญาติ	มีการแนะนำระหว่างเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	ให้ความรู้ผ่านการประชุม อสม. เดือนละ 1 ครั้ง จะสอดแทรกความรู้เรื่องโรคเบาหวาน/ความดันโลหิต ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว กลุ่มเสี่ยงจะได้รับหนังสือชี้แจงถึงความรุนแรง, ความจำเป็นในการตรวจรักษา และให้มารับการตรวจ มีการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจ และตรวจในทุกหมู่บ้าน
ร้อยเอ็ด	อ.เมือง			
	รพ.ร้อยเอ็ด	จัดสอนในคลินิก โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาล ประจำคลินิกเบาหวาน, นักโภชนาการ, นักกายภาพบำบัด, งานแพทย์แผนไทย ร่วมกันจัดสอน และจัดกิจกรรม	มี แต่อยู่ในการจัดสอนในคลินิก โดยสอนเป็นภาพรวม แต่เจาะลึกลงไปในแต่ละบุคคลเฉพาะกรณีที่มีปัญหา โดยการ Counseling ทำโดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิก	ออกเสียงตามสาย, รณรงค์ช่วงสัปดาห์เบาหวาน, ปีละ 1 ครั้ง, ออกตรวจคัดกรองประชากรในเขตเทศบาล ปีละ 1 ครั้ง

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	PCU เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	ระบบการให้ความรู้เฉพาะตัว จะทำในสถานบริการ (PCU) ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่วนครอบครัวจะมีการลงเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลประจำชุมชน เพื่อดูแลทั้งครอบครัว มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงร่วมไปด้วย การลงเยี่ยมครอบครัวจะเน้นการสร้าง ความเข้าใจร่วมกันทั้งสมาชิกในครอบครัวและตัวผู้ป่วยเองในเรื่องการปฏิบัติตัว, การดูแลสุขภาพ, การให้การสนับสนุนการดูแล และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย	การลงเยี่ยมบ้านจะได้ผลดีกว่าการให้ศึกษาในสถานพยาบาลอย่างเดียว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญ เกิดการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดได้เอง ปฏิบัติเองได้	มีระบบการให้ความรู้โดยการแจกแผ่นพับ/เอกสาร ไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร ผู้ป่วยอ่านแล้วลืมและทิ้งไป ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานพบว่า การจะสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนจริงๆแล้วต้องพูดคุยกันแบบตัวต่อตัว มีการลงเยี่ยมถึงบ้าน มีการเรียนรู้วิถีชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง เพราะสิ่งแวดล้อมแต่ละคนต่างกัน ฐานะความเป็นอยู่ต่างกัน
	PCU สังขสียง	ให้ความรู้ให้ศึกษาเป็นรายกลุ่ม และรายบุคคล ที่สถานีอนามัยขณะที่ผู้ป่วยรอรับยา มีการจัด Self - Help group บางโอกาส และให้ความรู้ทุกครั้งที่ออกเยี่ยมบ้าน	ได้ให้ความรู้ ในการระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแลเท้า ระวังไม่ให้มีบาดแผล แผลจะหายช้า เวลาไม่สบายต้องไปพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ยาเบาหวาน ห้ามเพิ่ม ลดยาเอง ต้องเป็นแพทย์สั่งเท่านั้น	มีการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป และประชากรกลุ่มเสี่ยง คือ ให้คำแนะนำให้มีการตรวจ สุขภาพประจำปีทุกปี พ่อ-แม่เป็นเบาหวาน พวกที่น้ำหนักมากควรได้รับการตรวจทุก 2 เดือน

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	PCU เฉลิมพระเกียรติ สีแก้ว	จัดให้มีค่ายผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานหน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อเข้ามามีส่วนในการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างจริงจัง, ใน PCU มีการให้ความรู้ ผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในชุมชนมีเจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้านและพยาบาลวิชาชีพเยี่ยม ผู้ป่วยและครอบครัวสม่ำเสมอ	ได้บูรณาการเข้าไปกับขั้นตอนการรักษาและการเยี่ยมบ้าน	มีการส่งเสริมให้ความรู้ผ่านสื่อ ต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ บอร์ดให้ความรู้ หอกระจายข่าว ตลอดจน อสม. ที่ รับผิดชอบบ้าน และเจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้านสร้าง ความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไป และเฝ้าระวังในกลุ่ม เสี่ยง
	อ.พนมไพร			
	รพ.พนมไพร	กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ รายบุคคล และการให้บริการในคลินิกพิเศษเป็นกิจกรรมราย กลุ่มเพิ่มจากการตรวจรักษาโดยทั่วไปโดยมีกิจกรรมกลุ่มให้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเบาหวาน กลุ่มโภชนาการ กลุ่มออก กำลังกาย กลุ่มความรู้เรื่องการใช้จ่ายและการดูแลสุขภาพเท้า กิจกรรมปฏิบัติ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในทุกเช้าของวันพฤหัสบดี	ไม่ระบุ	สำหรับประชาชนทั่วไปและสมาชิกชมรมสร้าง สุขภาพ ให้ความรู้และคำแนะนำทางหอกระจายข่าว, ให้ความรู้แก่สมาชิกชมรมในโอกาสต่างๆเช่นก่อน การออกกำลังกาย , ระบบเสียงตามสายใน โรงพยาบาลและสถานีวิทยุชุมชนพนมไพรคลื่น 102.75 MHz. โดยทีมคณะกรรมการสุศึกษาประจำ โรงพยาบาล

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
				นอกจากนี้ยังมีการจัดนิทรรศการเกี่ยวกับเรื่องเบาหวานในโอกาสต่างๆเช่นการจัดงานวันมหิดลของโรงพยาบาล การรณรงค์ก่อนการแข่งขันกีฬา หรือการรณรงค์ออกกำลังกายต่างๆ หรือวันเบาหวานโลกหรืออื่นๆตามโอกาสและความเหมาะสม
	สอ.ดอนกลอย	มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในทุกครั้งที่ออกเยี่ยมบ้าน และทุกครั้งที่มารับยาที่สอ.	จะเสริมในทุกครั้งที่มารับบริการที่สอ .	มีการให้ความรู้ใจในการออกประชาคมหมู่บ้านในเรื่องโรคเบาหวาน ความดัน โรคเรื้อรังและโรคตามนโยบาย
		จัดทำ Focus group ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลโพธิ์ชัย ให้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและแกนนำสุขภาพระดับครอบครัว จัดอบรมทำความเข้าใจ ให้ความรู้กับผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้* ความรู้ ทักษะคิดในการประเมินและดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และโรคเบาหวาน * ความสามารถในการประเมินสภาวะจิตใจ และการให้คำปรึกษา * ความรู้ในการใช้ยาอย่างเหมาะสม * ความรู้ในเรื่องการควบคุมอาหาร	มีการจัดอบรม เข้าไปศึกษาบริบททั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และแกนนำสุขภาพระดับครอบครัวประจำหมู่บ้าน ขณะทำการเยี่ยม จัดทำเอกสารแผ่นพับในการให้ความรู้ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การดูแลสุขภาพ	มีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว จัดทำแผ่นพับเอกสารประกอบความรู้ ในการดูแลสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว และประชาชนทั่วไปที่สนใจ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ การจัดทำ Focus group (อยู่ระหว่างการค้าเนินการ)

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	PCU โพธิ์ชัย	* ความรู้ในเรื่องการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่ H81 เหมาะสม * ทักษะของทีมในการแนะนำ D81 จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถคุมอาหาร และออกแรงได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละคน * การให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วย ผู้นำ แกนนำ อสม		
กาฬสินธุ์	อ.กมลาไสย			
	รพ.กมลาไสย	ให้กับใคร หรือไม่ เนื้อหา และกระบวนการในการให้บริการเป็นอย่างไร ทำในสถานพยาบาล หรือในชุมชน) มีระบบให้ความรู้ที่สถานพยาบาลกับผู้ป่วยเบาหวานและญาติ ทุกวันที่มีคลินิก เวลา 09.00 – 10.00 น. โดยประมาณ เนื้อหาที่ให้ คือ ความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ยา สุขภาพจิต ภาวะ Hypo-Hyperglycemia , การดูแลเท้า โดยแต่ละเรื่องจะให้ความรู้ในรูปแบบการกลุ่ม ชักถาม และยกตัวอย่างจากผู้ป่วยเบาหวาน เดือนละ 1 เรื่อง	ให้ความรู้ที่คลินิกเบาหวาน ที่โรงพยาบาล และให้ความรู้ที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน	ใช้ระบบการเยี่ยมบ้าน

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	สอ.หนองบัว	ในช่วงที่ผู้ป่วยมารับบริการในคลินิก จะจัดให้ความรู้เป็นกลุ่ม ในช่วงที่ รอพบแพทย์ ประมาณ 20 – 30 นาที จะเน้นให้ความรู้เป็นภาพรวม และให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อเป็นประเด็นที่จะพูดคุยไปในชุมชน จะเน้นที่จะให้ผู้ป่วยในแต่ละชุมชนได้มารวมกลุ่มกันตั้งเป็นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชน จากประสบการณ์ของ	เป็นช่วงเริ่มต้น ในการดำเนินงานในส่วนของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน ที่จะใช้กระบวนการกลุ่มและการพัฒนา ศักยภาพของผู้ป่วย รวมไปถึงการสร้างระบบบริการที่เอื้อและมีความเหมาะสม เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง และกลุ่มเพื่อนๆ ด้วย	ส่วนใหญ่จะผ่านทางหอกระจายข่าวและ อสม. ที่จะประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเสี่ยงมารับการคัดกรอง ร่วมกับการเยี่ยม บ้าน และการสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนด้วย
	สอ.โพนงาม	การให้ความรู้จะให้ป็นรายกลุ่มในวันโรงพยาบาลออกให้บริการ และเป็นรายบุคคล ในกรณีผลเลือดเกิน 126 mg/dl ในชุมชนจะบูรณาการกับการเยี่ยมบ้าน ดูสภาพความเป็นอยู่ และพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่การใช้แรง การกิน ความเครียด หรือปัจจัยเสี่ยงอื่น และให้คำแนะนำ ให้สอดคล้อง เหมาะสม	การติดตามเยี่ยมมีรายชื่อ และมีการนัดผู้ป่วย แต่ ไม่สามารถปฏิบัติและติดตามได้ต่อเนื่อง แต่ติดตามเยี่ยมได้ ทุกราย อย่างน้อย 1 ครั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ การแนะนำเรื่องการดูแลเท้าทั้งมีการปฏิบัติ หลังจากที่ เจ้าหน้าที่ได้ผ่านการอบรมจาก โรงพยาบาลเทพธารินทร์ มีการสาธิตเบื้องต้นในการวัดปลายประสาทเท้า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการกิน ซึ่งจะแนะนำผู้ที่ป็นทำอาหารให้ครอบครัวเป็นหลัก และสร้างคำตระหนักให้กับครอบครัวในเรื่องการกินอาหารให้ถูกหลัก และเหมาะสมในการใช้แรงในชีวิตประจำวัน	มีการประชาสัมพันธ์สุขภาพในระดับหมู่บ้านเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับประชาชน และมีการวางแผนในหมู่บ้านร่วมกัน ส่วนใหญ่เป็นแผนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
เลย	อ.ภูกระดึง			
	รพ.ภูกระดึง	1. ใน รพ. โดยแพทย์ผู้ตรวจ และพยาบาลให้คำปรึกษา ตามกรณีไป 2. ในชุมชน โดยพยาบาลประจำครอบครัว เน้นปัญหาเชิงลึกที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วย	ศึกษาวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และให้คำแนะนำที่เหมาะสม ขณะออกเยี่ยมครอบครัว 1 ครั้ง / เดือน	1. รณรงค์ ในชุมชน 2. ผ่านทาง อสม. 3. จัดกิจกรรมคัดกรองในชุมชน
	สอ.หนองหิน	ให้ศึกษารายบุคคลที่สถานพยาบาล,ให้ศึกษาผู้ป่วยและญาติที่บ้านเมื่อออกเยี่ยมบ้าน	ไม่ระบุ	ให้ความรู้ในชุมชนเวลาออกเยี่ยมบ้านตามครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงและในรายกลุ่มเมื่อมีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และให้ทุกรายที่เยี่ยมบ้าน
กรุงเทพฯ				
	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช	กิจกรรมสุขศึกษา การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยทั่วไปและญาติ ทั้งในหน่วยบริการและชุมชน ,การให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ ในหน่วยบริการ ,กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในหน่วยบริการ (Self help group)	กระบวนการให้คำปรึกษา และกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	โครงการคัดกรองภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชน การแจ้งผล ให้ความรู้การดูแลสุขภาพทั่วไปและภาวะเสี่ยงมีแผนติดตามผล 1 ปี
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16	1. จะมีการใช้สุขศึกษาเป็นกลุ่มก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ 2. ในรายที่แพทย์พบว่าควบคุมไม่ได้ จะให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล แนะนำอาหาร และการออกกำลังกาย Level 1	ไม่มี	ไม่มี

จังหวัด	สถานพยาบาล	ระบบการให้ความรู้		
		วิธีการให้ความรู้	ระบบเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ปรับวิธีการกิน การกินยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน	การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป / กลุ่มเสี่ยง
	ศูนย์บริการ สาธารณสุข 45 (ศูนย์ ร่วมเกล้าฯ)	ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การรับ การรักษาอย่างต่อเนื่องโดยทำในสถานพยาบาลและในชุมชน Level 1	ไม่มี	มีพยาบาลครอบครัวดูแลรับผิดชอบแต่ละพื้นที่...ลง ไปจัดกลุ่มให้ความรู้ตามศูนย์สุขภาพชุมชน, มีการ จัดบอร์ดให้ความรู้, มีพยาบาลเข้าไปให้คำแนะนำ ผู้ป่วยที่บ้านเป็นรายบุคคล (ไม่มี)
	ศูนย์บริการ สาธารณสุข 3 บางซื่อ	ให้ความรู้ กลุ่ม ผู้ป่วย OPD และ ญาติ , ให้ความรู้รายบุคคล, ทำกลุ่มผู้ป่วยที่มีเบาหวานสูง, จัดเนื้อหาครบตามแผนการ สอนสุขภาพศึกษา Level 1	ไม่มี	มีการให้ความรู้ กลุ่มเสี่ยง (เช่น) ญาติ บุตร ผู้ป่วย, ตรวจสอบสุขภาพประชาชนกลุ่มต่าง ๆ สตรีวัยทอง ผู้สูงอายุ ข้าราชการสังกัด เช่น ครู เจ้าหน้าที่เขต อสส. (ไม่มี)
	PCU บึงกุ่ม	Level 0	ไม่มี	(ไม่มี)
	ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหนองจอก	ออกเยี่ยมบ้านดูแลในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบโดยจัด เจ้าหน้าที่กลุ่มงานอนามัยชุมชนให้สุขภาพศึกษา, สาธิต, แนะนำให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆในผู้ป่วยเบาหวานและญาติ ภายในครอบครัวเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง และการดูแลตนเองร่วมกันภายในครอบครัวและส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีพบปัญหาตามความเหมาะสม Level 1	โดยการให้สังเกตภาวะสุขภาพของตัวเองว่าดีขึ้นจากเดิม หรือไม่พร้อมทั้งให้คำปรึกษาดูแลอย่างต่อเนื่อง และนัดผู้ป่วย F/U ตามความจำเป็นเพื่อประเมินผลผู้ป่วย หลังจากให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง (ไม่มี)	มีโดยการให้สุขภาพศึกษาและให้คำปรึกษาแนะนำ (ไม่มี)

คุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการประสานงาน

จังหวัด	สถานพยาบาล	จำนวนบุคลากรจุดให้บริการผู้ป่วย DM (คน)					ผู้ดูแลทะเบียน และข้อมูลผู้ป่วย DM		การให้ความรู้ในวันที่มีคลินิก DM	
		แพทย์	RN	TN	Lab	จนท.อื่นๆ	จำนวน (คน)	วุฒิการศึกษา	จำนวน (คน)	ผู้รับผิดชอบ
สงขลา	อ.เมือง									
	รพ.สงขลา	3	2	1	1		1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	PCU เมืองรพ.สงขลา	3	2	1	1	1	6	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	4	พยาบาลวิชาชีพ
	PCU ควนหิน	0	1-2	0	0	1-2	2	พยาบาล วิชาชีพ	1	พยาบาล
	PCU หัวเขา (อิสลาม)	0	1	1	0	0	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ 7
	อ.ระโนด									
	รพ.ระโนด	6	2	0	3	1	2	พยาบาล วิชาชีพ	2	พยาบาลประจำคลินิก
	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	0	7	0	0	2	1	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาล 7 คน	พยาบาลวิชาชีพ
	สอ.สามอ่าง ต.ตะเครียะ	0	0	0	0	3	1	จพง.สาธารณสุขชุมชน6	1	หัวหน้าสถานีอนามัย
	PCU บ่อตรู	0	1	0	0	4	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	จนท.ประจำสถานีอนามัย
ยะลา	อ.เมือง									
	รพ.ยะลา	2	3	0	1	2	7	ป.ตรี,ป.โท	2	พยาบาลวิชาชีพ
	PCU ตลาดเก่า	1	2	0	1	1	1	พยาบาลวิชาชีพ	7	พยาบาลประจำครอบครัว
	สอ.บุโอง	0	3	1	0	2	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	สอ.บุดี	0	1	0	0	1	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	อ.รามัน									
	รพ.รามัน	1	1	1	1	1	2	ป.ตรี,ป.โท	4	พยาบาล OPD
	สอ.เกาะรอ	0	1	0	0	1	1	ปกศ.สาธารณสุข	1	เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ
	สอ.โกตาบารู	0	1	1	0	0	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ

จังหวัด	สถานพยาบาล	จำนวนบุคลากรจุดให้บริการผู้ป่วย DM (คน)					ผู้ดูแลทะเบียน และข้อมูลผู้ป่วย DM		การให้ความรู้ในวันที่มีคลินิก DM	
		แพทย์	RN	TN	Lab	จนท.อื่นๆ	จำนวน (คน)	วุฒิการศึกษา	จำนวน (คน)	ผู้รับผิดชอบ
เชียงใหม่	อ.แม่วิม									
	รพ.นครพิงค์	4	2	1	1	2	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาล
	ศูนย์แพทย์ชุมชนคอนแก้ว	0	3	0	0	1	1	พยาบาลวิชาชีพ	3	พยาบาลวิชาชีพ
	สอ.สะวาง	0	0	0	0	2	1	ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต	1	จบ.สส.
	อ.สันทราย									
	รพ.สันทราย	ไม่แยกเฉพาะคลินิกเป็นการตรวจรวมกับผู้ป่วยทั่วไป					1	พยาบาลวิชาชีพ	2-3	พยาบาล,นักโภชนาการ และ เภสัชกร
	PCU หอนงหาร	0	7	1	0	1	3	พยาบาลวิชาชีพ	2-4	พยาบาลวิชาชีพ
	สอ.หนองมะจับ	0	0	0	0	2	1	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
	อ.สะเมิง									
	รพ.สะเมิง	1	2	0	1	1	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	สอ.บ้านป้อก	0	0	0	0	2	1	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0	0
พิษณุโลก	อ.เมือง									
	รพ.พุทธชินราช	3	5	1	1	0	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	ศสช.สระโค่ง	0	1	0	0	0	0	ไม่มีผู้ป่วย DM ในความดูแล	0	ไม่มีคลินิก DM
	ศสช.บ้านกร่าง	1	4	1	0	1	3	RN,ผู้ช่วยเหลือคนไข้,จนท. เก็บข้อมูล	4	พยาบาลวิชาชีพ
สมุทรปราการ	อ.เมือง									
	รพ.สมุทรปราการ	6	2	5	2	2	2	ป.ตรีพยาบาลวิชาชีพ	3	นักสุขศึกษา นักโภชนาการ เป็นหลัก มีทีมสหสาขาเสริม
	PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	1	1	0	0	0	2	ป.ตรีพยาบาลวิชาชีพ	1	แพทย์,พยาบาลวิชาชีพ
	PCU พุทธรักษา	1	1	0	0	4	2	พยาบาลศาสตร์,ม.6	2	แพทย์,พยาบาล

จังหวัด	สถานพยาบาล	จำนวนบุคลากรจุดให้บริการผู้ป่วย DM (คน)					ผู้ดูแลทะเบียน และข้อมูลผู้ป่วย DM		การให้ความรู้ในวันที่มีคลินิก DM	
		แพทย์	RN	TN	Lab	จนท.อื่นๆ	จำนวน (คน)	วุฒิการศึกษา	จำนวน (คน)	ผู้รับผิดชอบ
	PCU เทพารักษ์	1	1	0	0	1	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาล

จังหวัด	สถานพยาบาล	จำนวนบุคลากรจุดให้บริการผู้ป่วย DM (คน)					ผู้ดูแลทะเบียน และข้อมูลผู้ป่วย DM		การให้ความรู้ในวันที่มีคลินิก DM	
		แพทย์	RN	TN	Lab	จนท.อื่นๆ	จำนวน (คน)	วุฒิการศึกษา	จำนวน (คน)	ผู้รับผิดชอบ
ลพบุรี	อ.เมือง									
	รพ.ลพบุรี	2	3	3	0	0	1	พยาบาลวิชาชีพ	3	ทีมสหสาขา
	PCU อบต.ท่าศาลา	1	3	1	0	1	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	PCU ดงตาล	0	1	0	0	2-3 คน	4	ไม่ระบุ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	PCU ท่าศาลา	0	1	1	0	2	2	พยาบาลวิชาชีพ, สาธารณสุข ศาสตร์	4	นักวิชาการสาธารณสุข, เจ้า พนักงาน, ทันตแพทย์
	อ.ชัยบาดาล									
	รพ.ชัยบาดาล	1	2	0	1	1	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ, โฆษนากร, นักกายภาพบำบัด
	สอ.ท่ามะนาว	0	1	0	0	1	1	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	สอ.บัวชุม	0	1	0	0	2	3	พยาบาลวิชาชีพ, สาธารณสุข ศาสตร์	3	พยาบาลPCU
อยุธยา	อ.นครหลวง									
	รพ.สมเด็จพระสังฆราช	3	3	0	3	0	1	พยาบาลวิชาชีพ	2	พยาบาล
	สอ.หนองปลิง	0	3	0	0	2	1	พยาบาลเทคนิค	2	พยาบาล(รพ.)
	สอ.ท่าช้าง	1	4	0	0	4	1	ป.ตรี สาธารณสุข	2	พยาบาล(รพ.) ร่วมกับ จนท.สอ.ในบางครั้ง

จังหวัด	สถานพยาบาล	จำนวนบุคลากรจุดให้บริการผู้ป่วย DM (คน)					ผู้ดูแลทะเบียน และข้อมูลผู้ป่วย DM		การให้ความรู้ในวันที่มีคลินิก DM	
		แพทย์	RN	TN	Lab	จนท.อื่นๆ	จำนวน (คน)	วุฒิการศึกษา	จำนวน (คน)	ผู้รับผิดชอบ
ขอนแก่น	อ.เมือง									
	รพ.ขอนแก่น									
	ศูนย์มิตรภาพ	1	2	0	0	2	2	ป.โท	3	พยาบาลPCU
	สอ.โคกสี	1	1	1	0	1	2	พยาบาลวิชาชีพ,พยาบาล เทคนิค	1	พยาบาลวิชาชีพ
	ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง	1	4	2	0	2	1	ป.ตรี	2	พยาบาลวิชาชีพ
	อ.น้ำพอง									
	รพ.น้ำพอง	5	4	0	4	5	3	พยาบาลวิชาชีพ	6	พยาบาลวิชาชีพ
	สอ.คำแก่นคูณ ต.ม่วงหวาน	0	2	0	0	2	1	พยาบาลวิชาชีพ	2	พยาบาลวิชาชีพ
	สอ.ศรีประเสริฐ ต.วังชัย	0	3	0	0	3	1	ป.ตรี	2	พยาบาล,จนท.สาธารณสุข
	PCU น้ำพอง	1	2	0	0	1	2	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	PCU ม่วงหวาน	0	2	0	0	4	1	ป.ตรี	2	พยาบาล,จนท.สาธารณสุข

จังหวัด	สถานพยาบาล	จำนวนบุคลากรจุดให้บริการผู้ป่วย DM (คน)					ผู้ดูแลทะเบียน และข้อมูลผู้ป่วย DM		การให้ความรู้ในวันที่มีคลินิก DM	
		แพทย์	RN	TN	Lab	จนท.อื่นๆ	จำนวน (คน)	วุฒิการศึกษา	จำนวน (คน)	ผู้รับผิดชอบ
ร้อยเอ็ด	อ.เมือง									
	รพ.ร้อยเอ็ด	1	3	0	1	2	2	พ.วิชาชีพ	5-6	พยาบาล,นักโภชนาการ, กายภาพบำบัด
	PCU เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	1	3	1	1	2	2	พยาบาลวิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	PCU สังข์สงยาง	0	1	0	1	1	2	พยาบาลวิชาชีพ,นวก. สาธารณสุข	1	พยาบาลวิชาชีพ
	PCU เฉลิมพระเกียรติสิแก้ว	1	5	0	1	1	1	พยาบาลวิชาชีพ	4	พยาบาลวิชาชีพ
	อ.พนมไพร									
	รพ.พนมไพร	2	4	0	1	3	1	พยาบาลวิชาชีพ	2	พยาบาลวิชาชีพ
	สอ.ดอนกลอย	0	1	1	0	1	1	พ.วิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	PCU โพธิ์ชัย	0	1	1	1	2	2	พ.วิชาชีพ	1	พยาบาลวิชาชีพ
กาฬสินธุ์	อ.กมลาไสย									
	รพ.กมลาไสย	3	4	0	1	2(โภชนาการ เภสัช)	2	พยาบาลวิชาชีพ	6	ฝ่ายผู้ป่วยนอกโภชนาการ เภสัชกรรม
	สอ.หนองบัว	1	4	0	0	5	1	นวก.สาธารณสุข	3	ชี้อนุบาล
	สอ.โพนงาม	1	3	0	0	8	1	พ.วิชาชีพ	3	พยาบาลวิชาชีพและ เจ้าหน้าที่

จังหวัด	สถานพยาบาล	จำนวนบุคลากรจุดให้บริการผู้ป่วย DM (คน)					ผู้ดูแลทะเบียน และข้อมูลผู้ป่วย DM		การให้ความรู้ในวันที่มีคลินิก DM	
		แพทย์	RN	TN	Lab	จนท.อื่นๆ	จำนวน (คน)	วุฒิการศึกษา	จำนวน (คน)	ผู้รับผิดชอบ
เลย	อ.ภูกระดึง									
	รพ.ภูกระดึง	4	3	0	2	0	1	พยาบาล	1	พยาบาล
	สอ.หนองหิน	1	1	0	1	7	1	พยาบาลวิชาชีพ	6	งานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน
กรุงเทพฯ										
	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช	7	15	0	0	13	2	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	6	พยาบาลวิชาชีพ
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 16	2	1	0	1	1	1	ปวช.	1	พยาบาลวิชาชีพ
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 (ศูนย์ร่วมเกล้าฯ)	2	2	1	1	1	2	พยาบาลวิชาชีพ,เจ้าหน้าที่ทะเบียน	1	พยาบาลวิชาชีพ
	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ	3	1	1	2	4	3	ม.6,ป.6	1	พยาบาลวิชาชีพ
	PCU บึงกุ่ม	1	1	0	1	2	1	ไม่ระบุ	1	พยาบาลวิชาชีพ
	ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลหนองจอก	1	1	0	0	2	1	ป.ตรี	1	พยาบาลวิชาชีพ

คุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการประสานงาน

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์ฟ.ป. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักรู้ป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
สงขลา	อ.เมือง									
	รพ.สงขลา	1	1	1	1	1	1	1	1	
	PCU เมืองรพ.สงขลา	1	1	1	1	1	1	1	1	
	PCU ควนหิน	1	1	1	1	1	1	1	ยังไม่เป็นระบบ เพียงพอ	
	PCU หัวเขา (อิสลาม)	1	1	1	1	1	1	1	1	
	อ.ระโนด									
	รพ.ระโนด	1	1	1	1	1	1	1	ดำเนินการแล้ว	
	คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว	1	1	1	1	1	1	1	ดำเนินการแล้ว	
	สอ.สามอ่าว ต.ตะเครียะ	1	1	1	1	1	1	1	รอดำเนินการ	
	PCU บ่อตรู	1	1	1	1	1	1	1	ดำเนินการแล้ว	
ยะลา	อ.เมือง									
	รพ.ยะลา	1	1	1	1	1	1	1	1	
	PCU ตลาดเก่า	1	1	1	1	1	1	1	1	
	สอ.นุโรง	1	1	1	0	1	1	1	1	
	สอ.นุคี	1	1	1	0	1	1	1	1	
	อ.รามัน									
	รพ.รามัน	1	1	1	0	1	1	1	1	
	สอ.กะรอ	1	1	1	0	1	1	1	1	
	สอ.โกตาบารู	0	0	0	0	1	1	0	1	

หมายเหตุ 0 = ไม่เพียงพอ , 1 = เพียงพอ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
เชียงใหม่	อ.แมริม									
	รพ.นครพิงค์	1	0	1	1	1	0	0	0	จากการสังเกต เห็นว่าเน้นกระบวนการ รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ไม่ค่อยให้ ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้ป่วย
	ศูนย์แพทย์ชุมชนดอน	1	0	1	0	1	1	0	1	บทบาทที่มุ่งเน้นการรักษาด้วยยาสำหรับ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษที่สถานพยาบาล เท่านั้น ไม่มีกิจกรรมเชิงรุกอื่น ๆ สำหรับ ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ
	สอ.สะลวง	1	0	0	0	1	1	0	0	ให้บริการและดูแลผู้ป่วยทั้งที่ สอ. และที่ บ้าน
	อ.สันทราย									
	รพ.สันทราย	0	0	0	0	1	1	0	0	ทีมมีความพยายามที่จะดึงสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เข้ามา มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จากการสังเกตบทบาทหลักของการดูแล ผู้ป่วยยังคงเป็นหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้า คลินิก

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักรู้ป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
	PCU หนองหาร	1	1	1	1	1	1	1	1	ทีมเน้นการดูแลผู้ป่วยทั้งในการด้านรักษาและการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยจัดให้มีคลินิกเบาหวานเคลื่อนที่เข้าไปตรวจ รักษาและให้ความรู้ในชุมชน
	สอ.หนองมะจับ	0	0	0	1	1	0	0	0	เจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามโอกาสที่เอื้ออำนวย (กรณีผู้ป่วยไม่มาก จะให้สุขศึกษา หรือไม่มีโครงการอื่น ๆ แรงจูงใจ จะให้สุขศึกษา)
	อ.สะเมิง									
	รพ.สะเมิง	1	1	1	1	1	1	1	1	ทีม (แพทย์เจ้าของคลินิก พยาบาล เกสซ์กร) ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งเรื่องการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนข้างใกล้ชิด
	สอ.บ้านป้อ	1	0	0	0	1	0	0	0	มีบทบาทเพียงการคัดกรองปีละ 1 ครั้ง และเยี่ยมบ้านในกรณีที่ได้รับมอบหมายจากโรงพยาบาล

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักรู้ป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
พิษณุโลก	อ.เมือง									
	รพ.พุทธชินราช	(1) พยาบาล	(1) พยาบาล นักจิตวิทยา	(1) แพทย์ พยาบาล เกสัชกร	(1) แพทย์ เกสัช กร	(1) แพทย์ พยาบาล เกสัช กร โภชนากร	(1) แพทย์ พยาบาล	(1) แพทย์ พยาบาล	(1) พยาบาล แพทย์	• มีแพทย์และพยาบาลให้บริการเป็นหลัก • มีจุดส่งต่องานบริการที่ชัดเจน ห้องเจาะเลือด ห้องซักประวัติ ห้องตรวจ ห้องรับยา ห้องให้คำปรึกษา • แพทย์สั่งจ่ายยา ให้ความรู้ รับฟังปัญหา ประเมิน แล้วปรับรักษาให้เหมาะสม • พยาบาลให้บริการตามความเหมาะสม (ตรวจร่างกายเบื้องต้น, ซักประวัติ) • พยาบาลและนักสุขศึกษาให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย • เกสัชกรให้บริการจ่ายยาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาและโรค (โดยเฉพาะคลินิกพิเศษ แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร จะมีการร่วมประเมินความรู้ สภาวะรอบด้านของผู้ป่วย และให้บริการที่เหมาะสมเฉพาะราย) • เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตรวจเลือดและปัสสาวะ • นักโภชนาการให้ความรู้ด้านอาหาร
	ศสช.สระโคก	0	0	0	0	0	0	0	0	

หมายเหตุ 0 = ไม่เพียงพอ , 1 = เพียงพอ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
	ศสช.บ้านกร่าง	(1) พยาบาล	(1) พยาบาล	(1) พยาบาล	(1) พยาบาล	(1) พยาบาล	(1) พยาบาล	(1) พยาบาล	(1) พยาบาล	- มีพยาบาลให้บริการเป็นหลัก - มีแพทย์มาตรวจเยี่ยมเป็นรายสัปดาห์ - พยาบาลให้บริการตามความเหมาะสม (ตรวจร่างกายเบื้องต้น, ชักประวัติ, จ่ายยา) - เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้บริการร่วมหรือแทนพยาบาลวิชาชีพได้ตามเหมาะสม (ตรวจร่างกายเบื้องต้น, ชักประวัติ, จ่ายยา)
สมุทรปราการ	อ.เมือง									
	รพ.สมุทรปราการ	1	1	1	1	1	1	1	1	
	PCU 3 รพ.สมุทรปราการ	1	1	1	1	1	1	1	1	
	PCU พุทธรักษา	1	0	1	1	1	1	1	1	
	PCU เทพารักษ์	1	1	1	1	1	1	1	1	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
ลพบุรี	อ.เมือง									
	รพ.ลพบุรี	1(แพทย์)	1(สหสาขา)	1(แพทย์)	1(เภสัชกร)	1(สหสาขา)	1(สหสาขา)	1(สหสาขา)	1(เวชกรรม สังคม)	ยังเน้นการดูแลให้ระดับน้ำตาลคงดี หรือ ควบคุมได้ แม้มีCPGก็เป็นการใช้เฉพาะ แพทย์ที่ตรวจบางท่าน สนใจการคัดกรอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน วางระบบคัด กรองไว้แต่ทำได้ไม่ครบทั้งหมด เรื่องข้อมูล เฝ้าระวังและการจัดการในกลุ่มที่มี พฤติกรรมเสี่ยงยังไม่ชัดเจนแต่มีระบบการ ให้สุศึกษาในการอยู่กับเบาหวานอย่างมี ความสุขได้ดีโดยทีมสหสาขา ยังไม่มี ข้อมูลการสนับสนุนทางด้านสังคม สงเคราะห์นอกเหนือจากการรักษาและ ดูแลสนับสนุนด้านจิตใจทั้งรายบุคคลและ รายกลุ่ม ที่เด่น คือมีการเชื่อมโยงระบบการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เชื่อมกับผู้ป่วยในใน ด้านการให้ความรู้และการดูแลตนเองชัดเจน

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								บทบาทของทีมในการให้บริการ
		ความรู้และทัศนคติในการดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยาอย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร	ความรู้เรื่องการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่	ทักษะการดูใจในการปรับพฤติกรรม	การให้ความรู้สร้างความตระหนักป้องกัน	
	PCU อบต.ท่าศาลา	1	1	1	1	1	1	1	1	ดำเนินการตามแนวทางการดูแลจากโรงพยาบาลบุรีทั้งเรื่องการรักษา การคัดกรองและการให้สุศึกษา เน้นระดับน้ำตาล มีระบบส่งต่อวางไว้เมื่อต้องคัดกรองภาวะแทรกซ้อนพิเศษ มีการเฝ้าระวังเรื่องภาวะBMIเกินในผู้มารับบริการทุกราย ส่งเสริมให้มีผู้ดูแลด้วยทุกครั้ง จัดผู้ให้สุศึกษาในคลินิกเพื่อบริการทุกรายที่มาใช้บริการ มีงานคัดกรองชุมชนและดูแลกลุ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงแต่ยังไม่เห็นผลงานชัดเจน ระบบบันทึกเฉพาะรายใช้การได้ดี (แยกเพิ่มเฉพาะ) ไม่มีข้อมูล การสนับสนุนด้านสังคมแต่องค์กรท้องถิ่นมีบทบาทนี้เด่นชัด การวางระบบงานขึ้นกับแพทย์ผู้รับผิดชอบและทีมเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการร่วมกับทีมบริการของผู้ป่วยนอก การกำกับติดตามยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการเชื่อมโยงข้อมูลด้านระบบและการบริการที่ไม่เชื่อมกันระหว่างทีมเวชกรรมและทีมผู้ดูแล

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวนและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
	PCU ดงตาล	0	ไม่ระบุ	1	1	1	1	1	1	ภาพรวม ยังติดขัดเรื่องจำนวนเจ้าหน้าที่เมื่อเทียบกับภารกิจรวมที่ศสช. แม้จะมีทีมบริการเสริม เนื้อหาการดูแลยังเป็นเรื่องการสนับสนุนหรือรักษาให้ได้สภาวะน้ำตาลคงที่ มีการคัดกรองในชุมชนตามนโยบาย ไม่มีข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและการสนับสนุนทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การให้สุขศึกษาแก่นักเรียนเนื้อหาทั่วไปเรื่องการดูแลตนเองแต่เป็นธรรมชาติระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
	PCU ท้ายตลาด	1	0	1	1	0	1	1	1	เหมือนของศสช.ท้ายตลาดทั้งสองแห่งเพิ่มเนื้อหาที่มีระบบสนับสนุนและกำกับติดตามจากCUPของโรงพยาบาลบุรีที่ทำหน้าที่วางระบบใหญ่ ให้แนวทางการดูแลและดำเนินการ รวมทั้งดูแลติดตามระบบการทำงานเป็นระยะๆผ่านการประชุมของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
	อ.ชัยบาดาล									
	รพ.ชัยบาดาล	0	0	1	1	0	0	0	0	มีวิธีคิดเรื่องการจัดการบริการเบาหวานแบบ เบ็ดเสร็จในคลินิกควบคู่กับการส่งเสริมให้ มีความรู้ในการดูแลตนเอง เนื้อหาการดูแล เป็นเรื่องการให้รู้ เข้าใจภาวะเกี่ยวกับ โรคเบาหวานและมีพฤติกรรมสุขภาพช่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนควบคุมน้ำตาลได้ ยังทำเรื่องการสอนให้ดูแลตนเองได้ยังไม่ดี ทำตามโอกาส อธิบายลักษณะความ แตกต่างของกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลได้ ยังไม่ได้เชื่อมการทำงานและผลงานกับ แผนกผู้ป่วยใน แต่เชื่อมกับหน่วยเยี่ยมที่ บ้านและสอ. ผ่านสสอ. การจัดการระบบ ดำเนินการ โดยพยาบาลที่รับผิดชอบ ทำงานนี้อย่างต่อเนื่อง มีการกำกับติดตาม โดยแพทย์ประจำที่ดูแลคลินิกแต่บทบาทยังไม่ชัดเจน

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
	สอ.ท่ามะนาว	0	0	0	0	0	0	0	1	บทบาทเน้นเรื่องการคัดกรองและติดตาม การเยี่ยมบ้านเป็นหลัก โดยตามข้อมูลการ ส่งต่อจากโรงพยาบาลและตามนโยบาย การณรงค์การคัดกรองในชุมชนของจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นรายที่มีระดับน้ำตาลสูงที่ การออกแบบบริการ การจัดการระบบงาน เบาหวานและการติดตามกำกับผ่านสาย งานปกติของสสอ.ร่วมกับ โรงพยาบาลชัย บาดาล
	สอ.บัวชุม	1	0	1	0	1	1	1	1	เหมือนสสอ.ท่ามะนาว
อยุธยา	อ.นครหลวง									
	รพ.สมเด็จพระ สังฆราช	มีความเข้าใจ และมีความ พยายามใน การสืบค้น มากกว่าการ พิจารณาที่ ระดับน้ำตาล	มีพยาบาลให้ คำปรึกษาที่ผ่าน การอบรมทำ หน้าที่ให้บริการ	ขึ้นกับ CPG และ ดุลยพินิจของ แพทย์ผู้ให้การ รักษา	เก็ชให้ความรู้ เมื่อผู้ป่วยรับยา (ยังไม่มีกร จัดบริการคลินิก ให้คำปรึกษาด้าน ยา)	มีการให้ความรู้ เป็นกลุ่ม โดย พยาบาล และมี model	มีการให้ความรู้ เป็นกลุ่ม โดย พยาบาล และมี model อาหาร ประกอบการ สอน	ยังขาดทักษะ ในทุกระดับ	ไม่ชัดเจน	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และทัศนคติในการดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยาอย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร	ความรู้เรื่องการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่	ทักษะการวินิจฉัยในการปรับพฤติกรรม	การให้ความรู้สร้างความตระหนักป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
		แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องการสื่อสาร และเวลาให้บริการ ตลอดจนปริมาณผู้ป่วยรับบริการ	และในการให้บริการมีความพยายามให้ผู้ป่วยสืบค้นสาเหตุของตนเองพร้อมกันหาแนวทางในการปรับพฤติกรรม			อาหารประกอบการสอน นอกจากนี้ยังมีการประเมินการใช้แรงและการจัดสมดุลระหว่างการใช้แรงกับการกิน	นอกจากนี้ยังมีการประเมินระหว่างการใช้แรงกับการกิน			
	สอ.หนองปลิง	มีความเข้าใจและมีความพยายามในการสืบค้นมากกว่าการพิจารณาที่ระดับน้ำตาล แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องการสื่อสาร	พยาบาลที่ทำหน้าที่ตรวจเป็นผู้ประเมิน ซึ่งจะทำในรายที่พบว่ามีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี	ขึ้นกับ CPG และดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การรักษา (กรณีมีปัญหา พยาบาลจะโทร consult แพทย์และให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ)	จนท.ผู้จัดยา (ส่วนใหญ่เป็นจนท.สอ.) ให้ความรู้เมื่อผู้ป่วยรับยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาเดิม (ยังไม่มีการจัดบริการคลินิก ให้คำปรึกษาด้านยา)	มีการให้ความรู้เป็นกลุ่ม โดยพยาบาล และมี model อาหารประกอบการสอน นอกจากนี้ยังมีการประเมินการใช้แรงและการจัดสมดุลระหว่างการใช้แรงกับการกิน	มีการให้ความรู้เป็นกลุ่ม โดยพยาบาล และมี model อาหารประกอบการสอน นอกจากนี้ยังมีการประเมินการใช้แรงและการจัดสมดุลระหว่างการใช้แรงกับการกิน	ยังขาดทักษะในทุกระดับ	จัดเฉพาะเมื่อมีการตรวจคัดกรอง	

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ.บ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักรู้ป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
	สอ.ท่าช้าง	มีความเข้าใจ และมีความ พยายามใน การสืบค้น มากกว่าการ พิจารณาที่ ระดับน้ำตาล แต่ยังมีข้อจำกัด เรื่องการสื่อสาร	จนท.สอ.(หัวหน้า สอ.) เป็นผู้ ให้บริการ ซึ่ง ผู้ป่วยค่อนข้าง ไว้วางใจและมักมา หาหรือปรึกษา ตลอด แม้นไม่ใช่ว่า ในวันคลินิกก็ตาม	ขึ้นกับ CPG และ ดุลยพินิจของ แพทย์ผู้ให้การ รักษา (กรณีมี ปัญหา พยาบาล จะโทร consult แพทย์และให้ แพทย์เป็นผู้ ตัดสินใจ)	จนท.ผู้จัดยา (ส่วนใหญ่เป็น จนท.สอ.) ให้ ความรู้เมื่อผู้ป่วย รับยา ซึ่งส่วน ใหญ่เป็นยาเดิม (ยังไม่มี การให้บริการคลินิก ให้คำปรึกษาด้าน ยา)	มีการให้ความรู้ เป็นกลุ่ม โดย พยาบาล และมี model อาหาร ประกอบการ สอน นอกจากนี้ยังมี การประเมิน การใช้แรงและ การจัดสมดุล ระหว่างการใช้ แรงกับการกิน	มีการให้ความรู้ เป็นกลุ่ม โดย พยาบาล และมี model อาหาร ประกอบการ สอน นอกจากนี้ยังมี การประเมิน การใช้แรงและ การจัดสมดุล ระหว่างการใช้ แรงกับการกิน	ยังขาดทักษะ ในทุกระดับ	พยายาม สอดแทรกใน การประชุม อส ม. ประชาคม หมู่บ้าน และ การรณรงค์คัด กรอง	
ขอนแก่น	อ.เมือง									
	รพ.ขอนแก่น									
	ศูนย์มิตรภาพ	0	0	0	0	0	0	0	0	
	สอ.โคกสี	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง	0	0	1	0	1	0	1	0	
	อ.น้ำพอง									
	รพ.น้ำพอง	1	1	1	1	1	1	1	1	
	สอ.คำแก่นคูณ ต.ม่วงหาว	0	0	0	0	0	0	0	1	
	สอ.ศรีประเสริฐ ต.วังขี้	0	0	0	0	0	1	0	0	
	PCU น้ำพอง	1	1	1	1	1	1	1	1	
	PCU ม่วงหวาน	0	0	0	0	0	0	0	0	

หมายเหตุ 0 = ไม่เพียงพอ , 1 = เพียงพอ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักรู้ป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
ร้อยเอ็ด	อ.เมือง									
	รพ.ร้อยเอ็ด	1	1	1	1	1	1	1	1	การประสานงานในแต่ละจุดจากความ สอดคล้อง การไหลของระบบการดูแล ผู้ป่วยไม่ได้เท่าที่ควร ระบบการดูแลรายงาน ยังไม่ชัดเจน
	PCU เทศบาลเมืองร้อย	1	1	1	1	1	1	1	1	ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่บางครั้ง ยังมีความทับซ้อนเนื่องจากว่าโรงพยาบาล อำเภอเมืองพึ่งก่อตั้ง
	PCU สังขทรัพย์	1	1	1	1	1	1	1	1	ทีมให้บริการคือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ไม่มีทีมจากโรงพยาบาลจึงไม่มีปัญหา บทบาทจะอยู่ที่ การจ่ายยาประจำในรายที่ ปกติ การคัดกรอง การให้สุขศึกษาการดูแล และติดตามเยี่ยม และการส่งต่อ
	PCU เฉลิมพระเกียรติ	1	1	1	1	1	1	1	1	ทีมให้บริการคือทีมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และทีมโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยบทบาท ทางการรักษาจะเป็นของทาง โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัยจะมีบทบาทหน้าที่ทางด้าน การขึ้นทะเบียนการคัดกรอง การให้สุข ศึกษาการดูแลและติดตามเยี่ยม และ การส่งต่อ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ.บ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักรู้ป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
	อ.พนมไพร									
	รพ.พนมไพร	1	1	1	1	1	1	1	1	เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผ่านการอบรมจาก รพ.เทพ ทำให้มีทักษะในการดูแล มีการดำเนินงาน เป็นทีม ใช้บทบาทของทีมเข้ามามีส่วนร่วม
	สอ.คอนกLOY	1	1	1	1	1	1	1	1	เจ้าหน้าที่ในสถานบริการมี 3 คน รับผิดชอบเบาหวาน 1 คนแต่ในความเป็น จริงมีการช่วยกันทำงาน และเจ้าหน้าที่ที่มี ความรู้ผ่านการอบรมมีการแนะนำและ ถ่ายทอดความรู้แก่เจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ ด้วย
	PCU โพนธิชัย	0	0	0	0	0	0	0	1	เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ที่ดูแล และเจ้าหน้าที่ที่ใหม่ไม่มั่นใจด้าน ความรู้ ทางด้านการดำเนินงานแผนและ กิจกรรมยังดำเนินการอยู่
กาฬสินธุ์	อ.กมลาไสย									
	รพ.กมลาไสย	1	1	1	1	1	1	1	1	มีทีมวิจัยเบาหวานในระดับอำเภอและ กระจายลงสู่ตำบล ทีมหลักจะอยู่ที่ โรงพยาบาลจะคอยประสานงานเมื่อทางทีม สอ. มีปัญหา มีการจัดประชุมและประเมิน case มีการศึกษา case ในเชิงลึก
	สอ.หนองบัว	1	1	0	0	1	1	1	1	
	สอ.โพนงาม	1	1	0	0	1	1	1	1	

หมายเหตุ 0 = ไม่เพียงพอ , 1 = เพียงพอ

จังหวัด	สถานพยาบาล	ทักษะและความรู้ของ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย DM								
		ความรู้และ ทัศนคติในการ ดูแลแบบองค์	การประเมินจิตใจ & การให้ คำปรึกษา	ความรู้เกณฑ์พ. ที่ไม่ต้องใช้ยา	ความรู้การใช้ยา อย่างเหมาะสม	ความรู้เรื่อง การควบคุม อาหาร	ความรู้เรื่องการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกายที่	ทักษะการจูง ใจในการปรับ พฤติกรรม	การให้ความรู้ สร้างความ ตระหนักป้องกัน	บทบาทของทีมในการให้บริการ
เลย	อ.ภูกระดึง									
	รพ.ภูกระดึง	0	1	0	0	1	0	1	1	
	สอ.หนองหิน	0	0	0	0	1	0	1	1	
กรุงเทพฯ										
	หน่วยบริการสุขภาพ ปทุมภูมิศิริราช	1	1	1	1	1	1	1	1	
	ศูนย์บริการ สาธารณสุข 16	1	1	1	1	1	1	1	1	
	ศูนย์บริการ สาธารณสุข 45 (ศูนย์ ร่วมเกล้าฯ)	1	1	1	1	1	1	1	1	
	ศูนย์บริการ สาธารณสุข 3 บางซื่อ	1	1	1	1	1	1	1	1	
	PCU บึงกุ่ม	1	1	1	1	1	1	1	1	
	ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหนอง จอก	1	0	1	1	1	1	0	1	

ร่างตัววัดคุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ลำดับ	ตัววัดคุณภาพของระบบ DM	Level 0	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
1	ขอบเขตของบทบาทสอ./ PCU	เฉพาะการคัดกรอง	คัดกรอง ติดตามผป. และเยี่ยมบ้าน	คัดกรอง ติดตามผู้ป่วย ช่วยประสานจัดบริการ ในกรณีที่มีบริการที่ สอ.	คัดกรอง และจ่ายยา ตามที่รพ.กำหนด	คัดกรอง จ่ายยา ดูแล รักษาผป.อาการ ก่อนข้างลงที่ ตามแนวปฏิบัติ	คัดกรอง จ่ายยา ดูแลรักษาผป. ทั้งหมดในพื้นที่รวมทั้งกลุ่มที่มี ภาวะแทรกซ้อน ตามแนวปฏิบัติ
2	คุณภาพของการให้บริการ (ระยะเวลา การให้บริการ)						
2.1	ระยะเวลาและความเชื่อมโยงของการ ให้บริการในแต่ละส่วนย่อย						
2.2	เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการรับมา บริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ ทำบัตร-กลับบ้าน)		1 ชั่วโมง	2 ชั่วโมง	3 ชั่วโมง	4 ชั่วโมง	มากกว่า 5 ชั่วโมง
2.3	เวลาที่แพทย์/จนท. ให้บริการเฉลี่ยต่อคน		1 นาที	3 นาที	5 นาที	10 นาที	15 นาที
2.4	จำนวนคนรับบริการต่อครั้ง และต่อผู้ ให้บริการหนึ่งคน (6 คนต่อชั่วโมงต่อผู้ ให้บริการหนึ่งคน)						
2.5	จำนวนครั้งการให้บริการต่อเดือน		1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้ง	4 ครั้ง	
3	คุณภาพของการให้บริการ (บทบาทของ ทีมให้บริการ						

ลำดับ	ตัววัดคุณภาพของระบบ DM	Level 0	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
3.1	การแบ่งบทบาทบริการ ของทีมงาน	ไม่ชัดเจน	บทบาทแพทย์ให้การ รักษา พยาบาลร่วมคัด กรอง	ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมประเมินและ ให้บริการตามบทบาท ความรับผิดชอบ	ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมประเมินและ ประยุกต์วิธีการให้ ผสมผสาน สอดคล้อง กับผู้รับบริการ		
3.2	บทบาทของเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่มีใช้แพทย์ ในการให้บริการ		บริหารจัดการ	ให้ความรู้	ประเมินความรู้และให้ ความรู้ผู้รับบริการ	ประเมินผู้รับบริการทั้ง มิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และให้บริการ สอดคล้องและ เหมาะสมกับ ผู้รับบริการ	
3.3	บทบาทแพทย์ในการให้บริการ		ให้ยาเป็นหลัก	ให้ยาและให้ความรู้	รับฟังปัญหา ประเมิน และให้บริการ สอดคล้องและ เหมาะสมกับ ผู้รับบริการ	ทำงานเป็นทีมร่วมกับ วิชาชีพอื่น	
3.4	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการ	ไม่สนใจ ผู้รับบริการ	สนใจผู้รับบริการ บางครั้ง	สนใจผู้รับบริการ สม่ำเสมอแต่ไม่ปรับวิธี บริการให้เหมาะสมกับ ผู้รับบริการ	สนใจผู้รับบริการ สม่ำเสมอและปรับวิธี บริการให้เหมาะสมกับ ผู้รับบริการ		

ลำดับ	ตัววัดคุณภาพของระบบ DM	Level 0	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
4	วิธีการให้ความรู้ / สุขศึกษา แก่ ผู้รับบริการ	ไม่มีการให้ความรู้ / สุขศึกษา	จัดเป็นกลุ่มให้ความรู้ / สุขศึกษาที่สถานพยาบาล	จัดเป็นกลุ่มย่อยให้ความรู้ / สุขศึกษาตามแผนที่สถานพยาบาลกำหนด	จัดเป็นกลุ่มเรียนรู้ระหว่างผู้รับบริการด้วยกัน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ (Self-help group)	เป็นระบบประเมินและให้คำปรึกษารายบุคคลที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้รับบริการ	เป็นระบบประเมิน ให้คำปรึกษา รายบุคคล และให้ญาติ / ครอบครัวมีส่วนร่วม
5	ระบบเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย DM	ไม่มีระบบชัดเจน ขึ้นกับผู้ให้การรักษา / แพทย์	มีแนวทางปฏิบัติ แต่ไม่มีการทบทวนว่าดำเนินการตามแนวปฏิบัติหรือไม่	มีแนวทางปฏิบัติ และมีการทบทวนการปฏิบัติเป็นบางครั้ง	มีแนวทางปฏิบัติ และทบทวนการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ให้บริการทำได้ไม่ครบ และคัดกรองไม่ครบทุกรายการตามมาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติ ทบทวนสม่ำเสมอ ครบทุกรายการ และปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่(มากกว่า 80 %)	มีแนวทางปฏิบัติ และทบทวนการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนครบตามมาตรฐาน (100%)
6	วิธีการคัดกรอง	ไม่มีระบบคัดกรองที่ชัดเจน ขึ้นกับผู้ให้บริการ	มีการคัดกรองแบบตั้งรับในสถานพยาบาล	มีการคัดกรองในชุมชนตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด	มีการคัดกรองในชุมชน โดยประยุกต์จากเกณฑ์ส่วนกลาง และเกณฑ์เฉพาะของพื้นที่	มีการใช้ระบบคัดกรองร่วมกับการให้ความรู้พื้นฐานแก่ประชากรทั่วไป	

ลำดับ	ตัววัดคุณภาพของระบบ DM	Level 0	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
7	ระบบการดูแลหลังการคัดกรอง		ส่งเฉพาะผู้ที่เข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยไปรพ.เพื่อเข้าระบบการดูแลตามแนวปฏิบัติ ไม่มีแนวทางปฏิบัติสำหรับกลุ่มอื่น	มีการให้ความรู้ ความเข้าใจก่อนการคัดกรอง แต่ไม่มีระบบติดตามกลุ่มต่างๆ หลังการคัดกรอง	มีการให้ความรู้ ความเข้าใจก่อนการคัดกรอง และมีระบบติดตาม ทำความเข้าใจในการปฏิบัติเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ	มีการให้ความรู้ ความเข้าใจก่อนการคัดกรอง ส่งผู้ป่วย และเพิ่มการให้ความรู้แนวทางปฏิบัติทั้งกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มที่เฝ้าระวัง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือปัจจัยเสี่ยง	มีการให้ความรู้ ความเข้าใจก่อนการคัดกรอง ส่งผู้ป่วย และเพิ่มการให้ความรู้แนวทางปฏิบัติทั้งกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มที่เฝ้าระวัง กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง /ปัจจัยเสี่ยง และให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป
8	ระบบข้อมูล และระบบที่เกี่ยวข้อง						
8.1	ระบบทะเบียนผู้ป่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือ เป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ไม่มี	มีแต่ไม่ได้ประสานกับหน่วยงานอื่น	มีและประสานกับหน่วยงานอื่นแต่ไม่ได้ปรับให้ทันสมัย	มีและประสานกับหน่วยงานอื่นและปรับข้อมูลทะเบียนให้ทันสมัย		
8.2	ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ไม่มี	มีการสำรวจเป็นครั้งๆ แต่ไม่ได้รวบรวมเป็นฐาน	มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลเป็นครั้งๆ	มีรวบรวมเป็นฐานข้อมูลและติดตามต่อเนื่อง		
8.3	ข้อมูลภาวะ / ปัจจัยเสี่ยงของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	ไม่มี	มีการสำรวจเป็นครั้งๆ แต่ไม่ได้รวบรวมเป็นฐาน	มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลเป็นครั้งๆ	มีรวบรวมเป็นฐานข้อมูลและติดตามต่อเนื่อง		
8.4	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย		มีเป็นระบบ OPD card ปกติ	มีการจัดรูปแบบให้ดูแลต่อเนื่องได้เฉพาะส่วนคลินิก	มีระบบที่เชื่อมกับการคัดกรองภาวะเสี่ยง	มีระบบที่เป็นฐานติดตามต่อเนื่อง (ความเชื่อมโยง) ในคอมพิวเตอร์ได้	

ภาคผนวก 3

เครื่องมือ

ภาคผนวก 3

เครื่องมือ

- แบบสอบถามประเมินระบบ	ก
* แบบสำรวจการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ(งานอนามัยแม่และเด็ก)	
* แบบสำรวจการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ(ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน)	
- แบบฟอร์มDM1&MCH1	ข
* แบบการตรวจประเมินเท้าเบื้องต้น	
* แบบการติดตามรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	
* แบบการติดตามรักษาผู้ป่วยเบาหวานรายปี	
* แบบการติดตามบริการสุขภาพในหญิงคลอด(MCH1)	
* ข้อมูลผลลัพธ์งานอนามัยแม่และเด็ก(MCH2)	
* วิธีการกรอกข้อมูล แบบฟอร์ม DM1	
* วิธีการกรอกข้อมูล แบบฟอร์ม MCH1	
- แบบสัมภาษณ์ เรื่อง การปฏิบัติตัวความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	ค
คุณภาพชีวิต และการเผชิญกับภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ความพอใจต่อบริการที่ได้รับ	
- แบบสอบถาม เรื่อง การปฏิบัติตัว พัฒนกิจของหญิงตั้งครรภ์ และความพอใจต่อบริการที่ได้รับ	ง
- แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพแบบบันทึกการฝากครรภ์	จ
- คำอธิบายการกรอกข้อมูล DM,MCH, Review chart ANC	ฉ
- คู่มือแนวทางการ Review chart งานอนามัยแม่และเด็ก	ช

แบบสอบถามประเมินระบบ

แบบสำรวจการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (งานอนามัยแม่และเด็ก)

คำชี้แจง

การสำรวจการดำเนินการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยพัฒนาระบบติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย ดำเนินการโดยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์การสำรวจ เพื่อ

1. เป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวมทั้งประเทศ
2. วิเคราะห์องค์ประกอบ เงื่อนไข ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และนำข้อมูลไปใช้พัฒนาข้อเสนอกลไกกำกับ และประเมินผลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

หมายเหตุ การจัดส่งแบบสำรวจเมื่อกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

กรุณาส่งแบบสำรวจกลับภายใน วันที่ 8 เมษายน 2548 มาที่

ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามกลับมาที่

ธนาทิพย์ วงศ์พันธ์ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

โทรศัพท์ : 02-5901864, 01-3216617

โทรสาร : 02-5901850

E-mail : ttanatip@yahoo.com

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณในความร่วมมือกรอกแบบสำรวจเป็นอย่างยิ่ง

ชื่อผู้บันทึกข้อมูล.....
 สังกัดแผนก/หน่วยงาน.....
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
 วัน/เดือน/ปี ที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ทรัพยากรของหน่วยงาน และบริบทของพื้นที่

- 1.1. โครงสร้างการบริหารภายในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก (ให้อธิบายถึงการแบ่งงาน ความรับผิดชอบและการจัดการภายใน จำนวนบุคลากร ที่ครอบคลุมตั้งแต่การหากลุ่มเป้าหมาย การดูแลในระยะตั้งครรภ์ การดูแลหลังคลอด และการดูแลเด็กในระยะ 0-5 ปี และการจัดการส่งต่อ)
- 1.2. จำนวนและประเภทบุคลากร ที่ให้บริการในคลินิก ANC (มีเจ้าหน้าที่ให้บริการกี่คน วุฒิอะไรบ้าง ทำหน้าที่ในส่วนใด บุคลากรที่ให้บริการส่วนนี้อยู่ในแผนกใด ทำหน้าที่อื่นร่วมด้วยอย่างไรบ้าง)
- 1.3. จำนวนและประเภทบุคลากร ที่ให้บริการในคลินิก WBC (มีเจ้าหน้าที่ให้บริการกี่คน วุฒิอะไรบ้าง ทำหน้าที่ในส่วนใด บุคลากรที่ให้บริการส่วนนี้อยู่ในแผนกใด ทำหน้าที่อื่นร่วมด้วยอย่างไรบ้าง)
- 1.4. จำนวนและประเภทบุคลากร ที่ให้ในส่วนการค้นหากลุ่มเป้าหมายแม่และเด็ก และการติดตามเยี่ยมหลังคลอด (มีเจ้าหน้าที่ให้บริการกี่คน วุฒิอะไรบ้าง ทำหน้าที่ในส่วนใด บุคลากรที่ให้บริการส่วนนี้อยู่ในแผนกใด ทำหน้าที่อื่นร่วมด้วยหรือไม่อย่างไร)
- 1.5. ทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่ในการดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้เป็นอย่างไร เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพหรือไม่
 - ☐ ความรู้ของทีมดูแล เกี่ยวกับการดูแลในระยะตั้งครรภ์
 - ☐ ความรู้และทักษะของทีมเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และดูแล ส่งต่อได้เหมาะสม
 - ☐ ความรู้ของทีมในเรื่องการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก บันทึกการตั้งครรภ์
 - ☐ ความรู้และทักษะของทีมเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจหน้าท้องอย่างถูกต้อง
 - ☐ ความรู้ ทักษะของทีมงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม
 - ☐ ความสามารถของทีมงานในการประเมินสถานะจิตใจ และการให้คำปรึกษา
 - ☐ ความสามารถของทีมงานในการติดตามเยี่ยมบ้าน
 - ☐ ความรู้และทักษะของทีมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของครอบครัว
 - ☐ ความรู้และทักษะของทีมเกี่ยวกับการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก
- 1.6. สถานบริการมีแนวทางการดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก (Guideline) หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

การปฏิบัติงานจริง ทำได้ตามแผนมากน้อยอย่างไร เนื้อหามีการปรับเปลี่ยนหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร

.....

.....

.....

.....

- 1.7. งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับงานแม่และเด็ก ได้รับจากส่วนใด เพียงพอหรือไม่อย่างไร (ขอให้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการสนับสนุนจาก CUP หรือ โรงพยาบาล หรือ สาธารณสุขอำเภอ แก่องค์กรท่านในด้านทรัพยากร)

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระบบบริการ / ระบบการทำงานเกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก

การเตรียมชีวิตครอบครัวที่มีคุณภาพ

การวางแผนครอบครัว การให้คำปรึกษาแก่คู่สมรส การให้ข้อมูลความเข้าใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และการมีบุตร

การจัดบริการในสถานพยาบาล

2.1 คลินิก ANC

- 2.1.1 มีการจัดบริการ ANC สัปดาห์ละ.....ครั้ง หรือ เดือนละ.....ครั้ง

เริ่มตั้งแต่เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.

ปัจจุบันมีผู้มารับบริการเฉลี่ยครั้งละ.....คน มีผู้ให้บริการเฉลี่ยครั้งละ.....คน

- 2.1.2 มีแนวปฏิบัติ / ขั้นตอนในการให้บริการอย่างไร

.....

.....

.....

- 2.1.3 มีแพทย์ร่วมตรวจทุกครั้งหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มีทุกครั้ง ☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี

.....

- 2.1.4 มีกิจกรรมให้คำปรึกษา หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

การให้คำปรึกษาทำอย่างไร

.....

- 2.1.5 การส่งต่อกรณีหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงทำอย่างไร

.....

- 2.1.6 ระบบข้อมูล และทะเบียน รายงาน ที่ต้องบันทึกมีอะไรบ้าง
-
-
- ความถี่ในการบันทึก / รายงาน ทุก วัน / สัปดาห์ / เดือน
- 2.1.7 มีระบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ขาดนัด หรือไม่
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุวิธีการติดตาม
-
- 2.1.8 ระบบการให้บริการ / การจัดการบริการมีปัญหา อุปสรรคหรือไม่
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ
-
-
- 2.1.9 มีการให้ความรู้ การทำความเข้าใจกับผู้รับบริการและญาติ/ครอบครัวหรือไม่ ทำอย่างไร (กรุณาอธิบายแผนงาน/รายละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหา กระบวนการในการให้บริการในสถานพยาบาล หรือในชุมชน ในเรื่องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ การวางแผนครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ และการเป็นบิดา มารดา เพื่อไม่ให้เกิดการปฏิบัติตามวัฒนธรรมและข้อห้ามต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอันตราย รวมถึงการสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติตามประเพณีดั้งเดิมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ)
- ☐ ไม่มี
- ☐ มี ทำอย่างไร
-
-
-
-
- การปฏิบัติจริง ทำได้ตามแผนมากน้อยอย่างไร เนื้อหามีการปรับเปลี่ยนหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร
-
-
-
- 2.1.10 มีกระบวนการให้บริการมีการประเมินสภาวะจิตใจ ปัญหากระทบจากการเจ็บป่วย ปัญหาอื่นๆ มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการในรายที่มีปัญหาหรือไม่
- ☐ ไม่มี
- ☐ มี ทำในกรณีใด มีแนวทางปฏิบัติ / ขั้นตอนอย่างไร
-

.....
.....
.....

2.1.11 มีขอบเขตในการรักษางานอนามัยแม่และเด็กของสถานพยาบาล และข้อบ่งชี้ในการส่งต่อไปรักษา / ส่งกลับไปรักษา
ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อรับการดูแลเพิ่มเติมด้านอื่นๆ ตามสภาพปัญหา อย่างไร

.....
.....
.....
.....

2.2 คลินิกเด็กสุขภาพดี (ประเมินพัฒนาการเด็ก โภชนาการ และให้วัคซีน)

2.2.1 มีการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี สัปดาห์ละ.....ครั้ง หรือ เดือนละ ครั้ง

เริ่มตั้งแต่เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.

ปัจจุบันมีผู้มารับบริการเฉลี่ยครั้งละ คน มีผู้ให้บริการเฉลี่ยครั้งละ.....คน

2.2.2 มีแนวปฏิบัติ / ขั้นตอนในการให้บริการอย่างไร

.....
.....
.....

2.2.3 มีแพทย์ร่วมตรวจทุกครั้งหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มีทุกครั้ง ☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี.....

.....

2.2.4 มีการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มีขณะนี้ตรวจประเมินพัฒนาการเด็กได้จำนวนเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด

.....

2.2.5 มีกิจกรรมให้คำปรึกษาเฉพาะ หรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ทำในกรณีใด มีแนวทางปฏิบัติ / ขั้นตอนอย่างไร

.....

2.2.6 การส่งต่อกรณีมีภาวะเสี่ยงทำอย่างไร

.....

2.2.7 ระบบข้อมูล และทะเบียน รายงาน ที่ต้องบันทึกมีอะไรบ้าง

.....

.....
ความถี่ในการบันทึก / รายงาน ทุก วัน / สัปดาห์ / เดือน

2.2.8 มีระบบการติดตามการขาดนัด หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุวิธีการติดตาม

2.2.9 ระบบการให้บริการ / การจัดการบริการมีปัญหา อุปสรรคหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

2.2.10 มีการให้ความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องการดูแลเด็กแก่ญาติ/ครอบครัวหรือไม่ (กรุณาอธิบายแผนงาน/รายละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหา กระบวนการในการให้บริการในสถานพยาบาล หรือในชุมชน ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ)

☐ ไม่มี

☐ มี ทำอย่างไร

การปฏิบัติงาน ทำได้ตามแผนมากน้อยอย่างไร เนื้อหามีการปรับเปลี่ยนหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร

2.3 การติดตามเยี่ยมหลังคลอด

2.3.1 มีการติดตามเยี่ยมหลังคลอดหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มีการเยี่ยมสม่ำเสมอ มารดาหลังคลอด 1 คน ติดตามเยี่ยม ครั้ง

☐ มีการเยี่ยมเป็นบางครั้ง ในกรณี.....

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมหลังคลอด คือ

2.3.2 มีการลงบันทึกข้อมูลการเยี่ยมหลังคลอดหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ทำอย่างไร

.....

.....

2.4 การดูแลศูนย์เด็กเล็ก

2.4.1 มีการดูแลศูนย์เด็กเล็ก หรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ทำอย่างไร

.....

.....

หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลศูนย์เด็กเล็ก คือ

มีผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง คน

2.5 ที่ผ่านมามีการพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้รับบริการงานอนามัยแม่และเด็กเพิ่มเติมหรือไม่
อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.6 อื่นๆ ที่สถานพยาบาลท่านมีการดำเนินการเกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กนอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์งานอนามัยแม่และเด็ก

คำจำกัดความ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (Anemia in pregnancy)

หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มี Hb < 11 gms. หรือ Hct < 33%

มาตรฐานการให้ยาต้านไวรัสสำหรับมารดา anti HIV + ve

หมายถึง การให้ยาต้านไวรัส AZT ในหญิงตั้งครรภ์ anti HIV + ve โดยเริ่มให้ยาเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ขนาด 300 มก. วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น และในระยะคลอด ให้ยา AZT 300 มก. กินทุก 3 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มเจ็บจริงจนคลอด

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low birth weight)

หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด

การตายของมารดา (Maternal mortality)

หมายถึง การตายของหญิงขณะตั้งครรภ์ คลอด หรือภายใน 42 วันหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใดจากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง หรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้อง

การตายปริกำเนิด (Perinatal mortality)

หมายถึง การตายของทารกน้ำหนักอย่างน้อย 1,000 กรัม (หรือเมื่อไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้อายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์ หรือมากกว่า หรือความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้า 35 เซนติเมตร หรือมากกว่า บวกจำนวนการตายของทารกที่อายุต่ำกว่า 7 วัน)

การวางแผนครอบครัว

หมายถึง การวางแผนครอบครัวแบบชั่วคราวและแบบถาวร

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (PAP SMEAR)

หมายถึง สตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

หมายถึง สตรีอายุมากกว่า 35 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

การได้รับวัคซีน EPI program ในเด็กอายุ 0-5 ปี

จำแนกตามชนิดของวัคซีนและจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วย EPI Program

MALNUTRITION

หมายถึง จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ขาดสารอาหารจำแนกตามความรุนแรงระดับ 1, 2, 3

ตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	ผลงานปี 2547	ไม่มีข้อมูล
1. % ANC ที่สถานบริการ	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่สถานบริการ		
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ		
2. % ANC ทั้งอำเภอ	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ทั้งอำเภอ		
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในอำเภอ		
3. % ANC ที่สถานพยาบาล	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ทั้งหมดในสถานบริการของรัฐและเอกชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ		
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ		
4. % ANC ที่ สอ./PCU และได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU และได้รับการดูแลตามมาตรฐาน		
	ตัวหาร : จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU ทั้งหมด		
5. % Anemia ที่รักษาจนปกติในระยะตั้งครรภ์ (Hct $\geq$ 33%) * เฉพาะ Iron-deficiency anemia	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้รับการรักษาจน Hct $\geq$ 33% ในระยะตั้งครรภ์		
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็กทั้งหมด		
6. % การได้รับยาต้านไวรัสในมารดา anti HIV + ve	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ anti HIV + ve และได้รับยาต้านไวรัสครบตามมาตรฐาน		
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ anti HIV + ve ทั้งหมด		
7. % LBW	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กเกิดมีชีพน้ำหนัก $\leq$ 2,500 กรัม		
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด		
8. MATERNAL MORTALITY RATIO	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงมีครรภ์ตายจากโรคที่เกิดโดยตรงจากการมีครรภ์ การคลอด และ 42 วันหลังคลอด		
	ตัวหาร : จำนวนหญิงคลอดมีชีพ 100,000 ราย		
9. PERINATAL MORTALITY RATE	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กตายคลอดและเด็ก นน.ตัวเกิน 1,000 กรัมตายใน 1 สัปดาห์หลังคลอด		
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย		

ตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	ผลงานปี 2547	ไม่มีข้อมูล
10. % FP	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-45 ปี) ที่มีการวางแผนครอบครัว		
	ตัวหาร : จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีคู่ทั้งหมด		
11. % PAP SMEAR	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์		
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตามเกณฑ์ทั้งหมด		
12. % การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	ตัวตั้ง : จำนวนหญิงที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตามเกณฑ์		
	ตัวหาร : จำนวนหญิงตามเกณฑ์ทั้งหมด		
13. % EPI	ตัวตั้ง : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์		
	ตัวหาร : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด		
14. % MALNUTRITION	ตัวตั้ง : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ขาดสารอาหาร		
	ตัวหาร : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด		
15. % Breast Feeding	ตัวตั้ง : จำนวนเด็กที่กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนแรก		
	ตัวหาร : จำนวนเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด		
16. % เด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย	ตัวตั้ง : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย		
	ตัวหาร : จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด		

แบบสำรวจการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน)

คำชี้แจง

การสำรวจการดำเนินการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยพัฒนาระบบติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย ดำเนินการโดยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์การสำรวจ เพื่อ

1. เป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวมทั้งประเทศ
2. วิเคราะห์องค์ประกอบ เงื่อนไข ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และนำข้อมูลไปใช้พัฒนาข้อเสนอกลไกกำกับ และประเมินผลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

หมายเหตุ การจัดส่งแบบสำรวจเมื่อกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

กรุณาส่งแบบสำรวจกลับภายใน วันที่ 8 เมษายน 2548 มาที่

ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามกลับมาที่

ธนาทิพย์ วงศ์พันธ์ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

โทรศัพท์ : 02-5901864, 01-3216617

โทรสาร : 02-5901850

E-mail : ttanatip@yahoo.com

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณในความร่วมมือกรอกแบบสำรวจเป็นอย่างยิ่ง

ชื่อผู้บันทึกข้อมูล.....
 สังกัดแผนก/หน่วยงาน.....
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
 วัน/เดือน/ปี ที่บันทึกข้อมูล.....

ชื่อสถานพยาบาล ตำบล.....
 อำเภอ จังหวัด.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ทรัพยากรของหน่วยงาน และบริบทของพื้นที่

(ขอให้อธิบายข้อมูลที่เห็นว่าสำคัญ และมีผลกระทบต่อรูปแบบ กระบวนการดำเนินงานสาธารณสุข)

1.1 สภาพทางภูมิศาสตร์ และการคมนาคมในพื้นที่

.....

1.2 จำนวน และสภาพประชากรในความรับผิดชอบ

จำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ คน
 จำนวนประชากรในอำเภอทั้งหมด คน
 สภาพของประชากรในพื้นที่ (สภาพสังคม เศรษฐกิจ อาชีพ การอพยพ ประชากรกลุ่มเฉพาะ).....

1.3 สภาพพื้นฐานขององค์กร

ที่ตั้งขององค์กร (มีผลกระทบต่อเข้าถึงบริการหรือไม่ อย่างไร)

 พัฒนาการขององค์กร (ระยะเวลาการตั้ง แยกออกมาหรือพัฒนามาจากหน่วยอื่นหรือไม่ การเปลี่ยนสถานะขององค์กร
 หรือ การได้รับสนับสนุนพิเศษ เป็นต้น)

1.4 จำนวนสถานพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ

- คลินิก แห่ง
- สถานบริการของรัฐ แห่ง
- รพ.เอกชน แห่ง

1.5 งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การคัดกรอง ได้รับจากส่วนใด เพียงพอหรือไม่อย่างไร (ขอให้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการสนับสนุนจาก CUP หรือ โรงพยาบาล หรือ สาธารณสุขอำเภอ แก่องค์กรท่านในด้านทรัพยากร)

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระบบบริการ / ระบบการทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 ระบบทะเบียนและข้อมูล ผู้ป่วยเบาหวาน

2.1.1 มีทะเบียนรวมของผู้ป่วยเบาหวานทั้งอำเภอ หรือไม่ (ทั้งที่รักษาที่รพ. และสอ.ต่างๆ)

- ☐ ไม่มี ☐ มี ขณะนี้ (ม.ค. 48) มีจำนวนทั้งหมด.....คน

2.1.2 มีทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลรับผิดชอบหรือไม่ (ทั้งที่รักษาที่สถานพยาบาลท่าน และรักษาที่อื่น)

- ☐ ไม่มี ☐ มี ขณะนี้ (ม.ค. 48) มีจำนวนทั้งหมด.....คน

2.1.3 มีทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่รับบริการที่สถานพยาบาลของท่าน หรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี ขณะนี้ (ม.ค. 48) มีจำนวนทั้งหมด.....คน

2.1.4 ทะเบียนเหล่านี้มีผู้รับผิดชอบชัดเจนหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี เป็นใคร (พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่เวชสถิติหรืออื่นๆ ระบุ

2.1.5 มีแบบบันทึกการรักษา ที่แยกเพิ่มจาก OPD card หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

2.1.6 มีการบันทึกผลการรักษา การตรวจของผู้ป่วยแต่ละครั้ง ลงในคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่องหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี เริ่มทำมานาน.....เดือน.....ปี

2.2 การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาล

2.2.1 มีการจัดบริการรักษาผู้ป่วยเบาหวานสัปดาห์ละ.....ครั้ง หรือ เดือนละ ครั้ง
แต่ละครั้งเริ่มจากเวลา น. ถึง เวลา.....น.

ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการเฉลี่ยครั้งละ คน มีห้องตรวจ ห้อง
เวลาเฉลี่ยที่หมอดูแลผู้ป่วยแต่ละคนต่อครั้ง นาที

2.2.2 ผู้ให้บริการรักษา คือ ☐ แพทย์อย่างเดียว ☐ พยาบาลอย่างเดียว ☐ ทั้งแพทย์และพยาบาล ให้บริการพร้อมกัน
☐ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ แต่พยาบาลให้บริการกรณีที่ไม่มีแพทย์ให้บริการ

2.2.3 มีการตรวจเช็ค HbA1c หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ในกรณีใด.....ตรวจทุก เดือน

2.2.4 มีการทบทวนให้คัดกรองปัญหาโรคแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอตาม CPG หรือไม่ อะไรบ้าง ในกรณีใด

- การตรวจ BUN Creatinine
☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ทุก เดือน ☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี
- การตรวจ cholesterol
☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ทุก เดือน ☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี
- การตรวจ HDL
☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ทุก เดือน ☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี
- การตรวจ Triglycerides
☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ทุก เดือน ☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี
- การตรวจ LDL
☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ทุก เดือน ☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี
- การตรวจ ความผิดปกติของปลายประสาทที่เท้า
☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ทุก เดือน ☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี
- การตรวจตาส่วนเรตินา
☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ทุก เดือน ☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี

2.2.5 มีการซักประวัติการสูบบุหรี่หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี

2.2.6 มีการประเมินสภาพผู้ป่วยด้านจิตใจ และด้านอื่นๆ นอกเหนือจากระดับน้ำตาล

☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ☐ มีบ้างแต่น้อย ☐ มีเป็นบางราย คือ

2.2.7 มีระบบการประเมินความเสี่ยง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การปรับตัวทั้งในด้านการกิน การเคลื่อนไหว การกินยา ในแต่ละครั้งที่มารับบริการ หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ☐ มีบ้างแต่น้อย ☐ มีในบางกรณี คือ

2.2.8 มีระบบพยาบาลให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีให้ในกรณี

ใครเป็นผู้ให้บริการ..... จำนวน คน

2.2.9 มีการจัด self-help group สร้างให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง หรือเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง

เจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มีสม่ำเสมอ ทุก เดือน

☐ มีเป็นบางครั้งในกรณี

ผู้ดำเนินการ คือ

2.2.10 มีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด หรือไม่ ทำอย่างไร

☐ ไม่มี ☐ มี ทำอย่างไร

2.2.11 มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน หรือไม่ เยี่ยมในกรณีใด

☐ ไม่มี ☐ มี ในกรณีใด.....

ดำเนินการอย่างไร.....

เยี่ยมโดยใคร ฝ่ายใด

ความถี่ในการเยี่ยม.....

2.2.12 มีการทบทวนหรือไม่ว่าสภาพของผู้ป่วยที่รับบริการที่สถานพยาบาลท่านปัจจุบันเป็นอย่างไร เช่น ความต่อเนื่องของการรับการรักษา ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเท่าไร มีภาวะแทรกซ้อนเท่าไร มีปัญหาที่ต้องติดตามที่บ้านเท่าไร

☐ ไม่มี ☐ มี ผลขณะนี้เป็นอย่างไ.....

2.2.13 มีการส่งต่อให้ไปรักษาต่อที่สถานอนามัย/พชียู หรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่มี

☐ มี ในกรณีที่มีการกำหนดขอบเขตในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่สอ./พชียู เป็นอย่างไร มีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อไปรักษา / ส่งกลับไปรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน อย่างไร และจะต้องส่งกลับมารับการรักษาที่รพ.อีกในกรณีใด

2.2.14 ยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน (ขอให้ระบุชื่อและจำนวนของยาที่มีในสถานบริการ)

ยาที่มีรักษาที่โรงพยาบาล (ขอให้ระบุชื่อ Generic และประเภทของกลุ่มยา)

.....
.....
.....
.....
.....

ยาที่มีรักษาที่สอ./พชียู (ขอให้ระบุชื่อ Generic และประเภทของกลุ่มยา)

ยาที่มีตลอด

.....
.....
.....

ยาที่มีเฉพาะกรณี เช่น มีแพทย์ไปให้บริการ หรือมีการขอเป็นกรณีเฉพาะ

.....
.....

2.2.15 สถานบริการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (Guideline) หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

.....

การปฏิบัติจริง ทำได้ตามแผนมากน้อยอย่างไร เนื้อหามีการปรับเปลี่ยนหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร

.....

.....

.....

2.3 ระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อค้นหาผู้ป่วย และป้องกัน

2.3.1 ขณะนี้สถานพยาบาลท่านมีระบบการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานอย่างไรบ้าง (กรุณาอธิบายรายละเอียดวิธีในการคัดกรอง/กิจกรรมการคัดกรองทำอะไร ใช้เกณฑ์ใดในการคัดกรอง และวินิจฉัยด้วยวิธีใด)

.....

.....

.....

.....

2.3.2 ขณะนี้คัดกรองได้จำนวนเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด

.....

2.3.3 มีแผนหรือวิธีการทำงานหลังการคัดกรองเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และผู้ที่ผลการคัดกรองปกติอย่างไร มีระบบเตรียมรับเพื่อทำความเข้าใจแก่ผู้ถูกคัดกรองว่าเป็นเบาหวาน และยังไม่เป็นเบาหวานอย่างไร

.....

.....

.....

2.4 ระบบให้ความรู้ และสนับสนุนการพึ่งตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว

2.4.1 ระบบการให้ความรู้ การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเบาหวานและญาติ/ครอบครัวเป็นอย่างไร (กรุณาอธิบายแผนงานว่ามีจัดให้กับใคร หรือไม่ เนื้อหา และกระบวนการในการให้บริการเป็นอย่างไร ทำในสถานพยาบาล หรือในชุมชน)

.....

.....

.....

การปฏิบัติจริง ทำได้ตามแผนมากน้อยอย่างไร เนื้อหามีการปรับเปลี่ยนหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร

.....

.....

.....

มีระบบที่เสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการประเมินตนเอง และปรับวิถีกิน อยู่ การระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแลท่า เวลา ไม่สบาย การกินยาให้พอดีกับผู้ป่วยแต่ละคนหรือไม่ ถ้ามีทำอย่างไร

.....

.....

.....

2.4.2 ระบบการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจแก่ประชากรทั่วไป และประชากรกลุ่มเสี่ยง มีหรือไม่ ทำอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

2.5 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการประสานงาน

2.5.1 โดยสรุปแล้ว มีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ดูแลงานในแต่ละจุด ที่คน มีวิธีอย่างไร

- จุดให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาล คน
เป็นแพทย์.....คน พยาบาลวิชาชีพ คน พยาบาลเทคนิค คน
เจ้าหน้าที่อื่นที่ช่วย.....คน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ.....คน
- การจัดการเรื่องทะเบียน และรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย คน วุฒิ.....
เป็น เจ้าหน้าที่ที่หน่วยใด.....
- การให้ความรู้ในวันที่มีคลินิกบริการ คน ผู้รับผิดชอบ คือ
อยู่ในฝ่ายใด.....
- การเยี่ยมบ้าน คน ผู้รับผิดชอบ คือ
อยู่ในฝ่ายใด.....
- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง คน ผู้รับผิดชอบ คือ
อยู่ในฝ่ายใด.....
- การให้ความรู้แก่ประชากรทั่วไป คน ผู้รับผิดชอบ คือ
อยู่ในฝ่ายใด.....
- อื่นๆ ระบุ คน ผู้รับผิดชอบ คือ
อยู่ในฝ่ายใด.....

2.5.2 มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทั้งหมด หรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มีเป็นบางครั้ง ในกรณีใด
- ☐ มีการปรึกษา คอยร่วมกันสม่ำเสมอ จัดทีมในรูปแบบ วิธีการใด
ใครเป็นผู้รับผิดชอบทำหน้าที่ติดตาม กำกับ

2.5.3 ทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในเรื่องต่อไปนี้ เป็นอย่างไร พอเพียงสำหรับการทำงานหรือไม่

- ☐ O ทักษะทัศนคติในการประเมินและดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม
- ☐ O ความสามารถของทีมงานในด้านการประเมินสภาวะจิตใจ และการให้คำปรึกษา.....
- ☐ O ความรู้เรื่องเกณฑ์ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยา
- ☐ O ความรู้ในการใช้ยาอย่างเหมาะสม
- ☐ O ความรู้ในเรื่องการควบคุมอาหาร
- ☐ O ความรู้ในเรื่องการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เหมาะสม
- ☐ O ทักษะของทีมในการแนะนำ จูงใจให้ผู้ป่วยสามารถคุมอาหาร และออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละคน
- ☐ O การให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการป้องกันโรคเบาหวานของประชากรทั่วไป

2.5.4 ที่ผ่านมามีการพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2.6 อื่นๆ ที่สถานพยาบาลท่านมีการดำเนินการเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์

ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูล	ผลงานปี 2547	ไม่มีข้อมูล
1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล (ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน) (คน/ครั้ง)		
2. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่กินยาสม่ำเสมอ		
3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่คุมได้โดยไม่ใช้ยา		
4. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI > 25 kg/m ²		
5. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI < 17 kg/m ²		
6. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี HT ร่วมด้วย		
7. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดนัด (เกณฑ์การขาดนัด คือ)		
8. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ BUN / Cr ในรอบ 1 ปี		
9. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาโดยจักษุแพทย์ ในรอบ 1 ปี		
10. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมันในเลือด (ตรวจ Triglycerides, HDL, LDL) ในรอบ 1 ปี		
11. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ตายจากโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน		
12. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่แล้วเลิกสูบ		
13. จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง (อายุ 40 ปีขึ้นไป, BMI > 25 kg/m ² , ประวัติครอบครัวญาติสายตรงเป็นเบาหวาน, ลักษณะนิสัย/พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย หรือมี activity น้อย) ที่ได้รับคัดกรองเบาหวานด้วยการเจาะเลือด		

แบบฟอร์ม DM1&MC1

การตรวจ ประเมินเท้าเบื้องต้น สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง HN.....
วันที่ตรวจ.....สถานพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประวัติทางการแพทย์ Activity..... ประเภทของเบาหวาน ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ Others ประวัติเคยมีแผลที่เท้า ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ..... ประวัติเคยตัดนิ้ว / ขา / เท้า ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ..... ประวัติการสูญเสียความรู้สึก ☐ ขา ☐ เท้า ☐ ไม่มี ปัจจุบันสูบบุหรี่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	ประเมินสภาพเท้า - สภาพเล็บ ☐ ไม่มีปัญหา ☐ มีปัญหา คือ..... - หนังด้านแข็ง (Callus) ตาปลา ☐ ไม่มี ☐ มี..... - สภาพผิวหนัง สีผิว ☐ ปกติ ☐ แดง ☐ ซีด ☐ คล้ำ มีขนหาย หลุด ☐ ไม่มี ☐ มี..... อุณหภูมิของผิว ☐ ปกติ ☐ อุ่น ☐ เย็น - การติดเชื้อรา ☐ ไม่มี ☐ มี..... - เท้าผิดปกติ ☐ Hammer toes ☐ Claw toes ☐ Bunions ☐ bony prominence ☐ Charcot foot ☐ ไม่มีปัญหา - คลำ pulse dorsalis pedis ☐ ขวา..... ☐ ซ้าย..... - คลำ pulse post ^t tibial ☐ ขวา..... ☐ ซ้าย.....

ประเมินสภาพปลายประสาท (Neurological Assessment) ประเมินด้วย โมโนไฟลामนท์ น้ำหนักกด 10 กรัม 		<table border="1"> <tr> <td>Low risk</td> <td>ไม่มีประวัติ หรือการตรวจพบ ส่วนที่ขา หรือความรู้สึก ป้องกันเสีย (loss of protective) ไม่พบเท้าผิดปกติ ไม่มีแผล หรือประวัติตัดนิ้ว ขา</td> </tr> <tr> <td>Moderate risk</td> <td>มีการตรวจพบ loss of protective sensation</td> </tr> <tr> <td>High risk</td> <td>ตรวจพบ loss of protective sensation และขาผิดปกติ</td> </tr> <tr> <td>Very high risk</td> <td>ตรวจพบ loss of protective sensation ขาผิดปกติ และมี ประวัติเคยเป็นแผลที่เท้าและ เคยตัดนิ้ว หรือขา</td> </tr> </table>	Low risk	ไม่มีประวัติ หรือการตรวจพบ ส่วนที่ขา หรือความรู้สึก ป้องกันเสีย (loss of protective) ไม่พบเท้าผิดปกติ ไม่มีแผล หรือประวัติตัดนิ้ว ขา	Moderate risk	มีการตรวจพบ loss of protective sensation	High risk	ตรวจพบ loss of protective sensation และขาผิดปกติ	Very high risk	ตรวจพบ loss of protective sensation ขาผิดปกติ และมี ประวัติเคยเป็นแผลที่เท้าและ เคยตัดนิ้ว หรือขา
Low risk	ไม่มีประวัติ หรือการตรวจพบ ส่วนที่ขา หรือความรู้สึก ป้องกันเสีย (loss of protective) ไม่พบเท้าผิดปกติ ไม่มีแผล หรือประวัติตัดนิ้ว ขา									
Moderate risk	มีการตรวจพบ loss of protective sensation									
High risk	ตรวจพบ loss of protective sensation และขาผิดปกติ									
Very high risk	ตรวจพบ loss of protective sensation ขาผิดปกติ และมี ประวัติเคยเป็นแผลที่เท้าและ เคยตัดนิ้ว หรือขา									
เท้าขวา ☐ Impair.....จุด ☐ ปกติ เท้าซ้าย ☐ Impair.....จุด ☐ ปกติ										
เขียน / วาด สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามตำแหน่งต่างๆ (+) มีความรู้สึก (-) ไม่มีความรู้สึก (1) หนังด้านแข็ง (Callus) (2) เกือบเป็นแผล (3) เป็นแผล (ระบุความลึกเป็น ซม.) ซม.										
สรุป ภาวะเสี่ยง ☐ 1. Low ☐ 2. Moderate.....จุด ☐ 3. High.....จุด ☐ 4. Very high risk จุด										

ลายเซ็นผู้ตรวจ.....

()

แบบฟอร์มการติดตามรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ชื่อสถานพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ลำดับ	HN	ชื่อ - สกุล	เลขที่บัตรประชาชน	ว.ป.เกิด	อายุ (ปี)	ที่อยู่ / เบอร์โทรศัพท์	ปี พ.ศ. ที่วินิจฉัย DM	ระยะเวลาการป่วยเป็น DM (ปี)	เริ่มรักษา DM ที่สถานพยาบาล พ.ศ.	การรักษา	โรคร่วม / ภาวะแทรกซ้อน	ส่วนสูง (ซม.)	BMI	รอนเอว (ซม.)	ประวัติการสูบบุหรี่	ผลการตรวจ Neuropathy		ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / การตรวจร่างกาย		
																Risk	Impair	พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.
																		BUN=	BUN=	BUN=
																		Cr =	Cr =	Cr =
																		Chol=	Chol=	Chol=
																		Tri=	Tri=	Tri=
																		HDL=	HDL=	HDL=
																		LDL=	LDL=	LDL=
																		Micro albumin=	Micro albumin=	Micro albumin=
																		Fundi	Fundi	Fundi
																		BUN=	BUN=	BUN=
																		Cr =	Cr =	Cr =
																		Chol=	Chol=	Chol=
																		Tri=	Tri=	Tri=
																		HDL=	HDL=	HDL=
																		LDL=	LDL=	LDL=
																		Micro albumin=	Micro albumin=	Micro albumin=
																		Fundi	Fundi	Fundi
																		BUN=	BUN=	BUN=
																		Cr =	Cr =	Cr =
																		Chol=	Chol=	Chol=
																		Tri=	Tri=	Tri=
																		HDL=	HDL=	HDL=
																		LDL=	LDL=	LDL=
																		Micro albumin=	Micro albumin=	Micro albumin=
																		Fundi	Fundi	Fundi
																		BUN=	BUN=	BUN=
																		Cr =	Cr =	Cr =
																		Chol=	Chol=	Chol=
																		Tri=	Tri=	Tri=
																		HDL=	HDL=	HDL=
																		LDL=	LDL=	LDL=
																		Micro albumin=	Micro albumin=	Micro albumin=
																		Fundi	Fundi	Fundi

แบบฟอร์มการติดตามรักษาผู้ป่วยเบาหวานรายปี

ลำดับ	HN	ชื่อ - สกุล	วคป.เกิด	อายุ	ที่อยู่ / เบอร์โทรศัพท์	ปี พ.ศ. ที่วินิจฉัย DM	การรักษา	โรคร่วม / ภาวะแทรกซ้อน	ส่วนสูง	BMI	ประวัติการสูบบุหรี่	วคป.ที่ตรวจ / ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / การตรวจร่างกาย													
												พ.ศ.	ผล F/U	ตค.	พช.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.
												BUN=	วคป.												
												Cr =	BP												
												Chol=	FBS/DTX												
												Tri=	HbA1C												
												HDL=	BW												
												LDL=	BMI												
												Micro albumin=	Neuropathy												
												Fundi	วัน F/U												
												BUN=	วคป.												
												Cr =	BP												
												Chol=	FBS/DTX												
												Tri=	HbA1C												
												HDL=	BW												
												LDL=	BMI												
												Micro albumin=	Neuropathy												
												Fundi	วัน F/U												
												BUN=	วคป.												
												Cr =	BP												
												Chol=	FBS/DTX												
												Tri=	HbA1C												
												HDL=	BW												
												LDL=	BMI												
												Micro albumin=	Neuropathy												
												Fundi	วัน F/U												
												BUN=	วคป.												
												Cr =	BP												
												Chol=	FBS/DTX												
												Tri=	HbA1C												
												HDL=	BW												
												LDL=	BMI												
												Micro albumin=	Neuropathy												
												Fundi	วัน F/U												

แบบฟอร์มการติดตามบริการสุขภาพในหญิงคลอดตั้งแต่ 1 ต.ค.47 - 31 ก.ค.48 ชื่อสถานพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

[illegible]

Total listing ANC

วิธีการกรอกข้อมูล แบบฟอร์ม DM 1

ลำดับ	HN	ชื่อ - สกุล	เลขที่บัตรประชาชน	วคป.เกิด	อายุ (ปี)	ที่อยู่ / เบอร์โทรศัพท์	ปี พศ. ที่วินิจฉัย DM	ระยะเวลาการป่วยเป็น DM (ปี)	เริ่มรักษา DM ที่สถานพยาบาล พศ.	การรักษา	โรคร่วม / ภาวะแทรกซ้อน	ส่วนสูง (ซม.)	BMI

จากการวัดรอบเอวที่น้ำหนักถึง 750 กรัม

กรอกเฉพาะตัวเลข (1-4)
 1 หมายถึง Low risk
 2 หมายถึง Moderate risk
 3 หมายถึง High risk
 4 หมายถึง Very high risk

ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ปัจจุบันที่ติดต่อได้

ระบุตามที่แพทย์วินิจฉัย (จาก OPD Card หรือสมุดประจำตัว)

ระบุจำนวนจุดที่ไม่มีความรู้สึก ที่ประเมินโดย Monofilament กรณี Low risk ช่องนี้กรอก 0

รอบเอว (ซม.)	ประวัติการสูบบุหรี่	ผลการตรวจ Neuropathy		ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / การตรวจร่างกาย		
		Risk	Impair	พศ.	พศ.	พศ.
				BUN=	BUN=	BUN=
				Cr =	Cr =	Cr =
				Chol=	Chol=	Chol=
				Tri=	Tri=	Tri=
				HDL=	HDL=	HDL=
				LDL=	LDL=	LDL=
				Micro albumin=	Micro albumin=	Micro albumin=
	Fundi	Fundi	Fundi			

กรอกเฉพาะตัวเลข (1-3)
 1 หมายถึง ไม่เคยสูบบุหรี่
 2 หมายถึง เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว
 3 หมายถึง เคยสูบบุหรี่และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่

กรอกผลการตรวจ Lab และตรวจร่างกายประจำปี จำนวน 3 ปีเท่าที่มีการบันทึกข้อมูลล่าสุด (ยกเว้นปี 2548)

ระบุปี พศ. และ วคป. ที่ตรวจ

บันทึกผลการตรวจ Lab และตรวจตา กรณีไม่มีการตรวจในช่องใดให้ขีดละ (-) ในช่องนั้น

วิธีการกรอกข้อมูล แบบฟอร์ม MCH 1

ลำดับ	HN	ชื่อ - สกุล	อายุ	ที่อยู่ / เบอร์โทรศัพท์	GPAL	LMP	EDC

ที่อยู่/เบอร์
โทรศัพท์ปัจจุบัน
ที่ติดต่อได้

ระบุเฉพาะตัวเลข
เช่น G₁P₀A₀L₀
กรอกข้อมูลดังนี้ 1-0-0-0

Hct ครั้งที่ 1		Hct ครั้งที่ 2 (32 wks ขึ้นไป)		สถานพยาบาลที่ ANC			
GA	Hct (%)	GA	Hct (%)	1-24 wks	25-28 wks	29-32 wks	33 wks ขึ้นไป

ระบุอายุครรภ์ที่
ตรวจ Hct ครั้งที่ 1
หน่วยเป็น wks

ระบุอายุครรภ์ที่
ตรวจ Hct ครั้งที่ 2
หน่วยเป็น wks

ระบุชื่อสถานพยาบาลทุกแห่งที่ฝาก
ครรภ์ตามอายุครรภ์ที่ระบุในช่อง

ระบุผลการตรวจ
Hct ครั้งที่ 1

ระบุผลการตรวจ
Hct ครั้งที่ 2

ภาวะเสี่ยงที่ตรวจพบ							บริการ	วช.	วิธี	นน.เด็ก	ผลการเยี่ยมหลังคลอด			
Sugar	Albumin	VDRL	BP>	HIV	รับยา	อื่นๆ	ทันต	ที่	การ	แรกเกิด	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
> 1+	> 1+	+ve	140/90	+	ต้านไวรัส		กรรม	คลอด	คลอด	(กรัม)	มารดา	เด็ก	มารดา	เด็ก

กรอกเฉพาะตัวเลข 0 หรือ 1 ในแต่ละช่อง
0 หมายถึง ไม่มีภาวะเสี่ยงในช่องนั้น
1 หมายถึง มีภาวะเสี่ยงในช่องนั้น

ระบุภาวะเสี่ยง
อื่นที่ตรวจพบ

ระบุเฉพาะตัวเลข 1-4
1 หมายถึง คลอดปกติ
2 หมายถึง คลอดโดย V/E
3 หมายถึง คลอดโดย F/E
4 หมายถึง คลอดโดย C/S

(หมายเลข 2-4
ให้ระบุช่องขี้ด้วย)

ระบุ วช. ที่เยี่ยม
กรอกตัวเลขในแต่ละช่อง
0 หมายถึง ไม่ได้เยี่ยม
1 หมายถึง ปกติ
2 หมายถึง ผิดปกติ
พร้อมระบุอาการ
ที่ผิดปกติ

แบบสัมภาษณ์ เรื่อง การปฏิบัติตัวความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยเบาหวานคุณภาพชีวิต และการเผชิญกับภาวะที่เกี่ยวข้องกับ
เบาหวาน ความพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ID No. ก ก ก ก

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง

การปฏิบัติตัว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คุณภาพชีวิต และการ
เผชิญกับภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ความพอใจต่อบริการที่ได้รับ

โรงพยาบาล / ศูนย์สุขภาพชุมชน / สถานีอนามัย.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

HN ก ก ก ก ก ก

ชื่อ.....นามสกุล.....

บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน / เดือน / ปี ที่เก็บข้อมูล.....

เริ่มเก็บข้อมูลเวลา..... น. ถึง เวลา..... น.

รวมใช้เวลาเก็บข้อมูล.....นาที่

ผู้เก็บข้อมูล.....

ผู้ตรวจสอบ (Supervisor).....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจสอบข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความหรือข้อคำถามต่อไปนี้ และเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย [✓] ลงในช่องว่าง
หน้าข้อความที่ท่านต้องการ และ/หรือ เติมคำลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันพักอาศัย ☐ ในเขตเทศบาล ☐ นอกเขตเทศบาล
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ปัจจุบันอายุ ปี (บริบูรณ์)
4. นับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์
☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ
5. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ / อ่านเขียนไม่ได้ ☐ ป.1 – ป.6 / ประถมศึกษา ☐ ม.1–ม.3 / มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ ม.4-ม.6 / มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. ☐ อนุปริญญา หรือ ปวส. ☐ ปริญญาตรี
☐ อื่นๆ ระบุ
6. อาชีพหลัก
☐ ไม่มีอาชีพ / แม่บ้าน ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้างทั่วไป เช่น ก่อสร้าง
☐ พนักงานโรงงาน / บริษัทห้างร้าน ☐ ค้าขาย ☐ ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจเกษียณ ☐ อื่นๆ ระบุ
7. เป็นเบาหวานมา ปี
8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บาท / เดือน
9. สิทธิในการรักษา ☐ บัตรทอง 30 บาท ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการราชการ / รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ
10. ลักษณะครอบครัว ☐ ครอบครัวเดี่ยว ☐ ครอบครัวขยาย
11. จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน
12. น้ำหนัก กิโลกรัม
13. ส่วนสูง เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 แบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง 1. ข้อคำถามต่อไปนี้ ขอให้ท่านช่วยประเมินการปฏิบัติตัวของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาในประเด็นต่อไปนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด

2. การเลือกคำตอบมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

ประจำ	หมายถึง	4-7 ครั้งต่อสัปดาห์
บ่อย	หมายถึง	1-3 ครั้งต่อสัปดาห์
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ประมาณ 1-3 ครั้งต่อเดือน

การบริโภคอาหาร				
1. ท่านกินอาหารว่าง ขนม ของจุบจิบระหว่างมื้ออาหาร	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
2. ท่านดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู กะทิ ไข่แดง อาหารทอด ปลาหมึก นม เนย เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
4. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
5. ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
6. ท่านกินผลไม้รสหวานจัด ตามฤดูกาล เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน เงาะ ลำไย น้อยหน่า ละมุด เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
7. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ไอศกรีม ขนมหวานใส่กะทิ เช่น ก๋วยบวชชี ข้าวเหนียวกะทิ ทองหยิบ ทองหยอด	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
8. ท่านดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
9. ท่านมักเติมน้ำตาลในอาหารเพื่อให้รสชาติดีขึ้น	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
10. ท่านมักดื่มชา กาแฟ ไมโล โอวัลตินบ่อยแค่ไหน	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย

11. ท่านมักดื่มชา กาแฟ ไมโล โอวัลตินที่เติมด้วยนม ข้นหวานหรือน้ำตาล เติมครั้งละ	☐	☐	
	เติม น น ช้อนชา	ไม่เติมน้ำตาลเลย	
12. ท่านสูบบุหรี่	☐	☐	☐
	สูบบุหรี่ทุกวัน	สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง	ไม่สูบบุหรี่เลย
	วันละ น น มวน		

ยาและการรักษา (ในรอบ 1 ปี)				
13. ท่านไม่ได้รับประทานยา / ฉีดยาตรงตาม <u>จำนวนที่</u> แพทย์สั่ง	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
14. ท่านไม่ได้รับประทานยา / ฉีดยาตรงตาม <u>เวลา</u> ที่ แพทย์สั่ง	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
15. ท่านปรับขนาดของยาโดยลดหรือเพิ่มยาหรือหยุด ยาด้วยตนเอง	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
16. ท่านไปตรวจตามนัด	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
17. เมื่อรู้ผลของระดับน้ำตาลในเลือด ท่านจะทบทวน การปฏิบัติตัวของท่าน เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา / สมุนไพร ว่าเหมาะสมหรือไม่ และรีบปรับปรุงถ้าไม่เหมาะสม	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย

การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพทั่วไป				
18. ท่านรักษาความสะอาดของร่างกายโดยเฉพาะ บริเวณซอกอับของร่างกาย เช่น รักแร้ ขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
19. ท่านอั้นปัสสาวะเมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะ	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
20. ท่านฟอกเท้าด้วยสบู่อ่อน ๆ แล้วเช็ดให้แห้ง	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
21. ท่านตรวจดูเท้าว่ามีแผล ตุ่มพอง หรือการอักเสบ หรือไม่	☐	☐	☐	☐
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย

22. ท่านสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน	☐ ประจำ	☐ บ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
23. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น ว่ายน้ำ จนเหงื่อออก ทำสวน เดิน อย่างน้อย 20 นาที	☐ ประจำ	☐ บ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
24. ท่านสังเกตตนเองว่ามีอาการผิดปกติของร่างกาย บ่อยแค่ไหน เกี่ยวกับน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือน้ำตาล ในเลือดสูง	☐ ประจำ	☐ บ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
25. ท่านสังเกตความผิดปกติของผิวหนังตนเองบ่อยแค่ไหน เช่น มีตุ่มพอง หรือมีการติดเชื้อที่ส่วนใดใน ร่างกาย	☐ ประจำ	☐ บ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
26. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านจะเล่าให้หมอ หรือ คนที่ ท่านรู้จักคุ้นเคยฟัง	☐ ประจำ	☐ บ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย

สถานะปัจจุบัน

27. ท่านประเมินว่าปัจจุบันท่านมีรูปร่างอย่างไร	☐ อ้วน	☐ ท้วม	☐ พอดี	☐ ผอม
28. น้ำหนักตัวของท่านเทียบกับเดือนที่แล้วเป็น อย่างไร	☐ เพิ่มขึ้นมาก	☐ เพิ่มขึ้นบ้าง	☐ ไม่เพิ่มขึ้น	☐ ลดลง
29. ปัจจุบันท่านรักษาเบาหวาน โดยวิธี	☐ ฉีดยา	☐ กินยา	☐ ทั้งกินและ ฉีดยา	☐ ควบคุมอาหาร อย่างดีขย ไม่ ต้องฉีดกินยา
30. ปัจจุบันท่านกินยาสมุนไพรร่วมด้วยหรือไม่ กินอะไร	☐ ไม่ได้กิน	☐ กิน ระบุชนิด		

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

I ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค

1. โรคเบาหวานสามารถรักษาให้หายขาดได้

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

2. ค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อเจาะหลังอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ควรเท่ากับเท่าไร

- ☐ ต่ำกว่า 80 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ☐ 80-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
☐ สูงกว่า 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ☐ ไม่ทราบ

3. ท่านทราบหรือไม่ว่าคนเป็นเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ดีและเป็นอยู่นาน ๆ จะมีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

- ☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ (ห้ามอ่านคำตอบ) อะไรบ้าง ระบุ (ให้ผู้ป่วยตอบเอง) คือ

โรคไต	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
โรคหัวใจ	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
โรคความดันโลหิตสูง	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
ประสาทตาเสื่อม (ตามัว ตาบอด)	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
ชาปลายมือ ปลายเท้า	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
เป็นแผลหายยาก	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
อัมพฤกษ์ อัมพาต	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่

4. ท่านเข้าใจว่าการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน และการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานแล้วควรเป็นอย่างไร

- ☐ กินยาอย่างสม่ำเสมอก็เพียงพอ อย่างอื่นปฏิบัติตนเหมือนเดิม
☐ กินยา / ฉีดยา สม่ำเสมอ และควบคุมการกินอาหารให้พอดี ออกกำลังกายไม่จำเป็น
☐ ต้องทั้งกินยา คุมอาหาร และออกกำลังกายให้พอดี
☐ ไม่ทราบ

5. คนที่เป็นเบาหวานจะต้องปฏิบัติตัวเช่นในข้อ 4 ไปนานเท่าใด

- ☐ เฉพาะเวลาที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ๆ ☐ เมื่อเวลาที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินไป
☐ เป็นประจำ ตลอด ☐ ไม่ทราบ

II อาหาร

6. คนเป็นเบาหวานควรรับประทานอาหารประเภทต่อไปนี้อย่างไร

6.1 อาหารประเภทข้าว แป้ง ขนมปัง ผัก ผลไม้			
☐ กินลดลง	☐ กินเพิ่มขึ้น	☐ กินเท่าเดิม	
☐ ปริมาณการกินขึ้นกับการออกแรง ความอ้วน และระดับน้ำตาลในเลือด			
6.2 อาหารมัน	☐ ห้ามกินเลย	☐ กินได้บ้างแต่ไม่มาก	☐ กินตามปกติ
6.3 อาหารเค็ม	☐ ห้ามกินเลย	☐ กินได้บ้างแต่ไม่มาก	☐ กินตามปกติ
6.4 อาหารที่มีรสหวาน	☐ ห้ามกินเลย	☐ กินได้บ้างแต่ไม่มาก	☐ กินตามปกติ
6.5 ผลไม้ที่มีรสหวาน	☐ ห้ามกินเลย	☐ กินได้บ้างแต่ไม่มาก	☐ กินตามปกติ
6.6 ขนมหวาน	☐ ห้ามกินเลย	☐ กินได้บ้างแต่ไม่มาก	☐ กินตามปกติ
6.7 เนื้อสัตว์	☐ ห้ามกินเลย	☐ กินแต่เลือกที่มันน้อย	☐ กินตามปกติ
6.8 ผัก ประเภทต่างๆ	☐ กินลดลง	☐ กินเพิ่มขึ้น	☐ กินตามปกติ

7. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้ ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

8. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับคนเป็นเบาหวานต้องควบคุมทั้งชนิด / ประเภทของอาหาร (เช่น ข้าว ถั่ว เต้าหู้ ไขมัน) และปริมาณอาหารแต่ละชนิดให้มีสัดส่วนที่สมดุลกัน ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

III ยา

9. ถ้าท่านลืมรับประทานยาเม็ดหรือฉีดยาอินซูลินท่านจะอย่างไร

☐ เพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่าในมื้ออาหารถัดไป ☐ รับประทานหรือฉีดยาทันทีที่นึกได้ โดยใช้ขนาดเท่าเดิม

☐ รอรับประทานหรือฉีดยาเมื่อถัดไป ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

10. คนที่ได้รับยาควบคุมน้ำตาลในเลือด หากเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีอาการอย่างไร

☐ กระหายน้ำ ☐ ปวดเมื่อยตามตัว

☐ หัวใจสั่น คล้ายจะเป็นลม เพลีย ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

11. น้ำตาลในเลือดต่ำเกิดจากสาเหตุใด

☐ รับประทานยาน้อยเกินไป ☐ รับประทานยาหรือฉีดยาอินซูลินมากเกินไป

☐ เป็นไปได้ทั้งสองข้อ ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

12. เมื่อมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ มีวิธีแก้ไขอย่างไร

☐ คึ่มน้ำมาก ๆ

☐ นอนพัก และหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ

☐ รับประทานของหวาน เช่น น้ำหวาน ลูกอม ท็อฟฟี่

☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

13. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูง จะมีอาการอย่างไร

☐ กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย ตาพร่ามัว

☐ มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว

☐ หิว ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม

☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

14. เมื่อมีอาการน้ำตาลในเลือดสูงควรทำอย่างไร

☐ คึ่มน้ำมาก ๆ ☐ นอนพัก และหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ ☐ รับประทานยา/ฉีดอินซูลิน

IV การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

15. การออกกำลังกายควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะเหมาะสม (บ่อยและหนักแค่ไหน)

☐ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และไม่หักโหมจนเกินไป

☐ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และไม่หักโหมจนเกินไป

☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

16. การดูแลสุขภาพความสะอาดของร่างกายควรดูแลส่วนไหนเป็นพิเศษ

☐ ผมและศีรษะ

☐ ใบหน้าและคอ

☐ ซอกอับ เช่น รักแร้ ขาหนีบ และซอกนิ้วเท้า

☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

17. เมื่อต้องตัดเล็บเท้าควรทำอย่างไร

☐ ตัดปลายตรง และให้ห่างจากผิวหนังพอสมควร

☐ ตัดปลายมน และซอกเล็บให้สะอาด

☐ ตัดให้ชิดเนื้อมากที่สุด

☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

18. คนที่เป็นโรคเบาหวาน เมื่อรู้สึกขาที่เท้าควรทำอย่างไร

☐ วางกระเป๋าน้ำร้อน

☐ ระวังการเกิดบาดแผลเป็นพิเศษ

☐ รับประทานวิตามิน

☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

19. เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดที่เท้าดี ควรทำอย่างไร

☐ บริหารเท้าโดยกระดกเท้าขึ้นลง หมุนข้อเท้า ยกเท้าสูง บีบนวดบ่อย ๆ

☐ แช่เท้าในน้ำอุ่นทุกวัน ๆ ละ 30 นาที

☐ ยกเท้าสูงให้นานที่สุด

☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

20. เมื่อเกิดแผลหรือตุ่มหนองบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ควรปฏิบัติอย่างไร

☐ งดยาเบาหวาน ☐ รีบไปพบแพทย์ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

21. คนเป็นเบาหวานควรงดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

V การเตรียมตัวในโอกาสพิเศษ เช่น ก่อนเดินทาง ไปร่วมงานเลี้ยง หรือเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

22. ในการเดินทางควรนำบัตรหรือประวัติการเจ็บป่วยที่บอกว่าเป็นเบาหวานติดตัวไปด้วย ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

23. เตรียมขนม ของหวาน ไว้รับประทานหากมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

24. ถ้าไปงานเลี้ยงแล้วต้องรับประทานอาหารมากอาจลดอาหารมื้อต่อไปตามสัดส่วน ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

25. เมื่อมีอาการไม่สบาย เช่น เป็นไข้หวัด เจ็บคอ ควรงดยาเบาหวานในวันนั้น ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ ขอให้ท่านช่วยประเมินความรู้สึกของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาในประเด็นต่อไปนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง โดยให้ทำเครื่องหมาย [✓] ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้มากเพียงใด	☐	☐	☐	☒	☐
	ไม่พอใจอย่างยิ่ง	ไม่พอใจ	เฉย ๆ	พอใจ	พอใจอย่างยิ่ง

1. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (เช่น กินข้าว อาบน้ำ ขับถ่าย) ของท่านมากเพียงใด	☐ ไม่พอใจ อย่างยิ่ง	☐ ไม่พอใจ	☐ เฉย ๆ	☐ พอใจ	☐ พอใจ อย่างยิ่ง
2. ท่านมีกำลัง/เรี่ยวแรงที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพตามปกติ (ที่นอกเหนือจากกิจวัตรพื้นฐาน) ได้มากน้อยเพียงใด	☐ น้อยมาก	☐ ค่อนข้าง น้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้าง มาก	☐ มาก
(ระบุงานที่ทำ)	☐ ระบุ		☐ ไม่ระบุ		
3. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพในปัจจุบันของท่านเพียงใด	☐ ไม่พอใจ อย่างยิ่ง	☐ ไม่พอใจ	☐ เฉย ๆ	☐ พอใจ	☐ พอใจ อย่างยิ่ง
4. ท่านนอนหลับดี (เช่น นอนอึด นอนพอ ตื่นแล้วสดชื่น) บ่อยแค่ไหน	☐ ไม่เลย	☐ นาน ๆ ครั้ง	☐ บ่อย	☐ เกือบทุกคืน	☐ ทุกคืน
5. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านเพียงใด	☐ ไม่พอใจ อย่างยิ่ง	☐ ไม่พอใจ	☐ ปานกลาง	☐ พอใจ	☐ พอใจ อย่างยิ่ง
6. ท่านรู้สึกว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวานเป็นอุปสรรค/ปัญหา ต่อการรับประทานอาหารของท่านเพียงใด	☐ ไม่เลย	☐ น้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้าง มาก	☐ มาก
7. ท่านสามารถจะไปไหนมาไหนได้ดีเพียงใด	☐ ไม่ดีเลย	☐ ไม่ดี	☐ ปานกลาง	☐ ดี	☐ ดีมาก

8. ท่านรู้สึกหงุดหงิด หวัง ท้อแท้ ซึมเศร้าบ่อยแค่ไหน	☐ ไม่เคย	☐ นาน ๆ ครั้ง	☐ บ่อย	☐ เกือบตลอดเวลา	☐ ตลอดเวลา
9. ท่านมีความรู้สึกที่ดี เช่น มีความสุข มีความหวัง มีความสนุกสนาน บ่อยแค่ไหน	☐ ไม่เคย	☐ นาน ๆ ครั้ง	☐ ปานกลาง	☐ บ่อย ๆ	☐ เสมอ
10. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีคุณค่ามากน้อยเพียงใด	☐ น้อยมาก	☐ ค่อนข้างน้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก
11. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระกับผู้อื่นมากน้อยเพียงใด	☐ ไม่เคย	☐ น้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก
12. สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ/กิจกรรมทางศาสนาช่วยให้ท่านต่อสู้กับปัญหาชีวิตและความเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด(ระบุสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ/กิจกรรมทางศาสนา.....)	☐ ไม่เคย	☐ น้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก
13. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถจัดการกับชีวิตและความเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด	☐ จัดการไม่ได้เลย	☐ จัดการได้น้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก
14. ท่านได้พบปะกับเพื่อนฝูงญาติมิตรบ่อยเพียงใด	☐ ไม่เคย	☐ นาน ๆ ครั้ง	☐ บางครั้ง	☐ บ่อย	☐ เสมอ
15. ท่านได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัวเพื่อน ญาติสนิท ชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพท่านมากน้อยเพียงใด	☐ ไม่เคย	☐ น้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก
16. ท่านคิดว่าตนเองมีบทบาทที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม/ชุมชนมากน้อยเพียงใด	☐ ไม่เคย	☐ น้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก
17. ท่านรู้สึกว่าสภาพแวดล้อมในชุมชนเอื้อต่อการดูแลสุขภาพของท่านเพียงใด เช่น มีบริเวณสำหรับพักผ่อน ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมกลุ่ม	☐ ไม่เคย	☐ น้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก

18. ท่านคิดว่าการป่วยเป็นเบาหวานมีผลกระทบต่อความสุขทางเพศ/ชีวิตคู่ของท่านมากน้อยเพียงใด <i>(กรณี โสด / ไม่มีคู่สมรส ให้ข้ามไปตอบข้อต่อไป)</i>	☐ น้อยมาก	☐ ค่อนข้างน้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก
19. ปัจจุบันท่านรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในชีวิตเพียงใด	☐ น้อย	☐ ค่อนข้างน้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก
20. ท่านคิดว่าสภาพบ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมรอบบ้านมีโอกาทำให้เกิดบาดแผลและอุบัติเหตุต่อตัวท่านมากน้อยเพียงใด	☐ ไม่เลย	☐ น้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก
22. ท่านมีเงินเพียงพอใช้จ่ายตามที่ท่านต้องการเพียงใด	☐ ไม่พอเลย	☐ ไม่พอเป็นส่วนใหญ่	☐ เป็นบางครั้ง	☐ ค่อนข้างพอ	☐ เพียงพอเสมอ
23. ท่านได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตามที่ต้องการมากน้อยเพียงใด	☐ ไม่เลย	☐ น้อย	☐ ปานกลาง	☐ ค่อนข้างมาก	☐ มาก
24. ท่านรู้สึกว่าจะต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล/สถานอนามัย/สถานบริการเกี่ยวกับโรคเบาหวานบ่อยแค่ไหน	☐ ไม่เลย	☐ นาน ๆ ครั้ง	☐ ปานกลาง	☐ บ่อย	☐ บ่อยมาก
25. ท่านพอใจกับบริการที่ได้รับมากน้อยเพียงใด	☐ ไม่พอใจอย่างยิ่ง	☐ ไม่พอใจ	☐ เฉย ๆ	☐ พอใจ	☐ พอใจอย่างยิ่ง
26. ท่านได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่บ้านบ่อยแค่ไหน <i>(ถ้าตอบว่าไม่เลยให้ข้ามไปตอบข้อ 28)</i>	☐ ไม่เลย	☐ นาน ๆ ครั้ง	☐ ปานกลาง	☐ บ่อย	☐ เสมอ
27. ท่านพอใจกับบริการที่ได้รับที่บ้านดังกล่าวมากน้อยเพียงใด (เชื่อมกับข้อ 26)	☐ ไม่พอใจอย่างยิ่ง	☐ ไม่พอใจ	☐ เฉย ๆ	☐ พอใจ	☐ พอใจอย่างยิ่ง

28. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้ มาก เพียงใด	☐ ไม่พอใจ อย่างยิ่ง	☐ ไม่พอใจ	☐ เฉย ๆ	☐ พอใจ	☐ พอใจ อย่างยิ่ง
29. ท่านคิดว่าท่านมีชีวิตความเป็นอยู่ อยู่ใน ระดับใด	☐ แย่มาก	☐ แย่	☐ ปานกลาง	☐ ดี	☐ ดีมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดการเผชิญกับภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ ขอให้ท่านช่วยประเมินความรู้สึกรู้สึกของท่านในประเด็นต่อไปนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง โดยให้ทำเครื่องหมาย [✓] ในข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ก. เมื่อทราบว่าตนเป็นเบาหวานครั้งแรก

1. ท่านใช้เวลาอยู่นานกว่าจะทำใจให้ยอมรับได้	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่ (โปรดระบุเวลา).....
2. อะไรที่ช่วยให้ท่านทำใจยอมรับได้ (ไม่ต้องถามทุกข้อให้ ✓ ตรงข้อตามคำตอบของผู้ตอบ)		
2.1 การพยายามไม่สนใจโรคเบาหวาน และใช้ชีวิต เช่น รับประทานอาหาร ทำงาน ทำกิจกรรมต่าง ๆ เหมือนเดิม	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
2.2 ความคิดว่าการเป็นเบาหวานเป็นเคราะห์กรรมที่ต้องเผชิญ	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
2.3 เมื่อไปตรวจซ้ำกับแพทย์คนอื่นหรือสถานพยาบาลอื่นและผลที่ออกมายืนยันว่าท่านเป็นเบาหวาน	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
2.4 ความคิดว่าวันหนึ่งจะสามารถรักษาเบาหวานให้หายขาดได้	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
2.5 การพูดคุยกับคนที่เบาหวานด้วยกัน	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
2.6 คำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
2.7 การอ่านหนังสือ คู่มือ ทัศน ฟังวิทยุเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
2.8 อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	☐ มี	☐ ไม่มี

ข. การตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ขณะนี้ท่านเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เหมาะกับโรคเบาหวาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ตอบข้อ 3.1, 3.2) (ตอบข้อ 3.3)
3.1 ท่านเริ่มปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เมื่อเป็นเบาหวานมาแล้วนานเท่าใด ก ก เดือน	
3.2 อะไรที่ทำให้ท่านตัดสินใจปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวัน (ไม่ต้องถามทุกข้อให้ ✓ ตรงข้อตามคำตอบของผู้ตอบ)	
1) ท่านเริ่มมีอาการไม่สบายจากเบาหวาน เช่น เป็นแผลแล้วหายยาก ตามัว	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2) ท่านพบว่าน้ำตาลในเลือดสูงแม้จะรับประทานยาอยู่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3) ท่านเชื่อว่าแม้จะเป็นเบาหวานก็สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรงได้	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4) ท่านเชื่อว่าคนที่ป่วยเป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5) ความคิดว่าการเสียใจ ท้อแท้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานไม่ได้ช่วยให้อะไรดีขึ้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6) คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลเมื่อท่านไปตรวจสุขภาพ	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
7) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	☐ มี ☐ ไม่มี
3.3 อะไรที่ทำให้ท่านตัดสินใจที่จะใช้ชีวิตอย่างเดิม (ก่อนทราบว่าป่วยเป็นเบาหวาน) (ไม่ต้องถามทุกข้อให้ ✓ ตรงข้อตามคำตอบของผู้ตอบ)	
1) ท่านเชื่อว่าคนเป็นเบาหวานถ้าร่างกายยังไม่มีผลผิดปกติก็ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัว	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2) การใช้ยารักษาเบาหวานอย่างดียิ่งก็เพียงพอแล้วสำหรับคนที่อาการไม่รุนแรง	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3) การปรับการรับประทานอาหารทำให้ท่านอดอดเพราะทำให้ท่านยุ่งยากและไม่เหมือนกับคนอื่น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4) ท่านไม่ต้องการให้ใครทราบว่าป่วยเป็นเบาหวาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5) อื่น ๆ (โปรดระบุ)	☐ มี ☐ ไม่มี

4. ท่านเคยช่วยเหลือหรือบอกสิ่งที่เป็นประโยชน์กับคนที่เป็เบาหวานด้วยกัน	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
5. ท่านคิดว่า การดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การควบคุมอาหาร และการไปพบแพทย์ตามนัด เป็นหน้าที่ที่ท่านต้องปฏิบัติ	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
6. ท่านวางแผนจัดการกับชีวิตเสียใหม่เพื่อให้อยู่กับเบาหวานได้ดีที่สุด	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่

III ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและสนับสนุน

7. ปัจจัยใดที่ทำให้ท่านเกิดความเครียด (ไม่ต้องถามทุกข้อให้ ✓ ตรงข้อตามคำตอบของผู้ตอบ)		
7.1 การถูกแพทย์ตำหนิเมื่อตรวจพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
7.2 ความกลัวว่าอาการเบาหวานจะรุนแรงและเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น ตามัว โรคไต	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
7.3 ภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการมาตรวจรักษา	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
7.4 อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	☐ มี	☐ ไม่มี

8. ปัจจัยใดที่สนับสนุนหรือเป็นกำลังใจให้กับท่านในการใช้ชีวิตอยู่กับเบาหวาน (ไม่ต้องถามทุกข้อให้ ✓ ตรงข้อตามคำตอบของผู้ตอบ)		
8.1 การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวรอบคอบ	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
8.2 การดูแลเอาใจใส่และคำแนะนำจากแพทย์/เจ้าหน้าที่	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
8.3 คำชมเชยจากแพทย์เมื่อท่านสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
8.4 การที่แพทย์ให้เวลาในการบอกเล่าปัญหาและซักถามสิ่งที่คุณต้องการเมื่อไปตรวจ	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
8.5 การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
8.6 อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	☐ มี	☐ ไม่มี

ส่วนที่ 6 แบบสอบถาม เรื่อง ความพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ครั้งล่าสุดที่ท่านไปหา/พบหมอที่ ก ก ก เมื่อ ก ก / ก ก / ก ก

กรุณาแสดงความคิดเห็นต่อการให้บริการในครั้งนั้น ดังต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่าการเดินทางมาที่สถานบริการนี้ สะดวกมากน้อยเพียงใด	☐ สะดวกมาก	☐ สะดวกพอสมควร	☐ ไม่ค่อยสะดวก	☐ ยากลำบาก
2. ท่านคิดว่าสถานบริการแห่งนี้สะอาด มากน้อยเพียงใด	☐ สะอาดมาก	☐ สะอาด	☐ ไม่ค่อยสะอาด	☐ สกปรก
3. ท่านคิดว่าสถานบริการแห่งนี้มีความเป็น ระเบียบเรียบร้อยมากน้อยเพียงใด	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ ไม่ค่อยเป็น ระเบียบเท่าไร	☐ ไม่เป็น ระเบียบเลย
4. ท่านคิดว่า ช่วงเวลาที่ท่านนั่งคอยคิวรักษา เร็วมากน้อยเพียงใด	☐ นานมาก	☐ นาน	☐ ไม่นาน เท่าไร	☐ เร็วทันใจ
5. ท่านคิดว่า อธิษาศัยและการพูดจาของ เจ้าหน้าที่อื่นๆที่มีไข้หมอ เป็นอย่างไร	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ พอใช้	☐ ต้องปรับปรุง
6. ท่านคิดว่า หมอได้รับฟังปัญหาของท่าน หรือเปิดโอกาสให้ท่านได้อธิบายปัญหาที่ ท่านประสบอยู่ดีมากน้อยเพียงใด	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ พอใช้	☐ ต้องปรับปรุง
7. ท่านคิดว่า หมอได้อธิบายการรักษาและ ให้คำแนะนำแก่ท่านดีมากน้อยเพียงใด	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ พอใช้	☐ ต้องปรับปรุง
8. ท่านคิดว่า อธิษาศัยและการพูดจาของ หมอต่อตัวท่านเป็นอย่างไร	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ พอใช้	☐ ต้องปรับปรุง
9. ท่านคิดว่าเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ มีมาตรฐานดีมากน้อยเพียงใด	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ พอใช้	☐ ต้องปรับปรุง
10. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเรื่องยาหรือไม่	☐ เคย	☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ14)		

11. ท่านเข้าใจคำแนะนำเรื่องการกินยา ไขยา ดีมากน้อยเพียงใด	☐ เข้าใจดี	☐ เข้าใจพอควร	☐ เข้าใจน้อย	☐ ไม่เข้าใจเลย
12. ท่านคิดว่าสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ เรื่อง การกินยา ไขยา ได้มากน้อยเพียงใด	☐ คิดว่าปฏิบัติ ได้ดี	☐ คิดว่าปฏิบัติ ได้พอควร	☐ คิดว่าปฏิบัติ ได้น้อย	☐ ปฏิบัติไม่ได้
13. ท่านคิดว่า ยาที่ได้รับจากสถานบริการ แห่งนี้มีคุณภาพดีมากน้อยเพียงใด	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ ปานกลาง	☐ ไม่ดี
14. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเรื่องอาหาร การ ออกกำลัง และการดูแลตนเองหรือไม่	☐ เคย	☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 17)		
15. ท่านเข้าใจคำแนะนำในเรื่องอาหาร การ ออกกำลัง และการดูแลตนเองมากน้อย เพียงใด	☐ เข้าใจดี	☐ เข้าใจพอควร	☐ เข้าใจน้อย	☐ ไม่เข้าใจเลย
16. ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่อง อาหาร การออกกำลัง และการดูแลตนเอง ได้มากน้อยเพียงใด	☐ คิดว่าปฏิบัติได้ดี	☐ คิดว่าปฏิบัติได้ พอควร	☐ ปฏิบัติได้น้อย	☐ ปฏิบัติไม่ได้เลย
17. ท่านคิดว่า ในการเดินทางมาหาหมอที่นี่ แต่ละครั้ง เสียค่าใช้จ่ายไปมากน้อย เพียงใด (ค่ารักษาและค่าเดินทาง)	☐ ค่าใช้จ่าย สูงเกินไป	☐ ค่าใช้จ่ายสูง แต่ไม่มีปัญหา	☐ ค่าใช้จ่าย เหมาะสมดี	☐ เสียค่าใช้จ่าย น้อย
18. หลังจากกลับมาจากการรักษาครั้งนั้นแล้ว สุขภาพของท่านดีมากน้อยเพียงใด	☐ ดีขึ้นมาก	☐ ดีขึ้นบ้าง แต่ไม่มาก	☐ เหมือนๆเดิม ก่อนไปหาหมอ	☐ แย่ลงกว่าเก่า
19. ท่านคาดหวังเรื่องอื่นๆ และไม่ได้รับตาม ความคาดหวังหรือไม่	☐ ไม่มี	☐ มี ระบุ		

*** ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม***

แบบสอบถาม เรื่อง การปฏิบัติตัว พัฒนกิจของหญิงตั้งครรภ์
และความพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ID No. ก ก ก ก

แบบสอบถาม

เรื่อง การปฏิบัติตัว พัฒนกิจของหญิงตั้งครรภ์ และความพอใจต่อบริการที่ได้รับ

โรงพยาบาล / ศูนย์สุขภาพชุมชน / สถานีอนามัย.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

เลขที่บัตรประชาชน ก ก ก ก ก ก ก ก ก ก ก ก

HN ก ก ก ก ก ก |

ชื่อ.....นามสกุล.....

บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน / เดือน / ปี ที่เก็บข้อมูล.....เริ่มเก็บข้อมูลเวลา..... น. ถึง เวลา..... น.

รวมใช้เวลาเก็บข้อมูล.....นาที

ผู้เก็บข้อมูล.....

ผู้ตรวจสอบ (Supervisor).....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจสอบข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความหรือข้อคำถามต่อไปนี้ และเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย [✓] ลงในช่องว่าง
หน้าข้อความที่ท่านต้องการ และ/หรือ เติมคำลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันพักอาศัย ☐ ในเขตเทศบาล ☐ นอกเขตเทศบาล
2. ปัจจุบันอายุ ปี (บริบูรณ์)
3. นับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์
☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ
4. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ / อ่านเขียนไม่ได้ ☐ ป.1 – ป.6 / ประถมศึกษา ☐ ม.1–ม.3/มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ ม.4-ม.6/มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. ☐ อนุปริญญา หรือ ปวส. ☐ ปริญญาตรี
☐ อื่นๆ ระบุ
5. อาชีพหลัก
☐ ไม่มีอาชีพ / แม่บ้าน ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้างทั่วไป เช่น ก่อสร้าง
☐ พนักงานโรงงาน / บริษัทห้างร้าน ☐ ค้าขาย ☐ ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ อื่นๆ ระบุ
6. ประวัติการตั้งครรภ์
จำนวนการตั้งครรภ์ ครั้ง ผ่านการคลอดมาแล้ว ครั้ง แท้ง ครั้ง จำนวนบุตรมีชีวิต
 คนจำนวนครั้งการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลตั้งแต่ครั้งแรกจนกระทั่งคลอด รวม ครั้ง
ระบุสถานที่ทุกแห่งที่ไปฝากครรภ์.....
.....
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บาท / เดือน
8. สิทธิในการรักษา ☐ บัตรทอง 30 บาท ☐ ประกันสังคม
☐สวัสดิการราชการ / รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
9. ลักษณะครอบครัว ☐ ครอบครัวเดี่ยว ☐ ครอบครัวขยาย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์

คำชี้แจง 1. ข้อคำถามต่อไปนี้ ขอให้ท่านช่วยประเมินการปฏิบัติตัวของท่านในช่วงการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาในประเด็น ต่อไปนี้เป็นอย่างไรบ้าง โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด

2. การเลือกคำตอบมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

ประจำ	หมายถึง	5-7 ครั้งต่อสัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ประมาณ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
น้อย	หมายถึง	ประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

การบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์				
1. ในแต่ละมื้อที่รับประทานอาหารท่านจะกะประมาณให้อาหารที่ท่านมีครบทั้งข้าว แป้ง ผัก และเนื้อสัตว์	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ น้อย	☐ ไม่เคยเลย
2. ท่านรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อการเจริญเติบโตของบุตรในครรภ์	☐ เพิ่มทุกมื้อ	☐ เพิ่มเกือบทุกมื้อ	☐ เพิ่มบางมื้อ	☐ ไม่เพิ่มเลย
3. ท่านพยายามรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ นม เนื้อสัตว์ ไม่ว่าท่านจะชอบอาหารชนิดนั้นหรือไม่ก็ตาม	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ น้อย	☐ ไม่เคยเลย
4. เมื่อเทียบกับก่อนการตั้งครรภ์ท่านรับประทานผักผลไม้ในปริมาณเท่าใด	☐ เพิ่มขึ้นมาก	☐ เพิ่มขึ้นปานกลาง	☐ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย	☐ ไม่เพิ่มขึ้นเลย
5. ท่านรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น แหนม ลาบ ปลาก้อย ปลาร้า	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ น้อย	☐ ไม่เคยเลย
6. ท่านรับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรส สี หรือสารปรุงแต่งอื่น ๆ ที่อาจมีพิษต่อร่างกาย	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ น้อย	☐ ไม่เคยเลย
7. ท่านดื่มน้ำชาหรือกาแฟ	☐ วันละหลายถ้วย	☐ วันละถ้วย	☐ น้อย	☐ ไม่ดื่มเลย
8. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ไอศกรีม ขนมหวานใส่กะทิ เช่น กล้วยบัวตอง ข้าวเหนียวกะทิ ทองหยิบ ทองหยอด	☐ กินเต็มที่	☐ ค่อนข้างมาก	☐ กินบ้างเล็กน้อย	☐ ไม่กินเลย

การดูแลสุขภาพทั่วไป				
9. ท่านทำความสะอาดหัวนมและเต้านม	☐ ทุกวัน	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
10. เมื่อทำงานที่ต้องนั่งหรือยืนนาน ๆ ท่านจะพักหรือเปลี่ยนท่าเป็นระยะ	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
11. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องสำหรับสตรีตั้งครรภ์	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
12. ท่านเดินออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายวิธีอื่น ๆ เช่น หมุนหรือยกแขนขา หรือขมิบก้น	☐ ทำทุกวัน	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
13. ท่านระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุหรือหกล้มขณะทำงานหรือเดินทาง	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
14. ท่านหลีกเลี่ยงการยกของหนัก ๆ หรือการทำงานที่ต้องใช้แรงมากเกินไป	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
15. ท่านระมัดระวังไม่เข้าใกล้คนที่เป็นวัด หัด หัดเยอรมัน และโรคติดต่ออื่น ๆ	☐ ไม่เข้าใกล้เลย	☐ เข้าใกล้บางครั้งเพราะหลีกเลี่ยงยาก	☐ ต้องเข้าใกล้บ่อยครั้ง	☐ ไม่พบเหตุการณ์
16. หลังจากตรวจครรภ์ ตรวจเลือด หรือตรวจพิเศษอื่น ๆ ท่านสอบถามผลการตรวจจากแพทย์หรือพยาบาลว่าเป็นปกติหรือไม่	☐ ทุกครั้งที่ตรวจ	☐ เกือบทุกครั้ง	☐ บางครั้ง	☐ ไม่เคยถามเลย
17. ในขณะที่ตั้งครรภ์ท่านเคยกินยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่งในขณะที่เจ็บป่วยหรือไม่	☐ ทุกครั้ง	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
18. ท่านรับประทานยาบำรุงตามแพทย์สั่งตามจำนวนและเวลาหรือไม่	☐ ทุกวัน	☐ ลืมนานๆ ครั้ง	☐ ลืมหานานาบ่อย ๆ	☐ กินยาไม่ได้เลย
19. ท่านหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ น้อย	☐ ไม่เคยเลย
20. ท่านสังเกตตนเองว่ามีอาการผิดปกติของร่างกาย เช่น ลูกคื่นน้อยลง บวม หรือไม่	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ น้อย	☐ ไม่เคยเลย

ส่วนที่ 3 แบบวัดพัฒนาจิตของหญิงตั้งครรภ์

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ ขอให้ท่านช่วยประเมินการปฏิบัติตัวของท่านในประเด็น ต่อไปนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง โดยให้ทำเครื่องหมาย [✓] ในข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด

พัฒนาจิตที่ 1 การยอมรับการตั้งครรภ์

1. ท่านวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือไม่	☐ วางแผน	☐ ไม่ได้วางแผน		
2. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ทำให้ท่านรู้สึกดีใจมาก	☐ ไม่เลย	☐ น้อย	☐ ปานกลาง	☐ มาก

พัฒนาจิตที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์

3. ท่านเริ่มรู้สึกผูกพันกับลูกตั้งแต่เมื่อใด	☐ ตั้งแต่รู้ว่า ตั้งท้อง	☐ เมื่อลูกคืบ	☐ เฉย ๆ	☐ ไม่แน่ใจ
4. ท่านคิดถึงว่าลูกในท้อง เช่น หน้าตาจะเหมือนใคร แข็งแรงหรือไม่ เพศอะไร	☐ ประจำ	☐ ก่อนข้างบ่อย	☐ นาน ๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
5. ท่านลูบคลำหน้าท้องเพื่อสัมผัสกับลูก หรือพูดคุยกับ ลูกในท้อง	☐ ทุกวัน	☐ ก่อนข้างบ่อย	☐ นาน ๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย

พัฒนาจิตที่ 3 การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเองและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

6. ท่านรู้สึกอย่างไรกับร่างกายเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจาก การตั้งครรภ์	☐ ไม่ชอบเลย	☐ เฉย ๆ	☐ ภูมิใจที่ได้ เป็นแม่	☐ ไม่แน่ใจ
7. ท่านและสามีพูดคุยปรึกษากันเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายใน การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตร	☐ ประจำ	☐ ก่อนข้างบ่อย	☐ นาน ๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
8. เมื่อตั้งครรภ์ สามีของท่านช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่ ท่านเพียงใด	☐ มาก	☐ ปานกลาง	☐ น้อย	☐ ไม่เลย
9. ขณะตั้งครรภ์ท่านกับสามีมักมีเรื่องขัดแย้งหรือเป็น ปากเสียงกัน	☐ ประจำ	☐ ก่อนข้างบ่อย	☐ นาน ๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย

พัฒนาภิที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อการคลอดและการเป็นมารดา

10. ท่านเตรียมตัวสำหรับการคลอดเช่น ออกกำลังกาย ฝึกการหายใจ	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย
11.ท่านแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการคลอดบุตร และการ วางแผนครอบครัวหลังคลอด	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย

พัฒนาภิที่ 5 การยอมรับบทบาทการเป็นมารดา

12. ท่านมั่นใจว่าจะทำบทบาทของแม่ได้ดีเพียงใด	☐ มาก	☐ ปานกลาง	☐ น้อย	☐ ไม่เลย
13.ท่านปรึกษาหารือกับสามี หรือแม่ของท่าน หรือ ผู้ใหญ่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกและการเป็นแม่ที่ดี	☐ ประจำ	☐ ค่อนข้างบ่อย	☐ นานๆ ครั้ง	☐ ไม่เคยเลย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม เรื่อง ความพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

ส่วนมากท่านไปฝากครรภ์ที่ สอ. / PCU / รพ.....

กรุณาแสดงความคิดเห็นต่อการให้บริการ ดังต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่าการเดินทางมาที่สถานบริการนี้ สะดวกมากน้อยเพียงใด	☐ สะดวกมาก	☐ สะดวกพอสมควร	☐ ไม่ค่อยสะดวก	☐ ยากลำบาก
2. ท่านคิดว่าสถานบริการแห่งนี้สะอาด มากน้อยเพียงใด	☐ สะอาดมาก	☐ สะอาด	☐ ไม่ค่อยสะอาด	☐ สกปรก
3. ท่านคิดว่าสถานบริการแห่งนี้มีความเป็น ระเบียบเรียบร้อยมากน้อยเพียงใด	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ ไม่ค่อยเป็น ระเบียบเท่าไร	☐ ไม่เป็น ระเบียบเลย
4. ท่านคิดว่า ช่วงเวลาที่ท่านนั่งคอยคิวรักษา เร็วมากน้อยเพียงใด	☐ นานมาก	☐ นาน	☐ ไม่นาน เท่าไร	☐ เร็วทันใจ
5. ทุกครั้งที่ไปรับบริการ เจ้าหน้าที่ซักถาม อาการ / ปัญหาของท่านเสมอ	☐ ทุกครั้ง	☐ บางครั้ง	☐ น้อย	☐ ไม่เคยถาม
6. ท่านคิดว่า อธิษาศัยและการพูดจาของ เจ้าหน้าที่ / หมอ เป็นอย่างไร	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ พอใช้	☐ ต้องปรับปรุง

7. ท่านคิดว่า <u>เจ้าหน้าที่</u> ได้รับฟังปัญหาของท่าน หรือเปิดโอกาสให้ท่านได้อธิบาย ปัญหาที่ท่านประสบอยู่ ดีมากน้อย เพียงใด	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ พอใช้	☐ ต้องปรับปรุง
8. ท่านคิดว่า <u>เจ้าหน้าที่</u> ได้อธิบายการดูแลรักษาและให้คำแนะนำแก่ท่านดีมากน้อย เพียงใด	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ พอใช้	☐ ต้องปรับปรุง
9. มีเรื่องที่ท่านอยากรู้ แต่หมอ / เจ้าหน้าที่ ไม่ได้บอกท่านหรือไม่	☐ ไม่มี	☐ มี		
10. ท่านคิดว่าหมอ / เจ้าหน้าที่ <u>ตรวจท้อง</u> (ตรวจครรภ์) ท่านดีมากน้อยเพียงใด	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ พอใช้	☐ ต้องปรับปรุง
11. ท่านคิดว่าเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ มีมาตรฐานดีมากน้อยเพียงใด	☐ ดีมาก	☐ ดี	☐ พอใช้	☐ ต้องปรับปรุง
12. ท่านคิดว่า ในการเดินทางมาหาหมอที่นี่ แต่ละครั้ง เสียค่าใช้จ่ายไปมากน้อย เพียงใด (ค่ารักษาและค่าเดินทาง)	☐ ค่าใช้จ่าย สูงเกินไป	☐ ค่าใช้จ่ายสูง แต่ไม่มีปัญหา	☐ ค่าใช้จ่าย เหมาะสมดี	☐ เสียค่าใช้จ่าย น้อย
13. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จากเจ้าหน้าที่ ในลักษณะใด (ถ้าตอบว่า ไม่เลยให้ข้ามไปตอบข้อ 15)	☐ ไม่เลย	☐ รายบุคคล ใช้เวลา ๓๓ นาที	☐ เป็นกลุ่มใช้เวลา ๓๓ นาที	☐ ทั้งรายบุคคล และเป็นกลุ่ม
14. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ดังต่อไปนี้ จากเจ้าหน้าที่หรือไม่				
14.1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์	
14.2 อาการที่พบได้ในขณะตั้งครรภ์	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์	
14.3 การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ (อาหาร การออกกำลังกาย)	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์	
14.4 การตรวจฟันและดูแลความสะอาดของปากและฟัน	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์	

14.5 การมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างตั้งครรภ์	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์
14.6 การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์
14.7 ประโยชน์ของยาเสริมธาตุเหล็ก และ ผลข้างเคียงของยา	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์
14.8 วิธีการสังเกต และนับจำนวนครั้งที่ลูก ดิ้น	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์
14.9 การเตรียมและการดูแลเต้านม	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์
14.10 อาการใกล้คลอด (เจ็บครรภ์เดือน / เจ็บครรภ์จริง)	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์
14.11 การเตรียมตัวก่อนคลอด เช่น การฝึก เบ่งคลอด การเตรียมเอกสารและ อุปกรณ์ที่จำเป็น	☐ ไม่ได้	☐ ได้ รู้สึกมีประโยชน์	☐ ได้ ไม่ค่อยมีประโยชน์
15. ท่านคาดหวังเรื่องอื่นๆ และไม่ได้รับตาม ความคาดหวังหรือไม่	☐ ไม่มี	☐ มี ระบุ	
16. ท่านไปฝากครรภ์ท้องนี้ครั้งแรกที่ (ระบุสถานพยาบาล)			
17. ในครั้งแรกที่ไปฝากครรภ์ ท่านได้รับการ ตรวจเลือดหรือไม่	☐ ไม่ได้ตรวจ	☐ ตรวจ	
18. ในครั้งแรกที่ตรวจเลือด หมอ / เจ้าหน้าที่ ให้คำปรึกษากับท่านก่อนจะเลือดหรือไม่ (ถ้าตอบว่าไม่ได้ให้ข้ามไปตอบข้อ 20)	☐ ไม่ได้	☐ ได้ ให้คำปรึกษา น น นาที	
19. หมอ / เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษากับท่านเรื่องอะไรบ้างก่อนเจาะเลือด.....			
20. ถ้ามีการตรวจเลือดในครั้งแรกที่ไปฝากครรภ์ หมอ/เจ้าหน้าที่บอกผลเลือดแก่ท่านหรือไม่	☐ ไม่ได้บอก	☐ บอก	

แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพแบบบันทึกการฝากครรภ์

แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพแบบบันทึกการฝากครรภ์
โครงการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในรพทหลากหลายของประเทศไทย

ชื่อสถานพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เลขที่บัตรประชาชน

ส่วนที่ 1 การประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลในทะเบียนประวัติการฝากครรภ์ การคลอด และการติดตามหลังคลอด

1. ประวัติการตั้งครรภ์ G N N P N N A N N L N N

2. ที่อยู่ของผู้รับบริการ

3. Case refer จาก สอ. / PCU / รพ. อ.....จ.....

4. จำนวนสถานพยาบาลที่ฝากครรภ์ในท้องนี้ N N แห่ง ประกอบด้วย (ระบุทุกแห่งที่ไปฝากครรภ์)
☐ ไม่มีข้อมูล ☐ PCU ที่ขึ้นทะเบียน ☐ PCU อื่น ☐ รพ. ที่ขึ้นทะเบียน
☐ รพ. รัฐอื่น (ระบุ)..... ☐ รพ. เอกชน/คลินิก (ระบุ).....

5. ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ N N สัปดาห์

6. จำนวนครั้งการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลตั้งแต่ครั้งแรกจนกระทั่งคลอด รวม N N ครั้ง

7. การมาตรวจตามนัด (Follow up) ☐ ไม่มีการบันทึกวันนัด ☐ บันทึกบางครั้ง ☐ บันทึกทุกครั้ง

ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกประวัติ

การฝากครรภ์ครั้งแรก

8. สถานที่ฝากครรภ์ครั้งแรก.....

9. ข้อมูลทั่วไปของมารดา ☐ ไม่บันทึก ☐ บันทึกไม่ครบถ้วน ☐ บันทึกครบถ้วน

10. ข้อมูลประวัติครอบครัว ☐ ไม่บันทึก ☐ บันทึกไม่ครบถ้วน ☐ บันทึกครบถ้วน

11. ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ☐ ไม่บันทึก ☐ บันทึกไม่ครบถ้วน ☐ บันทึกครบถ้วน

12. ข้อมูลประวัติการได้รับวัคซีนบาดทะยัก (TT) ☐ ไม่บันทึก ☐ บันทึกไม่ครบถ้วน ☐ บันทึกครบถ้วน

13. ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง และการคลอด ☐ ไม่บันทึก ☐ บันทึกไม่ครบถ้วน ☐ บันทึกครบถ้วน

14. ข้อมูลประวัติการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกไม่ครบถ้วน	☐ บันทึกครบถ้วน
15. ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกไม่ครบถ้วน	☐ บันทึกครบถ้วน
16. ข้อมูลการตรวจร่างกายทั่วไป	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกไม่ครบถ้วน	☐ บันทึกครบถ้วน
17. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกไม่ครบถ้วน	☐ บันทึกครบถ้วน
17.1 หมู่เลือด (Blood group)	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึก	
17.2 Hct	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึก 1 ครั้ง	☐ บันทึก 2 ครั้ง
17.3 HBsAg	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึก	
17.4 HIV	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึก	
17.5 VDRL	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึก 1 ครั้ง	☐ บันทึก 2 ครั้ง
17.6 อื่นๆ ระบุ.....			
ความครบถ้วนสมบูรณ์การบันทึกการตรวจครรภ์			
18. น้ำหนัก (BW)	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
19. BMI	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
20. Urine albumin	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
21. Urine sugar	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
22. Blood Pressure	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
23. เด็กดิ้น	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
24. ขนาดมดลูก (HF)	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
25. ท่าเด็ก ส่วนน้ำ / การลง	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
26. เสียงหัวใจเด็ก (FHS)	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
27. อายุครรภ์ (สัปดาห์) โดยการคำนวณหรือการตรวจ	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
28. อาการผิดปกติ จากการประเมินภาวะเสี่ยง	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
29. การวินิจฉัยและการรักษา	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
30. วันนัด (F/U)	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
31. บันทึกผู้ตรวจ	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกบางครั้ง	☐ บันทึกทุกครั้ง
ความครบถ้วนสมบูรณ์การบันทึกการคลอดและหลังคลอด			
32. สถานที่คลอด	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึก ระบุสถานที่คลอด.....	
33. ผู้ทำคลอด	☐ ไม่บันทึก	☐ แพทย์	☐ พยาบาล
	☐ หมอตำแย	☐ อื่นๆ (ระบุ).....	
34. วัน เดือน ปี ที่คลอด	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึก ระบุ.....	

35. วิธีการคลอด	☐ ไม่บันทึก	☐ N/D	☐ V/E
	☐ F/E	☐ C/S	☐ Breech extraction
36. ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด	☐ ไม่บันทึก	☐ ไม่มี	☐ มี ระบุ.....
37. น้ำหนักทารกแรกคลอด	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึก น้ำหนัก	N N N N . N N กรัม
38. สุขภาพทารกแรกเกิด	☐ ไม่บันทึก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ.....

39. การติดตามเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอด	☐ ไม่บันทึก	☐ ไม่ได้เยี่ยม
☐ เยี่ยมครั้งที่ 1 (ภายใน 1 wk หลังออกจากรพ.) อาการ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ.....
☐ เยี่ยมครั้งที่ 1 (เกิน 1 wk หลังออกจากรพ.) อาการ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ.....
☐ เยี่ยมครั้งที่ 2 (ภายใน 4 wk หลังออกจากรพ.) อาการ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ.....
☐ เยี่ยมครั้งที่ 2 (เกิน 4 wk หลังออกจากรพ.) อาการ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ.....

40. การติดตามเยี่ยมบ้านทารกหลังคลอด	☐ ไม่บันทึก	☐ ไม่ได้เยี่ยม
☐ เยี่ยมครั้งที่ 1 (ภายใน 1 wk หลังออกจากรพ.) อาการ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ.....
☐ เยี่ยมครั้งที่ 1 (เกิน 1 wk หลังออกจากรพ.) อาการ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ.....
☐ เยี่ยมครั้งที่ 2 (ภายใน 4 wk หลังออกจากรพ.) อาการ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ.....
☐ เยี่ยมครั้งที่ 2 (เกิน 4 wk หลังออกจากรพ.) อาการ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 การใช้ข้อมูลเพื่อประเมินและวินิจฉัย การให้บริการดูแลและการจัดการปัญหา			
41. การบันทึกใน chart มีการวินิจฉัย case หรือไม่	☐ ไม่บันทึก	☐ Normal case	☐ High risk case ระบุ.....
42. บันทึกการตรวจครรภ์ มีการประเมินปัญหาและวินิจฉัยปัญหาทุกครั้งของการรับบริการ	☐ ไม่บันทึก	☐ วินิจฉัยทุกครั้ง	☐ วินิจฉัยบางครั้ง
			☐ ไม่ระบุการวินิจฉัยเขียนเฉพาะการรักษา
43. บันทึกการตรวจครรภ์ ระบุเรื่องที่ให้ความรู้ / สุขศึกษาแบบรายกลุ่มและ / หรือรายบุคคล	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกตรงกับปัญหา / อายุครรภ์	☐ บันทึกไม่ตรงกับปัญหา / อายุครรภ์
44. ในกรณีที่มีภาวะผิดปกติ/ปัญหา ได้มีการจัดการและการดูแล เช่น Refer / ปรึกษาแพทย์ หรือนัดถีขึ้นเป็นต้น	☐ ไม่บันทึก	☐ บันทึกชัดเจน คือ	

ส่วนที่ 3 สรุปความคิดเห็นของผู้ประเมิน	
45. ในความเห็นของผู้ประเมิน chart เห็นว่า case ที่พบทวนจัดเป็น	☐ Normal case ☐ High risk case
46. การวินิจฉัย case ใน chart ตรงกับความเห็นของผู้ประเมินในข้อ 44 หรือไม่ ☐ วินิจฉัยตรงกับผู้ประเมิน ☐ วินิจฉัยไม่ตรงกับผู้ประเมิน ระบุ.....	
47. ในความเห็นของผู้ประเมิน เอกสารและการบันทึกข้อมูลมีเพียงพอต่อการสรุปคุณภาพการดูแลรักษาหรือไม่ ☐ มีเพียงพอ ☐ มีไม่เพียงพอ ระบุส่วนขาด	
48. ในความเห็นของผู้ประเมิน เห็นว่าการดูแล case มีการดูแลรักษาที่มีคุณภาพหรือไม่ ☐ มีการดูแลรักษาดีเพียงพอ ☐ ยังมีส่วนที่ควรปรับปรุง ระบุ	
☐ มีประเด็นที่เป็นปัญหา หรือ ควรหาข้อมูลเพิ่มเติม ระบุ	
☐ ไม่มีประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา	
49. ความคิดเห็นเพิ่มเติม	

ผู้ประเมิน.....
ตำแหน่ง ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ นักวิชาการ
วัน/เดือน/ปี ที่เก็บข้อมูล.....

คำอธิบายการกรอกข้อมูล MD,MCH, Review chart ANC

คำอธิบายการกรอกข้อมูล Tool humanistic DM, humanistic MCH และ Review chart ANC

1. ให้ใช้ปากกาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ให้เต็มช่อง ดังตัวอย่าง ☒
2. ในช่อง ☐ ห้ามมีรอยลบ ชีด ผ่า
3. กรณีต้องกรอกข้อความให้ใช้ ดินสอ 2B เขียนข้อความด้วย ตัวบรรจง ถ้าต้องการเขียนข้อความใหม่ให้ลบข้อความเดิมให้สะอาด
4. การเติมตัวเลขในช่อง ☐ ให้เริ่มนับช่องหลักหน่วยในช่องขวา กรณีที่เติมตัวเลขหลักเดียวแต่มี ช่อง ☐ มากกว่า 1 ช่อง ให้เติมเลขศูนย์ลงให้ครบ เช่น
 - จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน
 - น้ำหนัก กิโลกรัม
5. การกรอกตัวเลขมีข้อระวัง คือ
 - เลขเจ็ด ให้เขียนเลขเจ็ดไม่มีขีด ดังนี้ 7
 - เลขสี่ ให้เขียน เลขสี่หัวเปิด ดังนี้ 4

คู่มือแนวทางการ Review chart งานอนามัยแม่และเด็ก

คู่มือแนวทางการ Review chart งานอนามัยแม่และเด็ก (เฉพาะงานดูแลก่อนคลอดและหลังคลอด)
สำหรับผู้ประเมินในโครงการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ในบริบทหลากหลายของประเทศไทย : งานอนามัยแม่และเด็ก
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ข้อตกลงเบื้องต้น

การประเมิน/ทบทวนแบบบันทึกข้อมูลอนามัยมารดาเป็นวิธีหนึ่งของการประเมินคุณภาพบริการผ่านระบบระเบียบรายงาน ซึ่งจะนำมาประกอบการประมวลผลรวมกับข้อมูลชุดอื่นๆ ไม่ได้เป็นการตัดสินว่าบริการ ณ สถานพยาบาลนั้นมีหรือไม่มีคุณภาพแต่ประการใด ในแบบประเมิน/ทบทวน chart ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 การประเมิน ความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลในทะเบียนประวัติการฝากครรภ์ การคลอด และการติดตามหลังคลอด
- ส่วนที่ 2 การใช้ข้อมูลเพื่อประเมินและวินิจฉัย การให้บริการดูแลและการจัดการปัญหา
- ส่วนที่ 3 สรุปความคิดเห็นของผู้ประเมิน

แหล่งข้อมูลที่สามารถนำมา review ได้ ประกอบด้วย

1. รบ 1ต05 หรือ แบบบันทึกการฝากครรภ์/การคลอดที่สถานพยาบาลนั้นได้กำหนดขึ้น
2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (รู้จักกันในนาม “สมุดสีชมพู” หรือ “สมุดประจำตัวแม่และเด็ก”)
3. ทะเบียนที่สถานพยาบาลได้จัดทำขึ้นเป็นการเฉพาะ

หมายเหตุ ไม่ว่าผู้ประเมินจะพิจารณาข้อมูลจากแหล่งใด ในเอกสารชุดนี้ขอเรียกรวมกันว่า chart ดังนั้นในหัวข้อของแนวทางการประเมินที่จะกล่าวในหน้าถัดไปต่อจากนี้ จึงขอใช้คำว่า chart แทนแบบบันทึกข้อมูลทุกประเภท

สิ่งที่ผู้ประเมินควรพิจารณาในการ review chart คือ

1. การบันทึกข้อมูลในแต่ละส่วนของ chart ที่ review นั้น มีการบันทึกหรือไม่ บันทึกสมบูรณ์ครบถ้วนหรือไม่
2. มีการนำข้อมูลมาใช้ในการให้บริการหรือไม่ ได้แก่ ใช้เพื่อการประเมิน วินิจฉัย และให้การดูแลหรือจัดการกรณีเมื่อมีปัญหา (ในส่วนนี้ผู้ประเมินจำเป็นต้องวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลที่ปรากฏในแบบบันทึก)
3. สรุปความคิดเห็นของผู้ประเมิน

แนวทางสำหรับผู้ประเมิน

ส่วนที่ 1 การประเมิน chart/ทะเบียนประวัติการฝากครรภ์ การคลอด และการติดตามหลังคลอด (ข้อ 1-7)

ข้อ 1-7 : เป็นข้อมูลประวัติบุคคลและการรับบริการ เพื่อดูภาพรวมในเชิงจำนวนครั้งและสถานพยาบาลของการรับบริการฝากครรภ์ ตลอดจนความสม่ำเสมอของการตรวจตามนัด ข้อมูลในส่วนนี้ขอให้ผู้ประเมินลงบันทึกอย่างครบถ้วน (รวมในส่วนชื่อสถานพยาบาล อำเภอ จังหวัด และเลขที่บัตรประชาชนของ case ที่ review) เนื่องจากจะนำมาประมวลผลร่วมกับข้อมูลอีกชุดที่ใช้การสัมภาษณ์ case

- ข้อ 1 ประวัติการตั้งครรภ์ ให้ผู้ประเมินระบุตาม chart ที่ปรากฏ
G=ครรภ์ที่.....
P=ผ่านการคลอดมาแล้วจำนวน.....ครั้ง
A=จำนวนครรภ์ที่แท้ง.....
L=จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่
- ข้อ 2 ที่อยู่ของผู้รับบริการ กรณีที่มีทั้งที่อยู่ตามภูมิสำเนาเดิมและที่อยู่ปัจจุบัน ให้ผู้ประเมินระบุเฉพาะที่อยู่ปัจจุบัน
- ข้อ 3 Case refer จาก สอ./PCU/รพ. ให้ระบุชื่อสถานพยาบาลที่ refer case กรณีไม่ลงชื่อสถานพยาบาลไว้ใน chart ให้ผู้ประเมิน chart ลงเฉพาะประเภทสถานพยาบาล
 - กรณีไม่พบว่ามี การ refer ให้บันทึกว่าไม่มีการ refer
 - กรณีที่ประเมิน chart ไม่ได้ว่า case มีการ refer หรือไม่ refer ให้ระบุว่าประเมินไม่ได้
- ข้อ 4 จำนวนสถานพยาบาลที่ฝากครรภ์ในการตั้งครรภ์ท้องนี้ (หมายถึงท้องหลังสุด) ให้ผู้ประเมินระบุจำนวนแห่ง และหากใน chart ปรากฏประเภทสถานพยาบาลที่ฝากชัดเจน ซึ่งจะดูได้จากบันทึกการตรวจครรภ์ในช่องผู้ตรวจและสถานที่ตรวจ ขอให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงตามข้อมูลที่ประเมินได้ทุกประเภทสถานพยาบาล
 - กรณีไม่พบว่ามี การบันทึกและไม่สามารถประเมินได้ ขอให้ระบุท้ายข้อว่า “ประเมินไม่ได้เพราะไม่มีข้อมูลที่บ่งบอกได้”
- ข้อ 5 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ให้ผู้ประเมินระบุอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อ่านได้จาก chart ซึ่งจะปรากฏอยู่ใน บันทึกการตรวจครรภ์ โดยให้ระบุอายุครรภ์เป็นสัปดาห์
- ข้อ 6 จำนวนครั้งการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลตั้งแต่แรกจนกระทั่งคลอด จำนวนครั้งทั้งหมดผู้ประเมินสามารถนับได้โดยพิจารณาใน บันทึกการตรวจครรภ์
- ข้อที่ 7 การมาตรวจตามนัด ให้พิจารณาข้อมูลได้จาก บันทึกการตรวจครรภ์ ในช่องวันนัดครั้งต่อไป และดูว่ามารับบริการตรงนัดทุกครั้ง บางครั้ง หรือไม่ปรากฏบันทึกวันนัด ขอให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงตามข้อมูลที่ประเมินได้

ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกประวัติ การฝากครรภ์ครั้งแรก (ข้อ 8 – 17.6)

ข้อ 8 – 17.6 : เป็นข้อมูลประวัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน วินิจฉัยการตั้งครรภ์ และจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการประเมินสภาวะต่าง ๆ เพื่อจัดการให้บริการดูแลที่เหมาะสม ข้อมูลในส่วนนี้ขอให้ผู้ประเมินพิจารณาว่า มีการบันทึกหรือไม่ บันทึกครบถ้วนทุกช่องที่ปรากฏหรือไม่ โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ที่ตรงตามข้อมูลที่ประเมินได้

กรณีที่พบว่าข้อใดข้อหนึ่งมีการบันทึกไม่ครบถ้วน ให้ถือว่าหมวดข้อมูลในเรื่องนั้นๆ บันทึกไม่ครบถ้วน เช่น ข้อ 16 การตรวจร่างกายทั่วไป หากพบว่าไม่มีการระบุใดๆ ลงในช่องการตรวจช่องใดช่องหนึ่ง ได้แก่ ความสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ต่อมไทรอยด์ เต้านม หัวนม หัวใจ ปอด ตับ ม้าม ให้ถือว่าข้อ 16 การตรวจร่างกายทั่วไป มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน กรณีที่ขีติเป็น – ในที่นี้ให้ assume ว่ามีการตรวจและแปลผลว่าปกติ

ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกการตรวจครรภ์ (ข้อ 18 – 31)

ข้อ 18 – 31 : เป็นข้อมูลการตรวจครรภ์ที่ถือได้ว่าเป็นหมวดของข้อมูลที่สำคัญในการพิจารณาเรื่องการประเมิน วินิจฉัย และการจัดการดูแล case ซึ่งผู้ประเมินจะพิจารณาข้อมูลในส่วนนี้ได้จาก “บันทึกการตรวจครรภ์” ซึ่งขอให้พิจารณาทุกช่องของข้อมูลตั้งแต่ครั้งที่ 1 จนถึงครั้งสุดท้ายที่ฝากครรภ์หากปรากฏว่าครั้งใดครั้งหนึ่งไม่มีการบันทึก ให้ถือว่าข้อนั้นบันทึกเป็นบางครั้ง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ที่ตรงตามข้อมูลที่ประเมินได้

เช่น ในข้อ 19 BMI หากไม่มีการระบุใดๆ ลงในช่องแม้แต่ครั้งเดียว ให้ถือว่าไม่มีการบันทึก หากลงค่าเป็นบางครั้ง ให้ถือว่า บันทึกบางครั้ง หากลงค่าทุกครั้งของการมาฝากครรภ์ ถือเป็นบันทึกทุกครั้ง

กรณีที่การบันทึกเป็น – ขอให้พิจารณาเป็นข้อๆไป ดังนี้

1.) ข้อที่ควรลงเป็นค่า หรือเป็นข้อความ ได้แก่ ข้อที่ 18 (น้ำหนัก), 19 (BMI), 22 (Blood pressure), 27 (อายุครรภ์) กรณีที่ลงเป็น – ให้ถือว่า ไม่ได้ตรวจ

2.) ข้อที่ใช้สัญลักษณ์แทนการให้ค่า และ / หรือ ให้ค่าเป็นตัวเลขหรือข้อความ ขอให้พิจารณา ดังนี้

 ข้อ 20-21 (Urine albumin , Urine sugar) กรณีที่ลงเป็น – ให้ถือเป็นผลปกติ ถ้าบันทึกทุกช่องของการมาตรวจก็ให้ลงในช่องบันทึกทุกครั้ง ถ้าไม่ระบุใดๆ (หมายถึงว่างเปล่า) ให้ถือว่า ไม่ได้ตรวจ

 ข้อ 23-26 (เด็กดิ้น, ขนาดมดลูก, ท่าเด็ก ส่วนน้ำ / การลง, เสียงหัวใจเด็ก) ให้พิจารณาอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 wks ขึ้นไป เช่น

- ข้อ 23 เด็กดิ้น อาจบันทึกเป็น ✓ หรือ + ถือว่ามีการประเมิน ขอให้พิจารณาต่อว่าบันทึกทุกครั้งหรือไม่
- ข้อ 24 ขนาดมดลูก / HF ควรบันทึกเป็นความสูงของมดลูกเป็น cms. หรือ เป็นสัญลักษณ์ที่สากลใช้ เช่น $\frac{1}{4} > \odot$ ขอให้พิจารณาต่อว่าบันทึกทุกครั้งหรือไม่
- ข้อ 25-26 ท่าเด็ก ส่วนน้ำ การลง และเสียงหัวใจเด็กการบันทึกใน chart ควรแสดงให้เห็นท่าเด็ก ส่วนน้ำ การลง ตามหลักสากล เช่น ROA / HF, FHS ⊕ หรือ

	ROA
	HF+

เป็นต้น และขอให้พิจารณาต่อว่าบันทึกทุกครั้งหรือไม่

- 3.) ข้อ 28 อาการผิดปกติจากการประเมินภาวะเสี่ยง ข้อนี้ผู้ประเมินมีความจำเป็นต้องดู chart โดยรวมว่า case นั้นๆ มีลักษณะอย่างไร มีภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์หรือไม่ เช่น น้ำหนักขึ้น/ไม่ขึ้นแบบผิดปกติ อายุครรภ์ไม่สัมพันธ์กับมดลูก เตี้ย ชีต หรือ เคยผ่าท้องคลอด (ดูภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ตามเอกสารแนบท้าย) หรือ เด็กดึ้นน้อยลง บวม ตกขาว ความดันโลหิตสูงเป็นบางครั้ง เป็นต้น หากผู้ประเมินไม่พบว่า case ผิดปกติ พร้อมกับใน chart มิได้ระบุว่ามีความผิดปกติใดๆ ให้ถือว่า chart ที่ review นั้น บันทึกทุกครั้ง แต่ถ้าผู้ประเมินพบว่า **case นั้นผิดปกติอย่างหนึ่งอย่างใด** ในช่วงอายุครรภ์ใดก็ตาม แต่ใน chart ไม่มีการระบุให้เห็น ให้ถือว่า chart นั้น **ไม่บันทึก** ตามที่ประเมินได้
- 4.) ข้อ 29 การวินิจฉัยและการรักษา กรณีที่พบว่า case ที่ review นั้นปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และใน chart บันทึกเฉพาะการให้ยาหรือคำแนะนำให้ assume ว่ามีการวินิจฉัยเป็นปกติ แต่ถ้าผู้ประเมินเห็นว่า **case นั้นผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง** แต่ไม่มีการวินิจฉัยโดยระบุชัดเจน ณ ครั้งใดครั้งหนึ่ง (assume ว่าไม่มีประเมินและการวินิจฉัย) ขอให้ผู้ประเมินระบุเป็น **บันทึกบางครั้ง**
- 5.) ข้อ 30-31 วันนัด และ บันทึกผู้ตรวจ พิจารณาโดย การลงวันที่นัดครั้งต่อไป และ ผู้ตรวจ ว่ามีการบันทึกหรือไม่ ทุกครั้งหรือบางครั้ง

ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกการคลอดและหลังคลอด (ข้อ 32 – 40)

ข้อ 32 – 40 : เป็นข้อมูลการคลอดและการตรวจหลังคลอด ซึ่งผู้ประเมินจะพิจารณาข้อมูลในส่วนนี้ได้จาก “บันทึกผลการคลอด” และ “การดูแลหลังคลอด” ซึ่งในปัจจุบันพบว่า แบบบันทึกในส่วนนี้บางแห่งไม่ได้ปรากฏอยู่ใน chart ANC (ยกเว้นในสมุดสีชมพู) แต่ได้จัดทำขึ้นมาใหม่ ขอให้พิจารณาทุกช่องของข้อมูลว่าบันทึกหรือไม่บันทึก ปกติหรือผิดปกติ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ที่ตรงตามข้อมูลที่ประเมินได้ และกรณีที่พบภาวะผิดปกติขอให้ระบุรายละเอียดภาวะผิดปกตินั้น ๆ ด้วย

ส่วนที่ 2 การใช้ข้อมูลเพื่อประเมิน และวินิจฉัย การให้บริการดูแลและการจัดการปัญหา (ข้อ 41 – 44)

การประเมินข้อ 41 – 42 : ส่วนนี้จะเป็นข้อมูลประเมินเรื่องคุณภาพของการใช้ข้อมูลเพื่อการดูแล ผู้รับบริการว่ามีการใช้ข้อมูลหรือไม่ มีการประเมินวินิจฉัย case หรือไม่ ในส่วนนี้ผู้ประเมินจำเป็นต้องอ่าน case และประมวลโดยรวมเพื่อประเมินและวินิจฉัย case ถือเป็นส่วนที่ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ประเมินจะตัดสินใจและใช้เป็นบรรทัดฐานในการพิจารณาประเมิน chart

- 1.) ข้อ 41 การประเมินใน chart มีการวินิจฉัย case หรือไม่ (ดูภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ตามเอกสารแนบท้าย) โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ที่ตรงตามข้อมูลที่ประเมินได้ กรณีเป็น high-risk ขอให้ผู้ประเมินระบุรายละเอียดของภาวะเสี่ยงลงในช่องระบุด้วย

2.) ข้อ 42 ในบันทึกการตรวจครรภ์ มีการประเมินปัญหาและวินิจฉัยปัญหาทุกครั้งของการรับบริการ (ข้อนี้จะซ้ำกับข้อที่ 29 แต่อย่างไรก็ตามขึ้นกับดุลยพินิจของผู้ประเมินที่จะประมวล case โดยรวมตามที่กล่าวไว้ข้างต้น)

- กรณี case ที่ review นั้นมีภาวะปกติในทุกระยะของการมาฝากครรภ์ และใน chart เขียนเฉพาะการรักษา ให้ assume ว่ามีการวินิจฉัยว่าปกติ
- กรณี case ที่ review มีทั้งปกติ และมีอาการแทรกซ้อนบางระยะของการมาฝากครรภ์ (ตามที่ผู้ประเมิน chart ประเมินได้) แต่ใน chart ไม่มีการระบุภาวะผิดปกติ ให้ assume ว่า *วินิจฉัยบางครั้ง* แต่หากพบว่าจะไม่วินิจฉัยแต่มีการจัดการ case เช่น พบว่า Hct<32% ไม่ได้เขียนระบุชัดเจนแต่มีการให้ยา น้ดื่มน้ำขึ้นกว่าปกติ หรือส่ง consult แพทย์ เป็นต้น ให้ลงในช่อง *ไม่ระบุการวินิจฉัยเขียนเฉพาะการรักษา*

การประเมินข้อ 43 – 44 :ส่วนนี้จะป็นข้อมูลประเมินเรื่องคุณภาพของการดูแลและการจัดการกรณี case นั้นมีปัญหา หรือ High risk case ผู้ประเมินสามารถพิจารณาข้อมูลนี้ในส่วนจาก “บันทึกการตรวจครรภ์” (เป็นข้อมูลต่อเนื่องจากส่วนที่ 2 คือขึ้นกับดุลยพินิจของผู้ประเมิน chart) ให้ผู้ประเมินพิจารณาการจัดการปัญหาหรือการดูแลต่าง ๆตามระยะที่ควรจะเป็น เช่น การให้ความรู้ที่จำเป็นและตรงกับระยะหรือปัญหาของ case (ดูแนวทางการให้ความรู้ / คำปรึกษา) หรือการจัดการปัญหา เช่น กรณีพบว่าน้ำหนักมารดาไม่ขึ้นตามเกณฑ์ที่ควรจะเป็น มีการค้นหาสาเหตุและแนะนำหรือส่งต่อหรือปรึกษาแพทย์ หรือน้ดื่มน้ำขึ้น เป็นต้น

ส่วนที่ 3 สรุปความคิดเห็นของผู้ประเมิน (ข้อ 45 – 49)

ในส่วนที่ 3 เป็นการสรุปคุณภาพของการดูแลเป็นราย case โดยมองผ่านข้อมูลที่ปรากฏใน chart ซึ่งเป็นความคิดเห็นของผู้ประเมิน chart ผู้ประเมินสามารถระบุสิ่งที่ผู้ประเมินเห็นว่าเป็นส่วนขาดและเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดูแลมีคุณภาพ หรือความคิดเห็นอื่น ๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลทั้งด้านบวกและด้านลบนอกเหนือจากข้อความที่ปรากฏในข้อ 1 - 44

เอกสารแนบท้าย

1.ความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์กับระดับความสูงของมดลูก

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์กับระดับความสูงของมดลูก

การวัดระดับความสูงของมดลูกและประเมินอายุครรภ์เป็นสัปดาห์ สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การตรวจทางหน้าท้อง โดยใช้สะดือเป็นแกนกลาง จากสะดือถึงหัวเหน่า แบ่งเป็น 3 ส่วน จากสะดือถึงลิ้นปี่ แบ่งเป็น 4 ส่วนแล้วเปรียบเทียบอายุครรภ์ ดังนี้

มดลูกสูง	$1/3 > sp$	อายุครรภ์	12	สัปดาห์
"	$2/3 > sp$	"	16	"
"	$= \odot =$	"	20	"
"	$1/4 > \odot$	"	24	"
"	$2/4 > \odot$	"	28	"
"	$3/4 > \odot$	"	32	"
"	ใต้ลิ้นปี่	"	36	"
"	$3/4 > \odot$ (ท้องลด)	"	40	"

2. การคำนวณโดยใช้สูตร

อายุครรภ์ = ความสูงของมดลูก (ซม.) $\times 8/7$

วัดความสูงของมดลูกเป็นเซนติเมตร วัดจากขอบบนของรอยต่อกระดูกหัวเหน่าโค้งไปตามหน้าท้องจนถึงยอดมดลูก การใช้วิธีนี้ค่อนข้างแม่นยำ ในครรภ์ที่เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป และเด็กอยู่ในท่าหัวหรือท่าก้น ในกรณีที่เป็นการแฝดหรือมีก้อนในมดลูกอาจผิดพลาดได้

3. การคำนวณเมื่อรู้ LMP ของหญิงมีครรภ์

อายุครรภ์เป็นสัปดาห์ = จำนวนวันทั้งหมดของเดือน LMP ลบด้วยวันที่ LMP บวกด้วย จำนวนวันทั้งหมดของเดือนถัดมาจนถึงวันที่มา ANC หารด้วย 7

ตัวอย่าง LMP วันที่ 12 ก.พ. วันที่มา ANC 28 ก.ค.

$$\begin{aligned}
 \text{อายุครรภ์} &= (28-12)+(31+30+30+30+28) / 7 \\
 &= 166/7 \\
 &= 23.7 \text{ อายุครรภ์ } 23-24 \text{ สัปดาห์}
 \end{aligned}$$

2.การประเมินภาวะเสี่ยง(High risk of Pregnancy)จากการตั้งครรภ์

การประเมินภาวะเสี่ยง(High risk of Pregnancy)จากการตั้งครรภ์

1) ประเมินจากประวัติส่วนตัว ได้แก่

- ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี
- ประวัติการคลอดก่อนกำหนด (คลอดก่อน 37 wks)
- ครรภ์แรกหรือครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป
- เคยคลอดลูกน้ำหนัก > 4,000 กรัมขึ้นไป
- เคยผ่าตัดที่มดลูก
- ประวัติเป็นโรคหัวใจ

2) จากการตรวจพบ

- เป็นโรคโลหิตจาง (Hb<11 gms. หรือ Hct<33%)
- พบไข้หวัดในปัสสาวะ
- พบน้ำตาลในปัสสาวะ
- ตรวจ VDRL ได้ผลบวก
- ความดันโลหิต 140/90 mmHg หรือมากกว่า
- ต่อมน้ำทรวงอกโต
- เป็นโรคหัวใจ
- ขนาดมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์
- ครรภ์แฝด
- ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ ตั้งแต่ 34 wks ขึ้นไป
- เลือดออกขณะตั้งครรภ์
- ตั้งครรภ์เกิน 40 wks
- น้ำหนักขึ้นน้อยกว่า 1Kg/เดือน
- เด็กดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง/วัน ตั้งแต่ 32 wks ขึ้นไป

3.แนวทางการให้ความรู้และคำปรึกษา

แนวทางการให้ความรู้และคำปรึกษา

1. การให้สุศึกษา ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤ 2 เดือน (รายกลุ่ม หรือรายบุคคล)
 - การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
 - การเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์
 - อาการที่พบได้ในระหว่างตั้งครรภ์และถือว่าปกติ
 - การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์
 - การดูแลสุขภาพทั่วไป
 - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - ทัศนสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์
 - เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
2. การให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด ครั้งที่ 1
 - ให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด HIV
 - ให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด Thalassemia
3. การให้สุศึกษา ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 3-4 เดือน (รายกลุ่มหรือรายบุคคล)
 - การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์
 - วิธีการสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์
 - อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์
 - ประโยชน์ของการได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก
 - การออกกำลังกายในระหว่างตั้งครรภ์
 - ทัศนสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์
4. การให้สุศึกษา ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 5-6 เดือน (รายกลุ่มหรือรายบุคคล)
 - การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์
 - วิธีการสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์
 - การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์
 - อาหารเสริมหญิงตั้งครรภ์
 - ติดตามการได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก
 - การเตรียมและดูแลเต้านมเพื่อให้ลูกกินนมแม่
 - เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในระยะตั้งครรภ์
5. การให้สุศึกษา ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 7-8 เดือน (รายกลุ่มหรือรายบุคคล)
 - . การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์
 - การปฏิบัติตนเมื่อใกล้คลอด
 - อาการเจ็บครรภ์หลอก / เจ็บจริง
 - อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระยะใกล้ครรภ์

- การเตรียมตัวไปคลอด
 - การคุมกำเนิดหลังคลอด
 - เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในระยะตั้งครรภ์ (ถ้ายังไม่ได้รับคำแนะนำ)
6. การให้สุศึกษา ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 98 เดือน (ควรเป็นรายบุคคลมากกว่ารายกลุ่ม)
- ทบทวนการเจ็บครรภ์ก่อนไปคลอด
 - ทบทวนการเบ่งคลอด
 - อาการนำที่ต้องไปโรงพยาบาลทันที
 - การผ่อนคลายความเครียด
 - เน้นการใช้สมุดบันทึกสุขภาพในการเลี้ยงดูลูก
 - การเตรียมเอกสารที่ต้องนำไป รพ.(สำเนาทะเบียนบ้าน,สมุดบันทึกสุขภาพฯ,บัตรโรงพยาบาล)
 - เตรียมตั้งชื่อลูก