

คำนำ

กลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ได้จัดทำสรุปรายการนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence-related Injury Surveillance-VIS) ปีงบประมาณ 2550 นี้ขึ้น เพื่อให้ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า สรุปรายการนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานใช้ประกอบการดำเนินงาน และพัฒนางานต่อไป

นันทพร กลิ่นจันทร์

กลุ่มระบาดวิทยา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

11 กรกฎาคม 2550

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
การนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
(Violence-related Injury Surveillance-VIS)
ปีงบประมาณ 2550

ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการนำไปใช้พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนดนโยบายและวางแผน จัดสรรทรัพยากร ควบคุมป้องกันการบาดเจ็บ และช่วยเหลือผู้เสียหายผู้สูญเสียจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มประชากรที่เฝ้าระวังคือ ผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต จากการบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอกแบบตั้งใจ (Intentional injury) ทุกราย ที่มารับการรักษาหรือชันสูตรพลิกศพที่โรงพยาบาลของรัฐจำนวน 47 แห่งของจังหวัดสงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะทำงานได้ตามวัตถุประสงค์ที่ไว้วางใจนั้น จำเป็นต้องมีการนิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขต เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหา อุปสรรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 ซึ่งได้รับมอบหมายให้บทบาทหลักในการนิเทศติดตามระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ดำเนินการนิเทศติดตามงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปีงบประมาณ 2550 จำนวนทั้งสิ้น 7 ครั้ง ประกอบด้วย

1. การนิเทศนำร่องโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในวันที่ 20 มีนาคม 2550 เพื่อทดลองใช้คู่มือการนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

2. การนิเทศ (Mini) ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้และเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล และสงขลา จำนวน 4 ครั้ง โดยการตรวจสอบข้อมูลในฐานข้อมูลและใบ VIS .ในการประชุมวิเคราะห์ข้อมูล VIS ณ หน่วยระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เดือนมีนาคม เมษายน พฤษภาคม และกรกฎาคม 2550

3. การนิเทศงาน VIS แก่ผู้นิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่เวชสถิติ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลของโรงพยาบาลยะลา เบตง ปัตตานี นราธิวาสราชนครินทร์ สุโงโกลก สตูล และผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส และสตูลในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างวันที่ 21-24 สิงหาคม 2550

ผลการนิเทศงาน พบว่า

1. จากที่มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานในกลุ่มผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกเดือนตั้งแต่เริ่มดำเนินงาน ทำให้ทราบปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน มีการดำเนินการปรับแก้ทั้งในส่วนของโปรแกรมในการดำเนินงาน แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตัวแปรให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และการดำเนินงานมากขึ้น มีการตรวจสอบข้อมูลร่วมกันในทุกจังหวัด ช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับการส่งต่อผู้บาดเจ็บระหว่างโรงพยาบาลและระหว่างจังหวัด ทำให้ทราบข้อผิดพลาดจากการกรอกข้อมูลในใบ VIS การลง Code และการ key in ข้อมูล ทำให้ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้รับทราบปัญหาโดยตรง และทราบแนวทางแก้ไขสำหรับชี้แจงให้กับหน่วยงานในพื้นที่

2. ผลการนิเทศงาน VIS ระหว่างวันที่ 21-24 สิงหาคม 2550 พบว่า

2.1 ระบบการไหลเวียนข้อมูล

- เก็บข้อมูลมี 2 รูปแบบ คือ 1). โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (IS) และระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS) ต้องใช้โปรแกรมป้อนข้อมูลที่ใช้ได้กับทั้ง 2 ระบบ 2). โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานเฉพาะระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS) ต้องใช้โปรแกรมป้อนข้อมูล VIS ระบบเดียว

- กลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้บาดเจ็บมาไม่เกิน 7 วันจากกรณีเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยกเว้น โรงพยาบาลในจังหวัดสตูล ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตทุกราย จากการบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอกแบบตั้งใจ (Intentional injury) ได้แก่ ทำร้ายตัวเอง (Intentional self-harm) (X60-X84) ถูกทำร้าย (Assault) (X85-Y09) การบาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา (Event of undetermined intent) (Y10-Y34) และ ปฏิบัติการหรือการแทรกแซงทางกฎหมายและการทำสงคราม (Legal intervention and operations of war) (Y35-Y36) เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง

- ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ

100

- ภาระงานและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน การกรอกใบ VIS ส่วนใหญ่ดำเนินการแล้วเสร็จภายใน 1 วันทำการ และดำเนินการทุกชั้นตอน Code key in แล้วเสร็จภายใน 1 เดือน และมีการตรวจสอบข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจสอบข้อมูลของโรงพยาบาลก่อนส่งข้อมูล

- การใช้ประโยชน์ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในระดับจังหวัด สำหรับการ

ประโยชน์ข้อมูลระดับโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ไปใช้ประโยชน์ โดยในส่วนที่นำไปใช้ประโยชน์นำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เดือนกุมภาพันธ์ ประชาชน เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2 คุณภาพข้อมูล พบว่า

- ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่า กรอกไม่ครบถ้วนทุกตัวแปร เช่น ศาสนา อาชีพ วันเดือนปีเกิด อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน สิทธิการรักษา ลักษณะสถานที่เกิดเหตุ ค่าใช้จ่าย ชนิดการจำหน่าย เป็นต้น

- ความถูกต้องของการกรอกใบ VIS พบว่า มีความไม่ตรงกันของข้อมูลในใบบันทึกข้อมูล VIS OPD Card และ Chart เช่น เลข 13 หลัก ชื่อ-สกุล ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ สาเหตุการบาดเจ็บ การดูแลขณะนำส่ง ลักษณะการบาดเจ็บ เป็นต้น

- การลงรหัส (code) มีบางตัวแปรไม่มีการลงรหัส ลงรหัสไม่ถูกต้อง เช่น ICD Cause, diagnosis ที่ไม่ครบถ้วนการบาดเจ็บที่สำคัญ ๆ BR และ AIS

3. ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข

3.1 ควรมีการอบรมฟื้นฟูให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS) เนื่องจากผู้รับผิดชอบระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนหนึ่งไม่ผ่านการอบรม

3.2 การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS) มีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายฝ่ายในโรงพยาบาล ตั้งแต่ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่เวชสถิติ พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์ผู้ทำการรักษา เจ้าหน้าที่จิตเวช เจ้าหน้าที่งานประกัน เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่งานยาเสพติด เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS) ในโรงพยาบาล ควรชี้แจงให้ทุกฝ่ายได้รับทราบ เพื่อประสานความร่วมมือกันในส่วนที่เกี่ยวข้องระหว่างฝ่าย/กลุ่มงานสำหรับภายในฝ่าย/กลุ่มงาน ควรมีการชี้แจงรายละเอียดของตัวแปรต่าง ๆ ให้บุคลากรในฝ่าย/กลุ่มงานมีความเข้าใจที่ตรงตามมาตรฐานเดียวกัน และควรมีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้กับฝ่าย/กลุ่มงานต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติ และควรมีการตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

3.3 การนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรมีการปรับเกณฑ์การสุ่มตัวอย่างใบ VIS ของโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

- ผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น 1 ราย
- ผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เสียชีวิตที่ E.R. หรือ DBA. (dead before arrival) 1 ราย
- ผู้บาดเจ็บจากถูกทำร้ายหรือทำร้ายตนเองและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น 1 ราย

- ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อไป
สถานพยาบาลอื่น 1 ราย
โดยจะดำเนินการปรับในคู่มือการนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัด
ชายแดนภาคใต้ ต่อไป

3.4 ควรมีการติดตามงานตามรูปแบบที่ผ่านมาในปี 2550 เนื่องจากระบบเฝ้าระวัง
การบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นระบบใหม่ที่ต้องอาศัยความร่วมมือ
จากบุคลากรหลายฝ่ายในหน่วยงาน และเป็นระบบที่ต้องอาศัยความชำนาญ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง
เช่น การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ การลงรหัส ICD-10 การ Diagnosis การประเมินความรุนแรง BR
AIS และความชำนาญในการใช้โปรแกรม VIS จึงควรมีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง คือ

- ควรมีการประชุมวิเคราะห์ข้อมูล VIS ระดับจังหวัด เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันของตัวแปรใน
การเก็บข้อมูล ความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกรณีที่มีการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล ระหว่าง
จังหวัด

- ควรมีการนิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

- ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่
จังหวัดชายแดนภาคใต้จากส่วนกลางให้แก่ระดับเขต และระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุนทางวิชาการ เพื่อ
ทราบปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานต่อไป

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ii
สารบัญ	iii
สรุปผลการนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	1
วัตถุประสงค์	1
วิธีการนิเทศ	2
กลุ่มเป้าหมาย	2
ผลการนิเทศ	2
โรงพยาบาลยะลา	3
โรงพยาบาลเบตง	5
โรงพยาบาลปัตตานี	6
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์	7
โรงพยาบาลสุไหงโกลก	9
โรงพยาบาลสตูล	10
ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ความต้องการสนับสนุน	12
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้นิเทศ	19
ภาคผนวก ข แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	22
ภาคผนวก ค ตัวอย่าง Website : http://medipe.psu.ac.th/vis/	24
ภาคผนวก ง	26
- สรุปการนิเทศนักร้อง	27
- สรุปการนิเทศ (Mini) ครั้งที่ 1	30
- สรุปการนิเทศ (Mini) ครั้งที่ 2	34
- สรุปการนิเทศ (Mini) ครั้งที่ 3	37
- สรุปการนิเทศ (Mini) ครั้งที่ 4	39
กิตติกรรมประกาศ	41

สรุปผลการนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างวันที่ 22-24 สิงหาคม 2550

ตามที่ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ร่วมกับ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence-related Injury Surveillance) ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลชุมชนใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภोजะนะ เทพา สะบ้าย้อย และนาทวี รวมทั้งสิ้น 47 แห่ง เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้เอื้อต่อการนำไปใช้พัฒนาระบบบริการฉุกเฉิน กำหนดนโยบาย และวางแผน จัดสรรทรัพยากร ควบคุมป้องกันการบาดเจ็บในพื้นที่ และช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้สูญเสียและครอบครัว โดยมี กลุ่มประชากรที่เฝ้าระวัง คือ ผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บทุกรายจากการบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอกแบบตั้งใจ (Intentional injury) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการชันสูตรพลิกศพของโรงพยาบาล โดยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลการบาดเจ็บตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 เป็นต้นมา ดังนั้น เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานดังกล่าว สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ให้ได้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บฯ ที่มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้อย่างแท้จริง จึงได้มีกรณิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในระหว่างวันที่ 21-24 สิงหาคม 2550

วัตถุประสงค์

1. เพื่อถ่ายทอดการนิเทศติดตามการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ แก่ทีมนิเทศระดับจังหวัด
2. เพื่อพัฒนาทีมงานในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
3. เพื่อพัฒนางานนิเทศติดตามระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้มีคุณภาพ
4. เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
5. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

วิธีการนิเทศ เป็นการประชุมรับการนิเทศ และนิเทศในพื้นที่ดังนี้

ประชุมรับการนิเทศ ได้แก่

1. โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลเบตง โรงพยาบาลปัตตานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ในวันที่ 21-22 สิงหาคม 2550

2. โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลสุโหงโกลก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ในระหว่างวันที่ 22-23 สิงหาคม 2550

การนิเทศงานในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลสตูล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล วันที่ 24 สิงหาคม 2550

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- พยาบาล E.R. ที่เกี่ยวข้องกับการกรอกข้อมูล

- เจ้าหน้าที่เวชสถิติ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายในการ code/key in

และนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

ผลการนิเทศงาน

1. การถ่ายทอด และพัฒนาที่มงานนิเทศติดตามการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ แก่ที่มนิเทศระดับจังหวัด พบว่า

1.1 ประชุมรับการนิเทศ วันที่ 21-23 สิงหาคม 2550 มีผู้เข้าร่วมการนิเทศ จำนวนทั้งสิ้น 19 คน ประกอบด้วย

- พยาบาล E.R. จำนวน 9 คน ได้รับการถ่ายทอด และฝึกการนิเทศติดตามการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับการกรอกข้อมูลใบ VIS

- เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และผู้ที่ได้รับมอบหมายในการ code/key in จำนวน 7 คน ได้รับการถ่ายทอด และฝึกการนิเทศติดตามการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับการ code การ Key in ข้อมูลลงในโปรแกรม VIS

- นักวิชาการสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 3 คน ได้รับการถ่ายทอด และรับทราบแนวทางการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

1.2 การนิเทศงานในพื้นที่ วันที่ 24 สิงหาคม 2550 มีผู้เข้าร่วมการนิเทศ จำนวนทั้งสิ้น 10 คน ประกอบด้วย

- พยาบาล E.R. เจ้าหน้าที่เวชสถิติผู้ที่ได้รับมอบหมายในการ code/key in ของโรงพยาบาล สตุลจำนวน 2 คน ได้รับการถ่ายทอด และฝึกการนิเทศติดตามการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับการกรอกข้อมูลใบ VIS

- นักวิชาการสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน ได้รับทราบแนวทางการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

- ผู้บริหารโรงพยาบาล พยาบาล E.R. และเจ้าหน้าที่เวชสถิติผู้ที่ได้รับมอบหมายในการ code/key in ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสตุล จำนวน 7 คน ได้รับทราบแนวทางในการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหาจากการนิเทศติดตามการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

2. ผลการนิเทศงาน จากข้อมูล VIS เดือนกรกฎาคม 2550 สรุปผลการนิเทศดังนี้

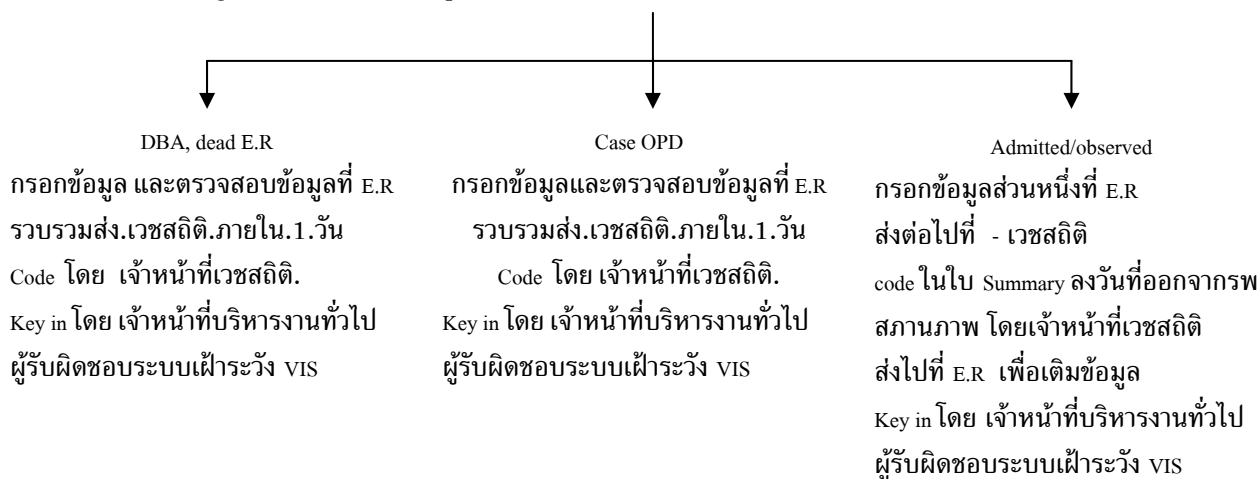
จังหวัดยะลา

1. ระบบการไหลเวียนข้อมูลของโรงพยาบาลยะลา

มีรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลยะลา คือ โรงพยาบาลศูนย์ ที่ดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (IS) และระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีลักษณะการเก็บข้อมูลดังนี้

ผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาลทั้งหมดที่บาดเจ็บมาไม่เกิน 7 วันจากกรณี

1. ทำร้ายตัวเอง (Intentional self-harm) (X60-X84)
2. ถูกทำร้าย (Assault) (X85-Y09)
3. การบาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา (Event of undetermined intent) (Y10-Y34)
4. ปฏิบัติการหรือการแทรกแซงทางกฎหมายและการทำสงคราม (Legal intervention and operations of war) (Y35-Y36)



ผู้รับผิดชอบในการ Print out ได้แก่ เวชสถิติ ดำเนินการ Print out ข้อมูลในรูปแบบตาราง เมื่อมีการร้องขอ โดยมีหัวหน้าห้อง ER สรุปสถานการณ์ทุกเดือน

- ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล

จำนวนผู้บาดเจ็บจากใบ VIS ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550 จำนวน.56.ราย

จำนวนผู้บาดเจ็บที่บันทึกลงในคอมพิวเตอร์ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550

จำนวน..56..ราย

ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 100

- ภาระงานและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. การกรอกข้อมูล : เริ่มตั้งแต่พยาบาล E.R กรอกข้อมูลผู้บาดเจ็บลงใบ VIS ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 15 นาทีต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย...

2. การ code ทัวไป : เจ้าหน้าที่เวชสถิติ code ข้อมูลทัวไป, external cause ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 1 นาทีต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย...

3. ตั้งแต่วันที่ผู้บาดเจ็บ discharge จาก ward จนถึง chart กลับมาที่ผู้ code ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยนานประมาณ 2 สัปดาห์

4. การ review chart และลง final diagnosis หลังจาก chart discharge กลับมาที่ผู้ code ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 2-3 นาทีต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย

5. การ code การบาดเจ็บอื่น (ICD-10 chapter 20), diagnosis (ICD-10 chapter 19), BR, AIS ใช้เวลาโดยเฉลี่ย ประมาณ 1 นาทีต่อผู้บาดเจ็บ เฉพาะกรณี admitted 1 ราย

6. การ key in ทัวไป และการ key in ICD-10, diagnosis, BR, AIS ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 1 นาที ต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย

7. เมื่อ key in ข้อมูลเสร็จแล้วมีการตรวจสอบข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติ และส่งแก้ไขข้อมูลที่ ER และเจ้าหน้าที่ key in ข้อมูลทุกเดือนไม่มีการกำหนดเวลาในการตรวจสอบข้อมูลให้แล้วเสร็จก่อนส่งข้อมูลให้กับหน่วยงานอื่น

8. ความถี่ในการเผยแพร่ Print out แก่หัวหน้ากลุ่มงาน E.R., ศัลยกรรม อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกเดือน

9. สรุปสถานการณ์เสนอแก่องค์กร และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ครึ่งสุดท้ายเดือนกรกฎาคม 2550

- การใช้ประโยชน์ข้อมูลทั้งในและนอกโรงพยาบาล

1. Primary Prevention มีการแจ้งข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในการเตือนภัยให้กับประชาชน และทีมงานที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบการนำส่งผู้ส่ง การช่วยเหลือผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุจากทีมที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข พัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินระบบการส่งต่อของมูลนิธิต่าง ๆ

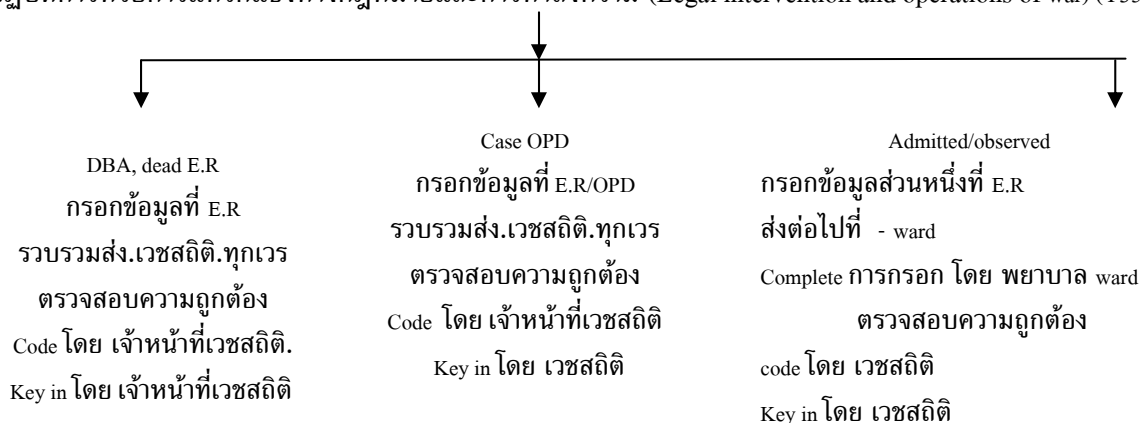
2. การบริหารอัตรากำลัง นำข้อมูลมาใช้ในการปรับอัตรากำลังการอยู่เวรของเจ้าหน้าที่

2. ระบบการไหลเวียนข้อมูลของโรงพยาบาลเบตง

มีรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลเบตง คือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS) (นำโปรแกรมมาใช้เอง) และระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีลักษณะการเก็บข้อมูลดังนี้

ผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาลทั้งหมดที่บาดเจ็บมาไม่เกิน 7 วันจากกรณี

1. ทำร้ายตัวเอง (Intentional self-harm) (X60-X84)
2. ถูกทำร้าย (Assault) (X85-Y09)
3. การบาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา (Event of undetermined intent) (Y10-Y34)
4. ปฏิบัติการหรือการแทรกแซงทางกฎหมายและการทำสงคราม (Legal intervention and operations of war) (Y35-Y36)



มี print out ข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดย ER ส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
สรุปสถานการณ์โดยเวชสถิติ ภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน

- ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล

จำนวนผู้บาดเจ็บจากใบ VIS ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550 จำนวน. 8..ราย
จำนวนผู้บาดเจ็บที่บันทึกลงในคอมพิวเตอร์ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550
จำนวน. 8.ราย

ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

- ภาระงานและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. การกรอกข้อมูล : เริ่มตั้งแต่พยาบาล E.R กรอกข้อมูลผู้บาดเจ็บลงใบ VIS ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 25 นาที.ต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย....
2. การ code ทั่วไป : เจ้าหน้าที่เวชสถิติ code ข้อมูลทั่วไป, external cause ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 20 นาทีต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย...
3. ตั้งแต่วันที่ผู้บาดเจ็บ discharge จาก ward จนถึง chart กลับมาที่ผู้ code ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยนานเท่าไร...ยังไม่มี Admitted.

4. การ review chart และลง final diagnosis หลังจาก chart discharge กลับมาที่ผู้ code ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยนานเท่าไรต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย...ยังไม่มี Admitted.

5. การ code การบาดเจ็บอื่น (ICD-10 chapter 20), diagnosis (ICD-10 chapter 19), BR, AIS ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 3 นาที ต่อผู้บาดเจ็บ เฉพาะกรณี admitted 1 ราย

6. การ key in ทั่วไป และการ key in ICD-10, diagnosis, BR, AIS ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 10 นาที. (ถ้าข้อมูลครบถ้วน) ต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย...

7. มีการตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลทันทีเมื่อ key in ข้อมูลเสร็จ และตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลทันทีที่มีการแก้ไข โดย ER...

8. ความถี่ในการเผยแพร่ Print out แก่หัวหน้ากลุ่มงาน E.R., ศัลยกรรม อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกเดือน...

9. สรุปสถานการณ์เสนอแก่องค์กร และบุคคลที่เกี่ยวข้อง สสจ. ครั้งสุดท้าย ต้นเดือนสิงหาคม

- การใช้ประโยชน์ข้อมูลทั้งในและนอกโรงพยาบาล

1. Primary Prevention ส่งข้อมูลประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลให้ประชาชน บุคลากรทราบเพื่อป้องกันตนเอง

2. Pre-hospital care.ให้ความรู้กับหน่วยกู้ชีพในการปฐมพยาบาล

จังหวัดปัตตานี

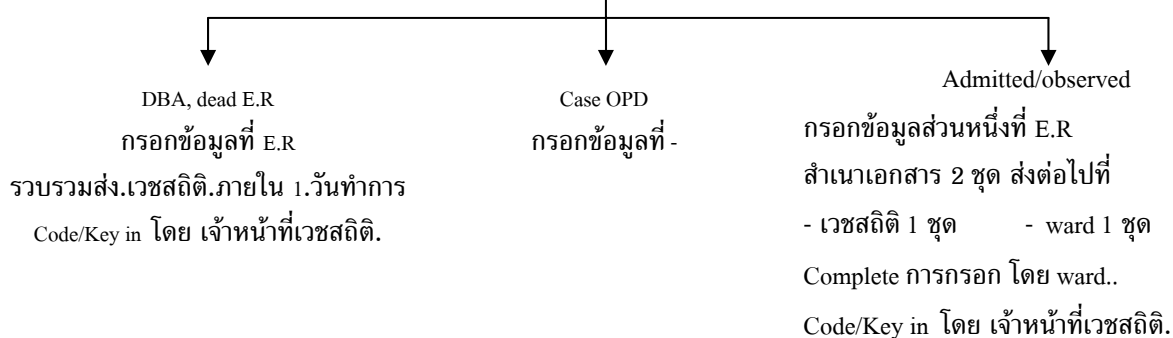
1. ระบบการไหลเวียนข้อมูลของโรงพยาบาลปัตตานี

มีรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลปัตตานี คือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ดำเนินงานเฉพาะระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีลักษณะการเก็บข้อมูลดังนี้

ผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาลทั้งหมดที่บาดเจ็บมาไม่เกิน 7 วัน

เฉพาะกรณีการบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากกรณี

1. ทำร้ายตัวเอง (Intentional self-harm) (X60-X84)
2. ถูกทำร้าย (Assault) (X85-Y09)
3. การบาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา (Event of undetermined intent) (Y10-Y34)
4. ปฏิบัติการหรือการแทรกแซงทางกฎหมายและการทำสงคราม (Legal intervention and operations of war) (Y35-Y36)



- ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล

จำนวนผู้บาดเจ็บจากใบ VIS ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550 จำนวน 18 ราย

จำนวนผู้บาดเจ็บที่บันทึกลงในคอมพิวเตอร์ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550

จำนวน.18 ราย

ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

- ภาระงานและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. การกรอกข้อมูล : เริ่มตั้งแต่พยาบาล E.R กรอกข้อมูลผู้บาดเจ็บลงใบ VIS พร้อมกับการซักประวัติผู้บาดเจ็บ

2. การ code และการ key in ข้อมูล โดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติ

3. ตั้งแต่วันที่ผู้บาดเจ็บ discharge จาก ward จนถึง chart กลับมาที่ผู้ code ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยไม่เกิน 1 เดือน

4. การ review chart และลง final diagnosis หลังจาก chart discharge กลับมาที่ผู้ code ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน

5. มีการตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลทุกเดือนโดยผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในระดับจังหวัด กรณีที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนถูกต้องจะดำเนินการส่งกลับให้กับผู้รับผิดชอบของทางโรงพยาบาล...

6. ในระดับจังหวัดมีการนำเสนอรายงานการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในการประชุมคณะกรรมการความปลอดภัย ทุกเดือน เพื่อในการกำหนดมาตรการความปลอดภัยของสถานที่ และจัดทำแผนฉุกเฉิน

- การใช้ประโยชน์ข้อมูลทั้งในและนอกโรงพยาบาล

ในส่วนของโรงพยาบาลไม่มีการนำข้อมูลที่ดำเนินการในระบบเฝ้าระวังฯ ไปใช้ประโยชน์ แต่มีการนำข้อมูลจากส่วนอื่น ๆ ไปใช้ประโยชน์ในการรายงานจำนวนสถานการณ์

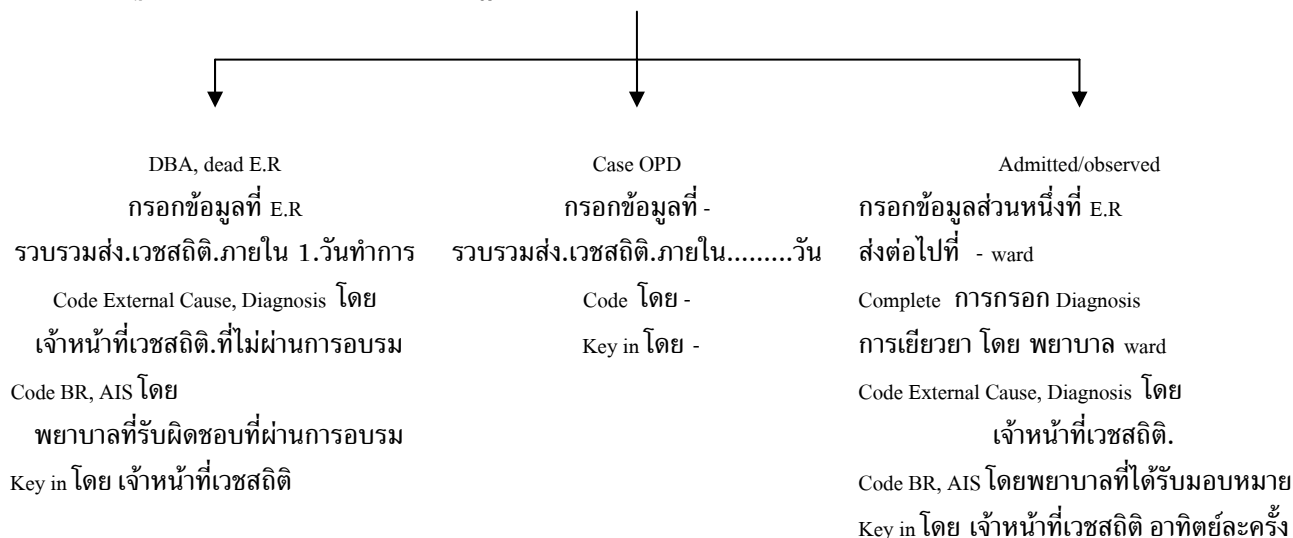
จังหวัดนราธิวาส

1. ระบบการไหลเวียนข้อมูลของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

มีรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ คือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS) (นำโปรแกรมมาใช้เอง) และระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีลักษณะการเก็บข้อมูลดังนี้

ผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาลทั้งหมดที่บาดเจ็บมาไม่เกิน 7 วันจากกรณี

1. ทำร้ายตัวเอง (Intentional self-harm) (X60-X84)
2. ถูกทำร้าย (Assault) (X85-Y09)
3. การบาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา (Event of undetermined intent) (Y10-Y34)
4. ปฏิบัติการหรือการแทรกแซงทางกฎหมายและการทำสงคราม (Legal intervention and operations of war) (Y35-Y36)



- ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล

จำนวนผู้บาดเจ็บจากใบ VIS ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550 จำนวน 51.ราย

จำนวนผู้บาดเจ็บที่บันทึกลงในคอมพิวเตอร์ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550

จำนวน. 51.ราย

ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

- ภาระงานและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. การกรอกข้อมูลผู้บาดเจ็บ : เริ่มตั้งแต่พยาบาล E.R กรอกข้อมูลผู้บาดเจ็บลงใบ VIS ใช้เวลาเสร็จสิ้นภายใน 1 วันทำการ.

2. การ code ข้อมูลผู้บาดเจ็บใช้เวลาในการ code อาทิตย์ละครั้ง

3. ตั้งแต่วันที่ผู้บาดเจ็บ discharge จาก ward จนถึง chart กลับมาที่ผู้ code ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยนานประมาณ 1 สัปดาห์

4. การ review chart และลง final diagnosis หลังจาก chart discharge กลับมาที่ผู้ code ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 1 สัปดาห์

6. การ key in ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 10-15 นาทีต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย

- การใช้ประโยชน์ข้อมูลทั้งในและนอกโรงพยาบาล

ในส่วนของโรงพยาบาลไม่มีการนำข้อมูลที่ดำเนินการในระบบเผื่อระวังฯ ไปใช้ประโยชน์

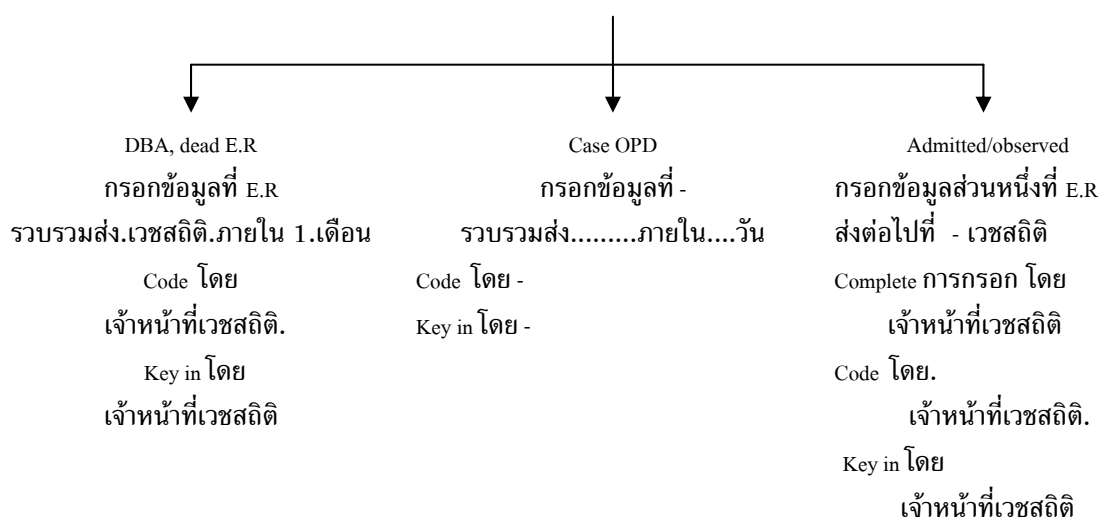
2. ระบบการไหลเวียนข้อมูลของโรงพยาบาลสุโขทัย

มีรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลสุโขทัย คือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ดำเนินงานเฉพาะระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีลักษณะการเก็บข้อมูลดังนี้

ผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาลทั้งหมดที่บาดเจ็บมาไม่เกิน 7 วัน

เฉพาะกรณีการบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากกรณี

1. ทำร้ายตัวเอง (Intentional self-harm) (X60-X84)
2. ถูกทำร้าย (Assault) (X85-Y09)
3. การบาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา (Event of undetermined intent) (Y10-Y34)
4. ปฏิบัติการหรือการแทรกแซงทางกฎหมายและการทำสงคราม (Legal intervention and operations of war) (Y35-Y36)



- ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล

จำนวนผู้บาดเจ็บจากใบ VIS ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550 จำนวน.11.ราย

จำนวนผู้บาดเจ็บที่บันทึกลงในคอมพิวเตอร์ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550
จำนวน.11ราย

ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

- ภาระงานและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. การกรอกข้อมูลผู้บาดเจ็บ : เริ่มตั้งแต่พยาบาล E.R กรอกข้อมูลผู้บาดเจ็บลงใบ VIS ใช้เวลาเสร็จสิ้นภายใน 1 วันทำการ.

2. การ code โดย: เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 20 นาทีต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย...

3. การ key in โดย: เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 10-15 นาที. ต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย...

- การใช้ประโยชน์ข้อมูลทั้งในและนอกโรงพยาบาล

ในส่วนของโรงพยาบาลไม่มีการนำข้อมูลที่ดำเนินการในระบบเฝ้าระวังฯ ไปใช้ประโยชน์

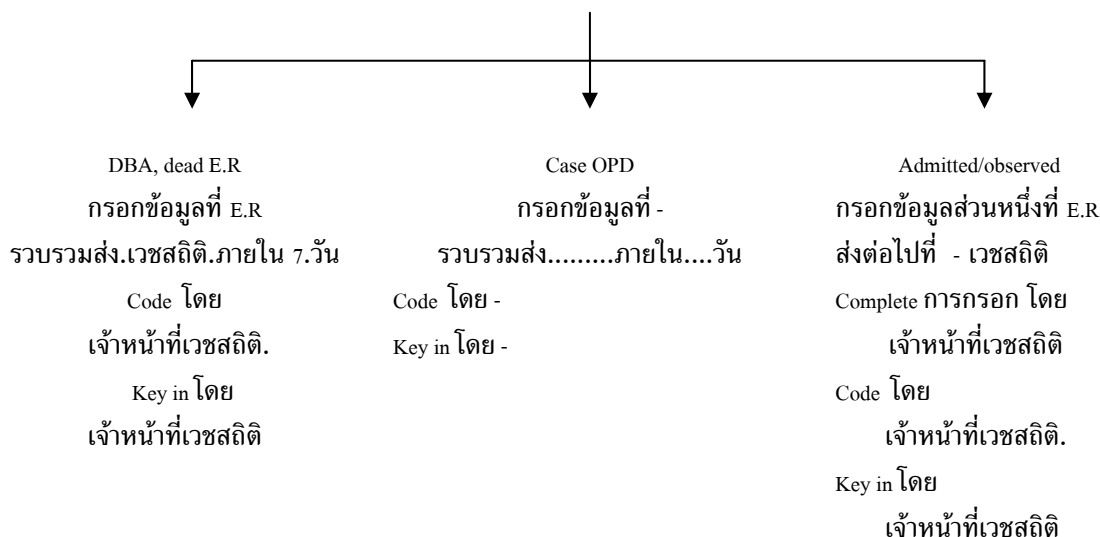
จังหวัดสตูล

1. ระบบการไหลเวียนข้อมูลของโรงพยาบาลสตูล

มีรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลสตูล คือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ดำเนินงานเฉพาะระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีลักษณะการเก็บข้อมูลดังนี้

ผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาลทั้งหมดที่บาดเจ็บมาไม่เกิน 7 วัน จากกรณี

1. ทำร้ายตัวเอง (Intentional self-harm) (X60-X84)
2. ถูกทำร้าย (Assault) (X85-Y09)
3. การบาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา (Event of undetermined intent) (Y10-Y34)
4. ปฏิบัติการหรือการแทรกแซงทางกฎหมายและการทำสงคราม (Legal intervention and operations of war) (Y35-Y36)



- ความครอบคลุมของการรายงาน

จำนวนผู้บาดเจ็บจากใบ VIS ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550 จำนวน.12.ราย

จำนวนผู้บาดเจ็บที่บันทึกลงในคอมพิวเตอร์ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2550-31 กรกฎาคม 2550

จำนวน.12.ราย

ความครอบคลุมของการรายงานผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

- ภาระงานและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. การกรอกข้อมูล : เริ่มตั้งแต่พบบาด E.R กรอกข้อมูลผู้บาดเจ็บลงใบ VIS ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 2 นาทีต่อผู้บาดเจ็บ admitted 1 ราย...

2. การ code ทั่วไป : เจ้าหน้าที่เวชสถิติ code ข้อมูลทั่วไป, external cause ใช้เวลาโดยเฉลี่ย ประมาณ 5-10 นาทีต่อผู้ป่วย admitted 1 ราย...

3. ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วย discharge จาก ward จนถึง chart กลับมาที่ผู้ code ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย นานประมาณ 15-30 วัน

4. การ review chart และลง final diagnosis หลังจาก chart discharge กลับมาที่ผู้ code ใช้ ระยะเวลาเฉลี่ย 10 นาทีต่อผู้ป่วย admitted 1 ราย

5. การ code การบาดเจ็บอื่น (ICD-10 chapter 20), diagnosis (ICD-10 chapter 19), BR, AIS ใช้เวลาโดยเฉลี่ย ประมาณ 10 นาทีต่อผู้ป่วย เฉพาะกรณี admitted 1 ราย

6. การ key in ทั่วไป และการ key in ICD-10, diagnosis, BR, AIS ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 5 นาที ต่อผู้ป่วย admitted 1 ราย

- การใช้ประโยชน์ข้อมูลทั้งในและนอกโรงพยาบาล

จังหวัดสตูลยังไม่มีรายงานการบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ และยังไม่มีการนำข้อมูลที่ ดำเนินการในระบบเผื่อระวังฯ ไปใช้ประโยชน์อื่น ๆ

3. คุณภาพของข้อมูล จากการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจากใบ VIS จำนวน 13 ราย

3.1. การกรอกใบ VIS

3.1.1. ความครบถ้วนของการกรอกใบ VIS พบว่า

- ตัวแปรที่ประเมินไม่ได้ เนื่องจากมีข้อมูลกรอกในใบ VIS แต่ไม่มีข้อมูลใน medical record ได้แก่ เลข 13 หลัก (4 ราย) ศาสนา (7 ราย) หมู่ที่ของที่อยู่ปัจจุบัน (4 ราย) หมายเลข โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (3 ราย) สถานที่เกิดเหตุเกี่ยวกับบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด (9 ราย) ลักษณะสถานที่เกิดเหตุ (10 ราย) สาเหตุการบาดเจ็บ (3 ราย) ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ (9 ราย) เกิดขณะปฏิบัติหน้าที่ (6 ราย) สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (3 ราย) การมาโรงพยาบาล ของผู้ป่วย (6 ราย) พาหนะในการมาโรงพยาบาล (3 ราย) มีผู้ดูแลขณะนำส่ง (3 ราย) การดูแล ขณะนำส่งเกี่ยวกับการหายใจ การห้ามเลือด C spine collar, Splint/slap IV fluid (2 ราย) EMV (6 ราย) Hx Consciousness (4 ราย) BR และ AIS (13 ราย) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (2 ราย) เวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (5 ราย) การใช้เครื่องหายใจ (1 ราย) ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (4 ราย) สถานะขณะจำหน่าย (1 ราย) ชนิดการจำหน่าย (1 ราย)

- ตัวแปรที่ไม่ได้กรอกในใบ VIS ได้แก่ AN (1 ราย) สิทธิการรักษา (1 ราย) หมายเลข โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (6 ราย) สถานที่เกิดเหตุเกี่ยวกับบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด (3 ราย) เกิดขณะปฏิบัติหน้าที่ (3 ราย) สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (2 ราย) พาหนะในการมา โรงพยาบาล (1 ราย) มีผู้ดูแลขณะนำส่ง (1 ราย) การดูแลขณะนำส่งเกี่ยวกับการหายใจ การห้าม เลือด C spine collar, Splint/slap IV fluid (1 ราย) Hx Consciousness (2 ราย) การ Diagnosis 1 (4

ราย) การ Diagnosis 2-6 (9 ราย), BR และ AIS (8 ราย) เวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (1 ราย) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (3 ราย) ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (4 ราย) ชนิดการจำหน่าย (1 ราย)

3.1.2. ความถูกต้องของการกรอกลงใน VIS พบว่า

- ตัวแปรที่กรอกข้อมูลไม่ตรงกับ medical record ได้แก่ เลข 13 หลัก (1 ราย) อาชีพ (1 ราย) เวลาที่มาถึงโรงพยาบาล (1 ราย) สาเหตุการบาดเจ็บ (1 ราย) สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (1 ราย) การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บ (1 ราย) พาหนะในการมาโรงพยาบาล (1 ราย) DBP (1 ราย) PR และ RR (1 ราย) ลักษณะการบาดเจ็บ (1 ราย)

- ตัวแปรที่กรอกไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ (1 ราย) สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (1 ราย)

- ตัวแปรที่กรอกในใบ VIS ไม่ถูกต้อง ได้แก่ อาชีพ (2 ราย) ที่อยู่ปัจจุบัน (1 ราย) ลักษณะสถานที่เกิดเหตุ (จุดเกิดเหตุ) (1 ราย) ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ (1 ราย) สาเหตุการบาดเจ็บ (1 ราย) การดูแลขณะนำส่งเกี่ยวกับการห้ามเลือด (2 ราย) การดูแลขณะนำส่งเกี่ยวกับ C spine collar (1 ราย) การดูแลขณะนำส่งเกี่ยวกับ Splint/slap (3 ราย) การดูแลขณะนำส่งเกี่ยวกับ IV fluid (1 ราย) PR (1 ราย) EMV (3 ราย) Hx. Consciousness (2 ราย) ลักษณะการบาดเจ็บ (2 ราย) การ Diagnosis 1-2 (1 ราย) สถานะขณะจำหน่าย (1 ราย) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (1 ราย) ชนิดการจำหน่าย (2 ราย)

3.2. การลงรหัส (code) จากใบ VIS จำนวน 89 ใบ พบว่า

- ตัวแปรที่ประเมินไม่ได้ เนื่องจากไม่มีลงรหัสใน VIS ได้แก่ ICD cause (6 ราย) การ Diagnosis (19 ราย), BR (19 ราย) และ AIS (19 ราย)

- ตัวแปรที่มีการลงรหัสไม่ถูกต้อง ได้แก่ การ Diagnosis (11 ราย)

3.3. การบันทึกลงคอมพิวเตอร์ จาก จำนวน 89 Record พบว่า

- ตัวแปรที่ไม่มีการบันทึกลงคอมพิวเตอร์ ได้แก่ การ Diagnosis (14 Record)

ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ความต้องการสนับสนุน จากการนิเทศงาน และการสอบถามจากผู้รับการนิเทศ

1. ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS) ของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการกรอกลงใน VIS การลงรหัสในใบ VIS การบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS) เรื่องการกรอกลงใน VIS การลงรหัสในใบ VIS การบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม VIS

ความต้องการสนับสนุน ข้อเสนอแนะ และแนวทางการแก้ไข

ควรมีการอบรมฟื้นฟูให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS)

2. การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS) ในโรงพยาบาล ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งพบปัญหาตั้งแต่

- การได้มาของข้อมูลพื้นฐานที่ไม่เป็นปัจจุบัน เช่น คำนำหน้าชื่อ เลข 13 หลัก วันเดือนปีเกิด ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

- การซักประวัติและการกรอกใบ VIS ไม่ครบถ้วน ถูกต้อง เกี่ยวกับ วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ ลักษณะสถานที่เกิดเหตุ สาเหตุการบาดเจ็บ ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ สัญญาณชีพ การรู้สึกตัว การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สถานะขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- การประเมินการมาโรงพยาบาล และการส่งต่อ มีความเข้าใจไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับ การมาโรงพยาบาลของผู้ประสบเหตุ การส่งต่อจากโรงพยาบาล พาหนะในการส่งต่อจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลขณะนำส่ง และการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บจากการส่งต่อ

- การวินิจฉัยโรค และการลงรหัสการวินิจฉัยโรคที่ไม่ครบถ้วนตามการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บแต่ละราย การให้รหัส BR AIS ที่ไม่ถูกต้อง

- การลงบันทึกเกี่ยวกับครอบครัวผู้เสียหาย มีการลงครอบครัวผู้เสียหายน้อยกว่าความเป็นจริง

- การสูญหายของข้อมูล กรณีที่มีการ ย้ายผู้ป่วยไปรักษาหลาย ward เช่น ย้ายจากตึก ศัลยกรรมชาย ไปตึกศัลยกรรมกระดูกทำให้ข้อมูลขาดหายไป

ความต้องการสนับสนุน ข้อเสนอแนะ และแนวทางการแก้ไข

จากปัญหาดังกล่าว พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายฝ่ายในโรงพยาบาล ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่เวชสถิติ พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์ผู้ทำการรักษา เจ้าหน้าที่จัดเวช เจ้าหน้าที่งานประกัน เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่งานยาเสพติด เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS) ในโรงพยาบาลให้ทุกฝ่ายได้รับทราบ เพื่อประสานความร่วมมือกันในส่วนที่เกี่ยวข้องระหว่างฝ่าย/กลุ่มงาน สำหรับภายในฝ่าย/กลุ่มงาน ควรมีการชี้แจงรายละเอียดของตัวแปรต่าง ๆ ให้บุคลากรในฝ่าย/กลุ่มงานมีความเข้าใจที่ตรงตามมาตรฐานเดียวกัน และควรมีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้กับฝ่าย/กลุ่มงานต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติ

ควรมีการตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อ เช่น

- กรณีมีการกรอกข้อมูลในใบ VIS ไม่ครบถ้วน ควรมีการตรวจสอบก่อนลงรหัส และบันทึกข้อมูล และถ้าข้อมูลไม่ครบถ้วนควรส่งใบ VIS กลับ ไม่ควรลงรหัส หรือ บันทึกข้อมูลโดยไม่มีการกรอกรายละเอียดในใบ VIS ควรส่งกลับให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนก่อน

ดำเนินการลงรหัส และบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เพื่อป้องกันการสูญหายของบางตัวแปร และการบันทึกข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

- กรณีไม่ทราบเลขบัตรประชาชน อาจขอความร่วมมือจากผู้ที่ได้รับผิดชอบในการตรวจสอบสิทธิ์ของงานประกันสุขภาพ หรืองานยาเสพติด (ซึ่งมี username password เฉพาะในการเข้าสู่ข้อมูล) เพราะจะเป็นข้อมูลสำคัญในการยืนยันบุคคลที่ชัดเจน

- การลงรหัส การวินิจฉัยโรค ควรมีการลงให้ครบถ้วนทุกการบาดเจ็บ เช่น ผู้บาดเจ็บโดนระเบิด มีบาดแผลสำคัญ ๆ หลายแห่ง ควรลง Diagnosis ให้ครบถ้วน โดยให้ดูใน OPD card และ chart กรณี Admitted ควบคู่ไปด้วย

- การลง BR, AIS ไม่ถูกต้อง ให้ศึกษาการลง BR AIS จากคู่มือ Condensed Chart

3. มีการกรอกข้อมูลไม่ถูกต้อง มีความเข้าใจผิดในการกรอกข้อมูล ความไม่เข้าใจในการ Key in ข้อมูลและข้อมูลบางส่วนขาดหายไป เช่น

- การมาโรงพยาบาล กับการส่งมาจากโรงพยาบาล ในส่วนของพาหนะ ทำให้เกิดความสับสนในการกรอกข้อมูล (ภาคผนวก ข)

- การดูแลขณะนำส่ง เรือง การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด C spine collar, Splint/slab IV fluid ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง

- ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ ไม่มีการระบุ หรือระบุไม่ชัดเจน

- สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บที่รายงานในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีการลงรหัสอื่นนอกเหนือจาก X60-Y36

- ความไม่เข้าใจในการ Key in ข้อมูลในตัวแปร COMA

ความต้องการสนับสนุน ข้อเสนอแนะ และแนวทางการแก้ไข

- ควรมีการชี้แจงให้ผู้มีหน้าที่ในการกรอกใบ VIS ทราบเกี่ยวกับรายละเอียดในส่วนของการกรอกการมาโรงพยาบาล และการส่งต่อผู้บาดเจ็บ ดังนี้

- การมาโรงพยาบาล มีรายละเอียดในการเติม/กรอกดังนี้

- 1. เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ

- 2. มาจากที่เกิดเหตุโดย

- ไม่ทราบ

- มาเอง

- หน่วย EMS นำส่ง

- อื่น ๆ ระบุ.....(เช่น ทหาร ตำรวจ มูลนิธิฯ พลเมืองดี ญาติ เป็นต้น)

- ส่งมาจากโรงพยาบาล (ให้ระบุชื่อโรงพยาบาล).....จังหวัด.....

พาหนะในการนำส่ง รถพยาบาล ไม่ใช่ ระบุ.....(เช่น ทหาร ตำรวจ มูลนิธิฯ พลเมืองดี ญาติ เป็นต้น)

มีผู้ดูแลขณะนำส่ง ระบุ.....(เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น) ไม่มี

- การดูแลขณะนำส่ง เรื่อง การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด C spine collar Splint/slab IV fluid ใส่หมาย (1-4) ในช่อง โดยมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลขณะนำส่งเรื่อง..... ที่เหมาะสมกับลักษณะการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บ

2 หมายถึง ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลขณะนำส่งเรื่อง.....ที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บ

3 หมายถึง ผู้บาดเจ็บได้รับการบาดเจ็บที่ไม่จำเป็นต้องมีการดูแลขณะนำส่งเรื่อง.....

4 หมายถึง ผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการดูแลขณะนำส่งเรื่อง.....ทั้ง ๆ ที่ลักษณะการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บจำเป็นต้องมีการดูแลขณะนำส่ง

- ควรมีการชี้แจงการกรอก การ code การ Key in ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้บาดเจ็บกระทำขณะเกิดเหตุ การกรอกข้อมูลให้กรอกลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ ให้กรอกรายละเอียดให้มากที่สุด เช่น ถูกยิงขณะเดินทางไปส่งลูกที่โรงเรียนก่อนไปทำงาน ถูกยิงขณะนอนหลับ หรือถูกระเบิดขณะกำลังลาดตระเวน โดย อ้างตามหลัก ICD-10 Activity Code ใช้สำหรับแบ่งลักษณะกิจกรรมของผู้ได้รับบาดเจ็บออกเป็น 7 กลุ่มดังนี้

0 While engaged in sports activity เกิดขณะเล่นกีฬา ออกกำลังกาย เช่น เล่นกอล์ฟ วิ่ง ซี่ม้า เล่นกรีฑาในโรงเรียน สกี ว่ายน้ำ โต้เขา

1 While engaged in leisure activity เกิดในช่วงทำกิจกรรมพักผ่อน เช่น งานอดิเรกต่าง ๆ ดูทีวี ภาพยนตร์ เดินรำ เทียวเทค ผับ งานเลี้ยงรื่นเริง หรือกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่าง ๆ ที่จัดโดยมูลนิธิ หรือกลุ่มบุคคล

2 While working for income เกิดขณะทำงานประจำ รวมเป็นถึงช่วงเวลาเดินทางไปทำงานและกลับบ้าน เป็นงานที่ทำแล้วได้ค่าตอบแทน

3 While engaged in other type of work เกิดขณะทำงานอื่น ๆ รวมไปถึงงานบ้าน เช่น เลี้ยงเด็ก ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร ทำสวน ตกแต่งบ้าน หรือขณะเรียนหนังสือ (การทำงานในหมวดนี้มักจะไม่ได้เงินค่าตอบแทน)

4 While resting, sleeping, eating, or engaging in other vital activities เกิดขณะพักผ่อนนอนหลับ รับประทานอาหาร หรือกิจกรรมส่วนตัวอื่น ๆ เช่น อาบน้ำ สระผม

8 While engaged in other specified activities เกิดขณะทำกิจกรรมอื่น ๆ นอกเหนือจากข้อด้านบน

9 During unspecified activity ไม่ทราบกิจกรรมขณะเกิดเหตุการณ์

- ควรมีการชี้แจงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกรอกสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ หมายถึง สภาพแวดล้อม และสาเหตุภายนอกต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและการตายของผู้ที่มารับบริการทุกราย จากการบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอกแบบตั้งใจ (Intentional injury) (X60-Y36) ได้แก่
 - ทำร้ายตัวเอง (Intentional self-harm) (X60-X84)
 - ถูกทำร้าย (Assault) (X85-Y09)
 - การบาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา (Event of undetermined intent) (Y10-Y34)
 - ปฏิบัติการหรือการแทรกแซงทางกฎหมายและการทำสงคราม (Legal intervention and operations of war) (Y35-Y36)

โดยวิธีบันทึก ให้กรอกสาเหตุภายนอกตามหลัก ICD-10 ในหมวด X60-Y36

ถ้าไม่ทราบ ICD-10 ให้กรอกรายละเอียดของสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ เช่น ถูกยิง ถูกสะเก็ดระเบิด

- การ Key in ตัวแปร COMA ให้รวมตัวเลขในช่อง E + M + V ซึ่งค่าสูงสุดไม่เกิน 15

4. บางโรงพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับใบ VIS และ โปรแกรม VIS ที่บันทึกไม่เหมือนกัน
ความต้องการสนับสนุน ข้อเสนอแนะ และแนวทางการแก้ไข

ปัญหานี้เกิดจากการ download โปรแกรมไม่ถูกต้อง เนื่องจากโปรแกรมที่ให้ download มี 2 version ได้แก่ (ภาคผนวก ค)

1. version สำหรับโรงพยาบาลที่ใช้ VIS ระบบเดียว version นี้ใช้สำหรับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่ได้ดำเนินการในเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (I.S) ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีการใช้โปรแกรม I.S. แต่การบันทึกข้อมูล I.S และ VIS แยกกันชัดเจนให้ใช้ version นี้

2. version สำหรับโรงพยาบาลที่ใช้ 2 ระบบทั้ง IS และ VIS version นี้ใช้สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (I.S) ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการ บันทึกข้อมูล

4.5 ประเด็นสอบถามอื่น ๆ

- ในโปรแกรม VIS บางอำเภอมีหมู่บ้าน ตำบลไม่ครบให้ทำอย่างไร

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข

ในโปรแกรม VIS ใช้ข้อมูลชื่อและรหัสสถานที่มาตรฐานของกระทรวงมหาดไทย โดยสามารถค้นหาได้จากโปรแกรมค้นหาข้อมูลข้อมูลบุคคล VCFinder (download ได้จาก Website VIS) ซึ่งเป็นข้อมูลชื่อและรหัสสถานที่ของกระทรวงมหาดไทยจาก Website ศูนย์ข้อมูลจังหวัด

- บางโรงพยาบาลมีแบบฟอร์ม IS ซึ่งจะมีข้อมูล VIS ส่วนอื่นครบถ้วน ขาดเฉพาะข้อมูลในส่วนผู้ที่ได้รับผลกระทบ จะขอใช้แบบฟอร์มที่มีอยู่โดยไม่ต้องกรอกในใบ VIS ได้หรือไม่

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข

ถ้าแบบฟอร์มที่ใช้ยังมีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับ VIS ครบถ้วน (ปกติฟอร์ม IS มีข้อมูล VIS ไม่ครบ) และไม่มีปัญหาสำหรับผู้กรอก Code Key in สามารถใช้แบบฟอร์มที่มีอยู่ได้ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน แต่ให้มีการเพิ่มเติมข้อมูล VIS ในส่วนที่ขาดให้ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลในส่วนผู้ที่ได้รับผลกระทบ ฯลฯ เช่น ตัวอย่างของรพศ. หาดใหญ่

- การกรอกสถานที่เกิดเหตุ บางครั้งเป็นร้านค้า สถานบันเทิง ไม่ทราบบ้านเลขที่ สามารถกรอกชื่อร้านค้า ชื่อสถานบันเทิงได้หรือไม่

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข

สามารถลงชื่อร้านค้าได้ กรณีไม่ทราบบ้านเลขที่ แต่ขอเน้นว่าข้อมูลที่มีความจำเป็นของสถานที่เกิดเหตุ ได้แก่ ข้อมูลหมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

- การส่ง file ข้อมูล VIS ให้ส่ง file ไหน

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข

ให้ส่งทั้ง 2 file คือ VIS.DBF (ข้อมูลรวมทั้งหมดที่ผ่านมา) และ VIStemp.DBF (ข้อมูลเฉพาะที่ตั้งเงื่อนไขให้ส่งออก) โดยเลือกเงื่อนไขการส่งออก (Export) file เป็นผู้บาดเจ็บที่มา/อยู่ในรพ.ในเดือนนั้น ๆ (ที่มาตรวจ/Admit เมื่อใดก็ตาม แต่มา Discharge ในเดือนนี้ หรือยังไม่ Discharge)

- การที่ทีมนิเทศระดับจังหวัดได้ดำเนินการนิเทศในจังหวัดของตนเอง พบว่า ในการนิเทศเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลจากการสุ่มตัวอย่างใบ VIS ตามที่กำหนดในคู่มือการนิเทศงาน 4 ราย คือ

1. ผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 ราย
2. ผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เสียชีวิตที่ E.R. หรือ DBA. (dead before arrival) 1 ราย
3. ผู้บาดเจ็บจากถูกทำร้ายหรือทำร้ายตนเองและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 ราย
4. ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 ราย

ผลปรากฏว่าบางโรงพยาบาลชุมชน ทำการสุ่มตัวอย่างใบ VIS ไม่ได้ตามข้อตกลงนี้ควรทำอย่างไร

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข

ทางทีมผู้นิเทศระดับเขต ได้ปรับเกณฑ์การสุ่มตัวอย่างใบ VIS ของโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

1. ผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น 1 ราย
2. ผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เสียชีวิตที่ E.R. หรือ DBA. (dead before arrival) 1 ราย
3. ผู้บาดเจ็บจากถูกทำร้ายหรือทำร้ายตนเองและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อไป

สถานพยาบาลอื่น

1 ราย

4. ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่ไม่ทราบเจตนา และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อไป

สถานพยาบาลอื่น

1 ราย

และจะดำเนินการปรับในคู่มือการนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัด
ชายแดนภาคใต้ ต่อไป

ภาคผนวก ก
รายนามผู้นิเทศ

**รายนามผู้นิเทศติดตามระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ
จากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้**

นิเทศนำร่อง

1. นางสาววรรณิ มีขวด พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. นางฉะอ้อน กองสุข เจ้าหน้าที่เวชสถิติ 6 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
3. นางสาวนันทพร กลิ่นจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

สงขลา

นิเทศ Mini

1. นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย อาจารย์ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์
2. รท.นพ.วารินทร์ ปงกันคำ ร.น. นายแพทย์ 5 กรมแพทย์ทหารเรือ กองทัพเรือ
3. นางกาญจณีย์ ดำนาคแก้ว นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักระบาดวิทยา

กระทรวงสาธารณสุข

4. นางสาวจันทร์ฉาย ลิ้มสกุล นักวิชาการสาธารณสุข 7 ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้
5. นางสาวนันทพร กลิ่นจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

สงขลา

วันที่ 21-23 ตุลาคม 2550

1. นางสาววรรณิ มีขวด พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. นางฉะอ้อน กองสุข เจ้าหน้าที่เวชสถิติ 6 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
3. นางดุขฎิ งามสูตร พยาบาลวิชาชีพ 8 โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่
4. นางชนิษฐา สวนแสน นักวิชาการสาธารณสุข 7 โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่
5. นางสาวจันทร์ฉาย ลิ้มสกุล นักวิชาการสาธารณสุข 7 ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้
6. นางนลินี ช่วยดำรงค์ นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา
7. นางแจ่มจันทร์ กิมาคม นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

สงขลา

8. นางสาวเอมอร ไชยมงคล นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

สงขลา

9. นางสาวนันทพร กลิ่นจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

สงขลา

วันที่ 24 ตุลาคม 2550

1. นางสาววรรณิ มีขวด พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. นางฉะอ้อน กองสุข เจ้าหน้าที่เวชสถิติ 6 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

3. นางสาวจันทร์ฉาย ลิ้มสกุล นักวิชาการสาธารณสุข 7 ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัด
ชายแดนภาคใต้

4. นางสาวเอมอร ไชยมงคล นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

สงขลา

5. นางสาวนันทพร กลิ่นจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

สงขลา

ภาคผนวก ข
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดน
ภาคใต้

ภาคผนวก ค

Website : <http://medipe.psu.ac.th/vis/>

โครงการพัฒนาระบบและจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

(Violence-related Injury Surveillance - VIS)

ประกาศ

- *ใหม่ download รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เดือน [ส.ค.](#) และ [6 เดือน](#) [ที่นี่](#)
- *ใหม่ โปรแกรมค้นหาข้อมูลข้อมูลบุคคล UCFinder version 1.1 [.zip](#)
- โปรแกรมค้นหาข้อมูลรหัสพื้นที่ VCFinder version 1.0 [.zip](#), คู่มือ [.pdf](#)
- ผู้ประสานงานระดับจังหวัดและเขตภูมิตตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขข้อมูลด้วย โปรแกรมการจัดการข้อมูล VIS_DB version 1.10 [.Zip](#)
- (28 ก.ย.) คู่กับข้อมูล UC ใหม่ (update ถึง 30 ก.ย.) ก่อนส่ง file ข้อมูลทาง email ถึงระดับเขตและประเทศ [ภายในวันที่ 12 ต.ค.](#)
- การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล VIS 16-17 ต.ค. ที่มอ. ผู้ประสานงานภูมิตำแบบบันทึกข้อมูลเดือน ก.ย. มาด้วย

Download

โครงการ

- โครงการฯ [.pdf](#), [slide \(.ppt\)](#)
- คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน และผู้ประสานงาน [.pdf](#)
- การไหลเวียนข้อมูล [.pdf](#)
- การประเมินระบบเฝ้าระวังฯ [.pdf](#)

การบันทึกข้อมูล

- แบบบันทึกข้อมูล [.pdf](#), แบบแสดงตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลง [.pdf](#) ใช้บันทึกข้อมูลตั้งแต่ 1 พ.ค. เป็นต้นไป
- คู่มือการบันทึกข้อมูล [.pdf](#)
- โปรแกรมการป้อนข้อมูล VIS version 1.4 (1 พ.ค. 2550) ใช้ป้อนข้อมูลตั้งแต่ 1 พ.ค. เป็นต้นไป
 - version สำหรับโรงพยาบาลที่ใช้ VIS ระบบเดียว [.zip](#)
 - version สำหรับโรงพยาบาลที่ใช้ 2 ระบบทั้ง IS และ VIS [.zip](#)
- คู่มือการติดตั้งโปรแกรมการป้อนข้อมูล VIS [.pdf](#)

การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

- *ใหม่ โปรแกรมค้นหาข้อมูลข้อมูลบุคคล UCFinder version 1.1 [.zip](#)
- โปรแกรมค้นหาข้อมูลรหัสพื้นที่ VCFinder version 1.0 [.zip](#), คู่มือ [.pdf](#)
- โปรแกรมการจัดการข้อมูลด้วย MS Access VIS_BE [.zip](#), VIS_DB version 1.9 [.Zip](#) (10 ก.ย.), VIS_DB version 1.10 [.Zip](#) (28 ก.ย.)
- คู่มือการใช้โปรแกรม VIS_DB version 1.5-1.6 [.dbf](#), version 1.7 [.dbf](#)

ภาคผนวก ง
สรุปการนิเทศงานนำร่อง Mini

การนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
วันที่ 20 มีนาคม 2550

วิธีการนิเทศ เป็นการนิเทศ (นาร่อง) เดือนกุมภาพันธ์ 2550

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ นักวิชาการ พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ที่รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของโรงพยาบาลหาดใหญ่

ผลการนิเทศงาน

จากข้อมูลใบ Print out VIS เดือนกุมภาพันธ์ 2550 พบปัญหาในการกรอกใบ VIS ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า

1.1 อาชีพ ระบุว่ารับจ้าง ซึ่ง Code ไม่มีอาชีพรับจ้างทำให้ไม่สามารถระบุอาชีพได้ในการ key ข้อมูลกรณีเป็นข้าราชการไม่มีการระบุว่ารับจ้างอะไร : ซึ่งคำจำกัดความของตัวแปรจากคู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS Form) เกี่ยวกับอาชีพ หมายถึง อาชีพของผู้บาดเจ็บและมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่

1. ข้าราชการกระทรวงมหาดไทย เช่น นายอำเภอ ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่ที่ว่าการอำเภอ
2. ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการ เช่น ครู อาจารย์
3. ข้าราชการสาธารณสุข เช่น แพทย์ ทัดแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. ข้าราชการพลเรือนอื่นๆ นอกเหนือจากข้างต้น
5. ตำรวจ
6. ทหารบก ทหารเรือ ทหารอากาศ
7. อาสาสมัคร (อส.)
8. กำนัน
9. ผู้ใหญ่บ้าน
10. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบต.), เจ้าหน้าที่เทศบาล
11. นักการเมืองท้องถิ่น สส., สว., สจ. หรือ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

(อบจ.)

12. พนักงานรัฐวิสาหกิจ ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์
13. พนักงานบริษัท พนักงานที่สังกัดบริษัทต่างๆ
14. กรรมกรผู้ใช้แรงงาน ที่ไม่ต้องใช้ฝีมือหรือทักษะพิเศษ ในการทำงานหรือแลกเปลี่ยนเป็นค่าจ้าง เช่น กรรมกรก่อสร้างแบกหาม รับจ้างตัดอ้อย คนเดินโต๊ะ คนรับใช้ในบ้าน
15. ค้าขาย ผู้ประกอบกิจการค้าขายสินค้าต่าง ๆ โดยเป็นเจ้าของกิจการเองหรือเป็นหุ้นส่วนในกิจการค้าขายนักธุรกิจ

16. เกษตรกรรม ได้แก่ ผู้มีอาชีพหลักในการกสิกรรม เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ โดยที่ตนเองเป็นเจ้าของหรือเป็นหุ้นส่วนหรือผู้เช่า

17. นักเรียน/นักศึกษา คือ ผู้ที่ยังศึกษาอยู่ในโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย

18. นักบวช พระ ภิกษุ ซี (พุทธศาสนา)

19. ผู้นำศาสนาอิสลาม

20. ทนายความ

21. ศิลปิน นักแสดง

22. ประมงและการเดินเรือ

23. พนักงานขับรถอิสระต่างๆ เช่น ขับรถสามล้อเครื่อง ถีบ รถสามล้อ ขับรถ

มอเตอร์ไซค์รับจ้าง ฯลฯ

24. ช่างฝีมืออิสระ ที่มีความชำนาญพิเศษในอาชีพของตน เช่น ช่างปูน ช่างทาสี

ช่างไม้

25. แม่บ้าน (อยู่บ้านดูแลลูก/ไม่ได้รับค่าตอบแทน)

26. นักโทษ

27. อาชีพอื่น นอกเหนือจากที่กำหนดข้างต้น

28. ไม่มีอาชีพ

29. ไม่ทราบ

1.2 สิทธิการรักษา พบว่า ข้อมูลบางรายไม่ระบุสิทธิการรักษา

1.3 เลข 13 หลัก (Personal Identification Number) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ระบุเลข 13 หลักตามบัตรประจำตัวประชาชน ควรเน้นให้ผู้ปฏิบัติได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการระบุรายละเอียดของกรอกสิทธิการรักษา และเลข 13 หลักตามรายละเอียดในคู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS Form) ดังนี้

สิทธิการรักษา หมายถึง ประเภทสิทธิรักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ประโยชน์ 1. เพื่อให้ทราบประวัติวิทยาเชิงพรรณนาของการบาดเจ็บ ว่ามีการกระจายตามบุคคลแต่ละสิทธิการรักษาเป็นอย่างไร

2. เพื่อทราบความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่แตกต่างกันตามสิทธิการรักษา

3. ทราบสถิติประเภทสิทธิรักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บ สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล

เลข 13 หลัก (Personal Identification Number) หมายถึง เลขหมายประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้บาดเจ็บ :ซึ่งสามารถดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยการเขียนโปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลเพิ่มเติม

ประโยชน์ . เพื่อใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานต่างๆ (data linkage)

2. การบาดเจ็บ เกี่ยวกับ สาเหตุการบาดเจ็บ ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ และ สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ ส่วนใหญ่จะกรอกไม่ครบถ้วน และไม่ละเอียด ทำให้ข้อมูลส่วนนี้ขาดไป ซึ่งจะมีผลต่อการ code และการ key ข้อมูล ส่งผลต่อการวิเคราะห์สาเหตุ กิจกรรมในการเกิดเหตุ และการวางแผนในการดำเนินงาน คลาดเคลื่อนได้ ควรย้าให้ผู้รับผิดชอบในการกรอกใบ VIS มีการลงรายละเอียดการบาดเจ็บ โดยศึกษา รายละเอียดจากคู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดน ภาคใต้ (VIS Form)

3. การมาโรงพยาบาล การดูแลขณะนำส่ง เกี่ยวกับ การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด C spine collar Splint/slab IV fluid เน้นเรื่องการประเมินการดูแลขณะนำส่งโดยให้ยึดผู้บาดเจ็บเป็นหลัก โดยประเมินจาก ลักษณะการบาดเจ็บว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลอะไร และเหมาะสมหรือไม่

4. Vital Signs แรกรับ รวมทั้ง Hx.Conciousness และ EVM มีใบ VIS บางใบที่ไม่มีการกรอกในส่วนนี้ ซึ่งมี ประโยชน์ในการใช้ประเมินความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ เมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน และเพื่อใช้ในการคำนวณหา โอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival) ของผู้บาดเจ็บเมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน

5. Diagnosis ควรลงรายละเอียดของทุก Diagnosis เพื่อทราบหมวดอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บเพื่อศึกษาความ สัมพันธ์กับประเภทของอุบัติเหตุ เพื่อทราบความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละราย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการ คำนวณหาโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival) ของ ผู้บาดเจ็บในแต่ละราย และ เพื่อใช้ในการ ประเมินผลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล (outcome evaluation)

6. ครอบครัวผู้เสียหาย ส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ ซึ่งเป็นส่วนที่มีประโยชน์ เพื่อทราบจำนวนสมาชิกใน ครอบครัว และผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาและช่วยเหลือเยียวยา ครอบครัวผู้บาดเจ็บ

สรุป การดำเนินงานมีความสับสนในการกรอกข้อมูลในใบ IS และใบ VIS ที่มีตัวแปรบางตัวแตกต่างกัน เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลในเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (IS) ทำให้มี การดำเนินงานทั้งสองระบบ คือ IS และ VIS และโปรแกรมในการ Key in VIS กำลังอยู่ในระยะปรับปรุง เพื่อให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการดำเนินงาน 2 ระบบ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และไม่เพิ่ม ภาระเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

นิเทศโดย

นางสาวนันทพร กลิ่นจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

นางสาววรรณิ มีชวด พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

นางฉะอ้อน กองสุข นักสถิติ 6 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

การนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ครั้งที่ 1
วันที่ 13 มีนาคม 2550

วิธีการนิเทศ เป็นการนิเทศ (Mini) เดือนมกราคม 2550 โดยวิธีนำปัญหามาชี้แจงในที่ประชุม
กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดน
ภาคใต้ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่ดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความ
รุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผลการนิเทศงาน

จากข้อมูลใบ VIS เดือนมกราคม 2550 จากโรงพยาบาลเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ
จากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 47 แห่ง พบปัญหาในการกรอกใบ VIS ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า

1.1 อาชีพ ระบุว่างรับจ้าง ซึ่ง Code ไม่มีอาชีพรับจ้างทำให้ไม่สามารถระบุอาชีพได้ในการ key
ข้อมูล กรณีเป็นข้าราชการไม่มีการระบุว่าเป็นข้าราชการอะไร :ซึ่งคำจำกัดความของตัวแปรจากคู่มือ
การใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS
Form) เกี่ยวกับ อาชีพ หมายถึง อาชีพของผู้บาดเจ็บและมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่

1. ข้าราชการกระทรวงมหาดไทย เช่น นายอำเภอ ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่ที่ว่าการ

อำเภอ

2. ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการ เช่น ครู อาจารย์

3. ข้าราชการสาธารณสุข เช่น แพทย์ ทดแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่

สาธารณสุข

4. ข้าราชการพลเรือนอื่น ๆ นอกเหนือจากข้างต้น

5. ตำรวจ

6. ทหารบก ทหารเรือ ทหารอากาศ

7. อาสาสมัคร (อส.)

8. กำนัน

9. ผู้ใหญ่บ้าน

10. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบต.), เจ้าหน้าที่เทศบาล

11. นักการเมืองท้องถิ่น สส., สว., สจ. หรือ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

(อบจ.)

12. พนักงานรัฐวิสาหกิจ ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์

13. พนักงานบริษัท พนักงานที่สังกัดบริษัทต่าง ๆ

14. กรรมกรผู้ใช้แรงงาน ที่ไม่ต้องใช้ฝีมือหรือทักษะพิเศษ ในการทำงานหรือ แลกเปลี่ยนเป็นค่าจ้าง เช่น กรรมกรก่อสร้างแบกหาม รับจ้างตัดอ้อย คนเดินโต๊ะ คนรับใช้ในบ้าน
15. ค้าขาย ผู้ประกอบกิจการค้าขายสินค้าต่าง ๆ โดยเป็นเจ้าของกิจการเองหรือเป็น หุ้นส่วนในกิจการค้าขายนักธุรกิจ
16. เกษตรกรรม ได้แก่ ผู้มีอาชีพหลักในการกสิกรรม เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยง สัตว์ โดยที่ตนเองเป็นเจ้าของหรือเป็นหุ้นส่วนหรือผู้เช่า
17. นักเรียน/นักศึกษา คือ ผู้ที่ยังศึกษาอยู่ในโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย
18. นักบวช พระ ภิกษุ ซี (พุทธศาสนา)
19. ผู้นำศาสนาอิสลาม
20. ทนายความ
21. ศิลปิน นักแสดง
22. ประมงและการเดินเรือ
23. พนักงานขับรถอิสระต่าง ๆ เช่น ขับรถสามล้อเครื่อง ถีบ รถสามล้อ ขับรถ มอเตอร์ไซด์รับจ้าง ฯลฯ
24. ช่างฝีมืออิสระ ที่มีความชำนาญพิเศษในอาชีพของตน เช่น ช่างปูน ช่างทาสี ช่างไม้
25. แม่บ้าน (อยู่บ้านดูแลลูก/ไม่ได้รับค่าตอบแทน)
26. นักโทษ
27. อาชีพอื่น นอกเหนือจากที่กำหนดข้างต้น
28. ไม่มีอาชีพ
29. ไม่ทราบ

1.2 สิทธิการรักษา พบว่า ไม่มีการระบุสิทธิการรักษา

1.3 เลข 13 หลัก (Personal Identification Number) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ระบุเลข 13 หลักตาม บัตรประจำตัวประชาชน

ควรเน้นให้ผู้ปฏิบัติได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการระบุรายละเอียดของกรอกสิทธิการรักษา และเลข 13 หลักตามรายละเอียดในคู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความ รุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS Form) ดังนี้

สิทธิการรักษา หมายถึง ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาล

ประโยชน์ 1. เพื่อให้ทราบระดับวิทยาเชิงพรรณนาของการบาดเจ็บ ว่ามีการกระจายตามบุคคลแต่ละสิทธิการรักษาเป็นอย่างไร

2. เพื่อทราบความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่แตกต่างกันตามสิทธิการรักษา

3. ทราบสถิติประเภทสิทธิรักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บ สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล

เลข 13 หลัก (Personal Identification Number) หมายถึง เลขหมายประจำตัวประชาชน

13 หลักของผู้บาดเจ็บ :ซึ่งสามารถดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยการเขียนโปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลเพิ่มเติม

ประโยชน์ . เพื่อใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานต่าง ๆ (data linkage)

2. การบาดเจ็บ

2.1 สาเหตุการบาดเจ็บ

2.2 ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ

2.3 สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ

ส่วนใหญ่จะกรอกไม่ครบถ้วน และไม่ละเอียด ทำให้ข้อมูลส่วนนี้ขาดไป ซึ่งจะมีผลต่อการ code และการ key ข้อมูล ส่งผลต่อการวิเคราะห์สาเหตุ กิจกรรมในการเกิดเหตุ และการวางแผนในการดำเนินงานคลาดเคลื่อนได้ ควรย้าให้ผู้รับผิดชอบในการกรอกใบ VIS มีการลงรายละเอียดการบาดเจ็บ โดยศึกษารายละเอียดจากคู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS Form)

3. การมาโรงพยาบาล

3.1 การดูแลขณะนำส่ง เกี่ยวกับ การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด C spine collar Splint/slab IV fluid ส่วนใหญ่จะไม่มีกรอก ซึ่งจะทำให้การประเมินคุณภาพการนำส่งผิดพลาดได้

4. Vital Signs แรกรับ รวมทั้ง Hx.Conciousness และ EVM มีใบ VIS บางใบที่ไม่มีกรอกในส่วนนี้ ซึ่งมีประโยชน์ในการใช้ประเมินความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ เมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน และเพื่อใช้ในการคำนวณหาโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival) ของผู้บาดเจ็บเมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน

5. Diagnosis ควรลงรายละเอียดของทุก Diagnosis เพื่อทราบหมวดอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บเพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับประเภทของอุบัติเหตุ เพื่อทราบความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละราย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการคำนวณหาโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival) ของ ผู้บาดเจ็บในแต่ละราย และเพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล (outcome evaluation)

6. ครอบครัวผู้เสียหาย ส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ ซึ่งเป็นส่วนที่มีประโยชน์เพื่อทราบจำนวนสมาชิกในครอบครัว และผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาและช่วยเหลือเยียวยาครอบครัวผู้บาดเจ็บ

สรุป ส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการกรอกข้อมูลในใบ VIS ทำให้ขาดความสำเร็จของข้อมูล ส่งผลถึงการ Key in และผลลัพธ์ของข้อมูล

โดย

คณะทำงานการนิเทศติดตามและประเมินระบบเฝ้าระวังและคุณภาพข้อมูลระดับเขต

**สรุปการนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
ครั้งที่ 2 วันที่ 18-19 เมษายน 2550**

วิธีการนิเทศ เป็นการนิเทศ (Mini) เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2550 โดยวิธีนำปัญหามาชี้แจงในที่ประชุม

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่ดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผลการนิเทศงาน

จากข้อมูลใบ VIS เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2550 จากโรงพยาบาลเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 47 แห่ง พบปัญหาในการกรอกใบ VIS และการ Print out ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า

1.1. อาชีพ ระบุว่ารับจ้าง ซึ่ง Code ไม่มีอาชีพรับจ้างทำให้ไม่สามารถระบุอาชีพได้ในการ key ข้อมูล กรณีเป็นข้าราชการไม่มีการระบุว่า เป็นข้าราชการอะไร : ซึ่งคำจำกัดความของตัวแปรจากคู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS Form)

1.2. สิทธิการรักษา พบว่า บางรายไม่มีการระบุสิทธิการรักษา

1.3. เลข 13 หลัก (Personal Identification Number) พบว่า บางรายไม่ระบุเลข 13 หลักตามบัตรประจำตัวประชาชน ในกรณีไม่สามารถหาเลข 13 หลักได้ให้เขียนชื่อ นามสกุลของผู้บาดเจ็บให้ถูกต้อง

ควรเน้นให้ผู้ปฏิบัติได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการระบุรายละเอียดของกรอกสิทธิการรักษา และเลข 13 หลักตามรายละเอียดในคู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS Form) ดังนี้

สิทธิการรักษา หมายถึง ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บ (สิทธิเฉพาะตัวของผู้รับบริการ) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ประโยชน์ 1. เพื่อให้ทราบระดับความเสียหายของการบาดเจ็บ ว่ามีการกระจายตามบุคคลแต่ละสิทธิการรักษาเป็นอย่างไร

2. เพื่อทราบความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่แตกต่างกันตามสิทธิการรักษา

3. ทราบสถิติประเภทสิทธิรักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บ สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล

ประโยชน์ . เพื่อใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานต่างๆ (data linkage)

2. การบาดเจ็บ

2.1 สาเหตุการบาดเจ็บ

2.2 ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ

2.3 สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ

ส่วนใหญ่จะกรอกไม่ครบถ้วน และไม่ละเอียด ทำให้ข้อมูลส่วนนี้ขาดไป ซึ่งจะมีผลต่อการ code และการ key ข้อมูล ส่งผลต่อการวิเคราะห์สาเหตุ กิจกรรมในการเกิดเหตุ และการวางแผนในการดำเนินงานคลาดเคลื่อนได้ ควรย้ำให้ผู้รับผิดชอบในการกรอกใบ VIS มีการลงรายละเอียดการบาดเจ็บ โดยศึกษารายละเอียดจากคู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS Form) และสาเหตุภายนอกให้ระบุเฉพาะ X60-Y36 เท่านั้น

3. การมาโรงพยาบาล

การดูแลขณะนำส่ง เกี่ยวกับการดูแลการหายใจ การห้ามเลือด C spine collar Splint/slab IV fluid ส่วนใหญ่จะไม่มีการกรอก ซึ่งการประเมินการดูแลขณะนำส่งให้ยึดผู้บาดเจ็บเป็นหลัก โดยประเมินจากลักษณะการบาดเจ็บว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลอะไร และเหมาะสมหรือไม่ ไม่ใช่ประเมินความสามารถของผู้นำส่ง ซึ่งจากเหตุการณ์ที่ผ่านมาผู้นำส่งหลากหลาย เช่น ทหาร ตำรวจ อาสาสมัคร ญาติ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้การประเมินคุณภาพการนำส่งผิดพลาดได้

4. Vital Signs แรกรับ รวมทั้ง Hx.Conciousness และ E V M บางรายไม่มีการกรอกในส่วนนี้ ซึ่งมีประโยชน์ในการใช้ประเมินความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ เมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน และเพื่อใช้ในการคำนวณหาโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival) ของผู้บาดเจ็บเมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน

5. Diagnosis ควรลงรายละเอียดทุก Diagnosis เพื่อทราบหมวดอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บเพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับประเภทของอุบัติเหตุ เพื่อทราบความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละราย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการคำนวณหาโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival) ของ ผู้บาดเจ็บในแต่ละราย และ เพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล (outcome evaluation)

6. ครอบครัวผู้เสียหาย ส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ และถ้ามีก็จะไม่ทราบความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นส่วนที่มีประโยชน์ เพื่อทราบจำนวนมาชิกในครอบครัว และผลกระทบที่เกิดขึ้น และเพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาและช่วยเหลือเยียวยาครอบครัวผู้บาดเจ็บ

สรุป ส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการกรอกข้อมูลในใบ VIS ทำให้ขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล ส่งผลถึงการ Key in และผลลัพธ์ของข้อมูล และทางทีมผู้รับผิดชอบในการพัฒนาระบบจะดำเนินการปรับแบบฟอร์ม VIS ในจุดที่อาจทำให้เกิดความไม่ชัดเจนหรือความสับสน ดังนี้

1. เพิ่มตัวแปรข้อมูลของสถานภาพ (โสด คู่ ม่าย หย่า แยก) ในแบบฟอร์ม
2. ปรับแบบฟอร์ม จาก E M V เป็น E V M ให้เป็นไปตามการบันทึกของแพทย์และพยาบาล

3. ในส่วนข้อมูลครอบครัวผู้เสียหาย ได้เพิ่มการกรอกข้อมูลเกี่ยวกับการระบุความสัมพันธ์กับ
ผู้บาดเจ็บ

4. การ key in ข้อมูลสาเหตุภายนอกตาม ICD-10 (X60 – Y36) ได้กำหนดรหัสให้เลือกเพื่อ
ป้องกันการลงรหัสผิดพลาด

โดย

คณะกรรมการนิเทศติดตามและประเมินระบบเฝ้าระวังและคุณภาพข้อมูลระดับเขต

สรุปการนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ครั้งที่ 3 วันที่ 14-15 พฤษภาคม 2550

วิธีการนิเทศ เป็นการนิเทศ (Mini) เดือนเมษายน 2550 โดยวิธีนำปัญหาที่ประชุม
กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดน
ภาคใต้ เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจังหวัด จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่ดำเนินงานระบบเฝ้า
ระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผลการนิเทศงาน

จากข้อมูล VIS เดือนเมษายน 2550 จากโรงพยาบาลเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจาก
ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 47 แห่ง พบปัญหาจากการ Key in ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า

1.1 ชื่อ-นามสกุล มีการสะกดไม่ถูกต้อง และไม่มีเลข 13 หลัก ทำให้มีความยากลำบากในการ
ค้นหาเลข 13 หลัก ดังนั้นจึงควรใส่ชื่อ-นามสกุลให้ถูกต้อง ตรงตามบัตรประชาชน (กรณีที่สามารถ
ค้นหาบัตรประชาชนได้)

1.2 เลข 13 หลัก (Personal Identification Number) พบว่า บางรายไม่ระบุเลข 13 หลักตาม
บัตรประจำตัวประชาชน ในกรณีไม่สามารถหาเลข 13 หลักได้ให้เขียนชื่อ นามสกุลของผู้บาดเจ็บให้
ถูกต้อง กรณีที่ไม่สามารถหาเลข 13 หลักได้ ไม่ต้องกรอกเลขอะไรลงไป และ ไม่ต้อง Key in เลขลงใน
โปรแกรมให้เว้นว่างข้อมูลส่วนนั้น

1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน ลงไม่ควรถ้วน และบางรายไม่ใช่ที่อยู่ปัจจุบัน ซึ่งที่อยู่ปัจจุบัน หมายถึง ที่อยู่
หรือที่พักอาศัยของผู้บาดเจ็บตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

2. การบาดเจ็บ

2.1 สาเหตุการบาดเจ็บ

2.2 ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ

2.3 สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ กรณีที่ผู้บาดเจ็บประสบหลายเหตุการณ์ในคราวเดียวกัน
เช่น ถูกยิงแล้วขับรถมอเตอร์ไซด์หนีตกลงไปในคลองและจมน้ำเสียชีวิต กรณีนี้สาเหตุภายนอกของ
การบาดเจ็บ คือ จากการถูกยิง (ระบบเฝ้าระวัง VIS จะใช้สาเหตุแรกที่เป็นสาเหตุในครั้งนั้นเป็น
สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ)

นอกจากนี้ส่วนใหญ่จะกรอกไม่ครบถ้วน และไม่ละเอียด ทำให้ข้อมูลส่วนนี้ขาดไป ซึ่งจะมีผล
ต่อการ code และการ key ข้อมูล ส่งผลต่อการวิเคราะห์สาเหตุ กิจกรรมในการเกิดเหตุ และการ
วางแผนในการดำเนินงานคลาดเคลื่อนได้ ควรย้ำให้ผู้รับผิดชอบในการกรอกใบ VIS มีการลง

รายละเอียดการบาดเจ็บ โดยศึกษารายละเอียดจากคู่มือการใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS Form)

3. การมาโรงพยาบาล

กรณี รับ Refer ให้ระบุว่ามาจากโรงพยาบาลอะไร จังหวัดอะไร

4. การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กรณีที่ส่งต่อให้ระบุรายละเอียดชนิดของการจำหน่ายว่าส่งต่อที่ไหน

การกรอกข้อมูล และ Key in ข้อมูลจากข้อ 3 และ 4 อย่างสมบูรณ์ เมื่อมีการนำข้อมูลจากแต่ละโรงพยาบาลมาเชื่อมต่อข้อมูลกันจะทำให้ได้รายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับบุคคลนั้นอย่างครบถ้วน

5. Diagnosis ควรลงรายละเอียดทุก Diagnosis เพื่อทราบหมวดอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บเพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับประเภทของอุบัติเหตุ เพื่อทราบความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละราย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการคำนวณหาโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival) ของ ผู้บาดเจ็บในแต่ละราย และเพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล (outcome evaluation)

6. ครอบครัวยุติเหตุนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ และถ้ามีก็จะไม่ทราบความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นส่วนที่มีประโยชน์ เพื่อทราบจำนวนสมาชิกในครอบครัว และผลกระทบที่เกิดขึ้น และเพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาและช่วยเหลือเยียวยาครอบครัวผู้บาดเจ็บ

7. เกี่ยวกับโปรแกรม จากที่ผ่านมาได้มีการปรับเปลี่ยนโปรแกรมเวอร์ชันใหม่ซึ่งได้แก้ไขปัญหาที่พบจากการร้องขอของผู้ที่ปฏิบัติงาน และจากปรับเปลี่ยนบ่อยบางครั้งจะมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมรหัสโรงพยาบาล ทำให้ข้อมูลล่าสุด ชื่อ dbf File กับชื่อโรงพยาบาลในข้อมูลที่ Key in เข้ามาไม่ตรงกันเป็นจำนวนมาก

ดังนั้นในการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมเวอร์ชันใหม่ของเดือนพฤษภาคม 2550 ให้เริ่มใช้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2550 โดย Download Program และคู่มือการติดตั้งโปรแกรม ได้ที่ Website ของ VIS : <http://medipe.psu.ac.th/VIS/> หรือ Website ของผู้พัฒนาโปรแกรม : <http://www.bordercamp.net> เมื่อ Download Program ใหม่ตามขั้นตอนแล้ว ก่อนเริ่มต้นใช้โปรแกรมให้ทำการแก้ไขหน่วยงานก่อน เพื่อแก้ไขปัญหาดbf File กับชื่อโรงพยาบาลในข้อมูลที่ Key in เข้ามาไม่ตรงกัน

โดย

คณะทำงานการนิเทศติดตามและประเมินระบบเฝ้าระวังและคุณภาพข้อมูลระดับเขต

**สรุปการนิเทศงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
ครั้งที่ 4 วันที่ 13 กรกฎาคม 2550**

วิธีการนิเทศ เป็นการนิเทศ (Mini) เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2550 โดยวิธีนำปัญหามาชี้แจงในที่ประชุม

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่ดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผลการนิเทศงาน

จากข้อมูล VIS เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2550 จากโรงพยาบาลเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 47 แห่ง พบปัญหาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า

1.1 คำนำหน้า/ยศ ควรระบุคำนำหน้าชื่อ หรือยศของผู้บาดเจ็บที่มารับการรักษาให้ตรงกัน เช่น นาย นาง นางสาว เด็กหญิง เด็กชาย เพื่อใช้ตรวจสอบกับเพศ และอาชีพ กรณีที่เกิดการสับสนหรือคลาดเคลื่อนของข้อมูล

1.2 ชื่อ-นามสกุล ควรสะกดชื่อและนามสกุลให้ถูกต้อง เพื่อใช้ตรวจสอบกับ HN เพศ อาชีพ กรณีที่เกิดการสับสนหรือคลาดเคลื่อนของข้อมูล

1.3 เลข 13 หลัก (Personal Identification Number) พบว่า บางรายไม่ระบุเลข 13 หลักตามบัตรประจำตัวประชาชน ในกรณีไม่สามารถหาเลข 13 หลักได้ให้เขียนชื่อ นามสกุลของผู้บาดเจ็บให้ถูกต้อง กรณีที่ไม่สามารถหาเลข 13 หลักได้ ไม่ต้องกรอกเลขอะไรลงไป และ ไม่ต้อง Key in เลขลงในโปรแกรมให้เว้นว่างข้อมูลส่วนนั้น

1.4 ที่อยู่ปัจจุบัน ให้ลงที่อยู่ปัจจุบันของผู้บาดเจ็บอาศัยอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งที่อยู่ปัจจุบัน หมายถึงที่อยู่หรือที่พักอาศัยของผู้บาดเจ็บตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป เช่น ทหารที่บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบให้ระบุที่อยู่ที่เป็นค่ายทหารที่สังกัดอยู่ในพื้นที่ ณ ขณะที่เกิดเหตุ

2. การบาดเจ็บ

สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ ให้ใช้สาเหตุแรกที่เป็นสาเหตุนำในการเกิดเหตุครั้งนั้นเป็นสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บในการรายงาน ตัวอย่างเช่น กรณีผู้บาดเจ็บประสบหลายเหตุการณ์ในคราวเดียวกัน เช่น ผู้บาดเจ็บกำลังขับรถจักรยานยนต์ถูกยิงแล้วรถมอเตอร์ไซด์ล้มศรีษะแตก กรณีนี้สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ ลงรหัสเป็นถูกทำร้ายโดยยิงด้วยปืน ICD 10 บทที่ 20 การบาดเจ็บต่ออวัยวะ ICD 10 บทที่ 19 ให้ดูผลจากทั้งการยิง และผลจากรถล้ม

3. การลงรหัส Diagnosis ให้ลงรหัสตาม ICD 10 บทที่ 19 ตั้งแต่ S00-T79

- ถ้าเป็น Single injury ให้รหัสเป็น S00-T79 ยกเว้นรหัส T00-T07

- ถ้าเป็น Multiple injury จะลงรหัสได้เฉพาะที่เข้าเงื่อนไขเป็น Multiple injury จากรหัส T00-T07 เพื่อแสดงว่า Diagnosis นั้นเป็น Multiple injury ตามที่ ICD 10 บทที่ 19 กำหนดไว้ ถ้าไม่เข้าเงื่อนไขให้ลงรหัสเป็น Single injury ตามเดิม

4. การลงรหัส BR และ AIS ของรหัส T00-T07

BR และ AIS ของรหัส T00-T07 คือ BR = 9 AIS = 9

ตัวอย่างเช่น แพทย์ลง Diagnosis ของผู้บาดเจ็บมาดังนี้

1. Fracture Skull รหัส ICD 10 คือ S02.0 BR = 1 AIS = 2

2. Fracture Cervical spine รหัส ICD 10 คือ S12.0 BR = 1 AIS = 2

และเมื่อพิจารณาแล้วแต่ละ Single injury ข้อ 1,2 เข้าเงื่อนไขเป็น Multiple injury ดังนั้น ต้องลงรหัสเพิ่ม คือ Fractures involving head with neck รหัส ICD 10 คือ T02.0 BR = 9 AIS = 9

5. ลักษณะกิจกรรมขณะเกิดเหตุ พบข้อผิดพลาดจากการลงรหัส 8 กับ รหัส 9

- รหัส 8 หมายถึง เกิดเหตุการณ์ขณะทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากรหัส 0-7 คือ ขณะเล่นกีฬา ออกกำลังกาย กิจกรรมพักผ่อน รับประทานอาหาร งานอดิเรก งานเลี้ยงรื่นเริง กำลังทำงานประจำ กำลังเดินทางกลับบ้าน กำลังทำงานอื่น ๆ รวมถึงงานบ้าน เรียนหนังสือ ทำกิจกรรมส่วนตัว เช่น อาบน้ำ สระผม เป็นต้น

- รหัส 9 หมายถึง ไม่ทราบกิจกรรมขณะเกิดเหตุการณ์

6. การมาโรงพยาบาล

กรณี รับ Refer ให้ระบุว่ามาจากโรงพยาบาลอะไร จังหวัดอะไร พาหนะอะไรให้ระบุ (บางกรณีอาจไม่ชัดเจนของโรงพยาบาลก็ได้)

7. Diagnosis ควรลงรายละเอียดทุก Diagnosis เพื่อทราบหมวดอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บเพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับประเภทของอุบัติเหตุ เพื่อทราบความรุนแรงของการบาดเจ็บในแต่ละราย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการคำนวณหาโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival) ของ ผู้บาดเจ็บในแต่ละราย และเพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล (outcome evaluation)

8. ครอบครัวผู้เสียหาย ส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ และถ้ามีก็จะไม่ทราบความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นส่วนที่มีประโยชน์ เพื่อทราบจำนวนสมาชิกในครอบครัว และผลกระทบที่เกิดขึ้น และเพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาและช่วยเหลือเยียวยาครอบครัวผู้บาดเจ็บ

โดย

คณะทำงานการนิเทศติดตามและประเมินระบบเฝ้าระวังและคุณภาพข้อมูลระดับเขต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ทุกระดับ ของโรงพยาบาลจากทุกสังกัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มาอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่สนับสนุนงบประมาณในการนิเทศติดตามงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปีงบประมาณ 2550

ขอขอบคุณคณะอาจารย์หน่วยระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะทำงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ คุณวรรณิ มีขวด คุณฉะอ้อน กองสุข จากโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ที่ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการนิเทศติดตามงาน ทำให้การสรุปการนิเทศงานมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

นันทพร กลิ่นจันทร์
กลุ่มระบาดวิทยา
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา
11 กรกฎาคม 2550