

การพัฒนาระบบการติดตามดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
Development of Health Service System for HIV/AIDS Patients in Kong Kai Lat Hospital, Sukhothai Province

กิตติพงษ์ เทียนประทีป พ.บ.

Kittipong Tianprateep M.D.

โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Kong Kai Lat Hospital, Sukhothai Province

บทคัดย่อ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยยังคงมีอยู่เป็นจำนวนมาก ที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มดังกล่าวจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดต่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตสูง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มนี้ในชุมชนกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ลงด้วยการกำหนดนโยบายสนับสนุนการทำกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์ ร่วมกับการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลกงไกรลาศที่ชัดเจนขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 - พ.ศ. 2558 โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T สำหรับคำนวณค่าดัชนีชี้วัดเชิงสถิติร่วมกับแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลจากการวิจัยสรุปว่า นโยบายดังกล่าวช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการเข้าถึงการรับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ได้รวดเร็วขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วยรายเดิมในการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและลดอัตราการตายลง รวมถึงอัตราการติดเชื้อรายใหม่ลดลงด้วย แต่ค่ามัธยฐานของระดับเซลล์ CD4 ของผู้ป่วยขณะเริ่มการรักษา ยังคงมีค่าน้อยโดยอยู่ในช่วงประมาณ 80-120 cells/mm³ เท่านั้น

คำสำคัญ: เอชไอวี เอดส์ ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Development of Health Service System for HIV/AIDS Patients in Kong Kai Lat Hospital, Sukhothai Province

Kittipong Tianprateep M.D.

Kong Kai Lat Hospital, Sukhothai Province

Abstract

In Thailand, a lot of HIV/AIDS patients (PHAs) still need help for antiretroviral treatment and continuity of care. This group of PHAs have a high risk to get an opportunistic infection and dead. The objective of this action research is to decrease the number of this PHAs group in Kong Kai Lat community hospital in Sukhothai Province by making a policy, supporting the cooperation activities between community and PHAs, and a specific policy on health care service systems for PHAs in Kong Kai Lat community hospital from year 2013 – 2015. By using HIVQUAL-T program for statistically analyzing data and consumer satisfaction questionnaire, the result is concluded that the policies in this research can help PHAs in community to quickly get antiretroviral treatment. The policies also decrease the chance of old PHAs to get the opportunistic infection and their death rate. HIV/AID infection rate in the community is also reduced. But the median of the CD4 cells level in patients is still low, which is only around 80-120 cells/mm³.

Key Words: HIV, AIDS, Health service system for HIV/AIDS patient, Kong Kai Lat Hospital, Sukhothai Province

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยยังคงเป็นหนึ่งในสิบสองประเทศของภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกที่มีปัญหาเอดส์สูงสุด⁽¹⁾ นอกจากนี้ ข้อมูลจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ สิ้นเดือนกันยายน พ.ศ. 2558⁽²⁾ พบว่า จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมทั้งสิ้น 481,241 ราย มีผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถึงกว่าหนึ่งแสนราย และมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 เพียง 33,837 ราย เท่านั้น สำหรับจังหวัดสุโขทัยนั้น ร้อยละของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสหลังจากได้รับการตรวจ CD4 อย่างน้อยหนึ่งครั้งในรอบ 12 เดือนเมื่อสิ้นเดือนกันยายน พ.ศ.2557 มีอยู่ถึง 89.1 ของผู้ป่วยสะสมจำนวน 4,678 ราย⁽³⁾ แม้ว่าการทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายเพิ่มการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครอบคลุมทั่วถึงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545⁽⁴⁾ แล้วก็ตาม

การที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในขณะที่ระดับของจำนวนเซลล์ CD4 ในร่างกายมีมากพอ นั้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสลดลง อันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ ในรายของผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายของผู้ป่วยจะเกิดการกลายพันธุ์และดื้อยา ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นเหตุให้แพทย์ผู้ดูแลต้องเปลี่ยนชนิดของยาต้านไวรัสใหม่⁽⁵⁾ ที่มีราคาแพงขึ้นให้กับผู้ป่วย ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในส่วนนี้เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สาเหตุที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่เข้ารับการรักษานั้นส่วนหนึ่งมาจากการขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของทั้งตัวผู้ป่วยและสังคมรอบข้างที่ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วย ผู้ป่วยเอดส์จึงไม่กล้าเปิดเผยว่าตนมีเชื้อเอชไอวี การศึกษาของ พเยาว์ ศรีแสงทอง⁽⁶⁾ สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เปิดเผยตนกับคนในครอบครัวถึงร้อยละ 80 แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกเปิดเผยตนกับคนเฉพาะกลุ่มเท่านั้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ามารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์กับโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2553 จึงมีค่ามัธยฐานของระดับจำนวนเซลล์ CD4 เพียง 50.5 cells/mm³

เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับตัวเองและมีสัมพันธอันดีกับผู้คนรอบข้างมากขึ้น การสร้างกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับคนในชุมชนจึงมีความสำคัญยิ่ง งานวิจัยของปริชมน แสงมาน⁽⁷⁾ แสดงว่า สุขภาวะจิตของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น หลังจากผ่านการทำกิจกรรมการให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน ฯลฯ ร่วมกันระหว่างสมาชิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ นอกจากนี้ งานของวงศา เลหาศิริวงศ์ และคณะ⁽⁸⁾ ยังแสดงว่าความไม่สมดุลระหว่างมิติของการดูแลแบบองค์รวมทั้งสี่ด้าน ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วย

งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มนี้ในชุมชนกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ลงด้วยการพัฒนาระบบ

ติดตามและศึกษาประสิทธิภาพของระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยพัฒนาการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการทำกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนกับผู้ป่วยเอดส์ ร่วมกับการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลกองโกลาสให้ชัดเจนขึ้น โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ยังพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยด้วยวิธีสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อติดตามผู้ป่วย ไปพร้อมๆ กับการสร้างระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกองโกลาส (โปรแกรม Hos. XP) สำหรับใช้งานร่วมกับระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม NAP (ระบบ DMIS-HIV/AIDS) ที่เป็นมาตรฐานระดับประเทศ และวัดผลการปฏิบัติการด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลประวัติการรักษาได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

ความคาดหวังที่ได้จากงานวิจัยนี้ คือ การได้ระบบการติดตามดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความรวดเร็วในการรับบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีให้กับผู้ป่วยเอดส์ ลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือสถานะแทรกซ้อน รวมถึงลดอัตราการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายเดิมด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health care)

โดยแบ่งกลยุทธ์และแผนปฏิบัติงานของโรงพยาบาลกองโกลาสออกเป็นสองส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในชุมชนระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับคนในชุมชน เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ป่วยเอดส์ด้วยกันและต่อคนในชุมชน กับส่วนการพัฒนากระบวนการบริการในโรงพยาบาลกองโกลาส

กลุ่มประชากรตัวอย่างสำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลกองโกลาส จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง โดยกลุ่มประชากรตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 208 ราย แบ่งเป็นผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ 168 ราย และผู้ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 40 ราย ซึ่งเกณฑ์การให้ยาต้านไวรัสเอดส์นี้เป็นไปตามข้อกำหนดของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2556 ที่เริ่มให้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้เมื่อระดับจำนวนเซลล์ CD4 ของผู้ป่วยน้อยกว่า 350 cells/mm³ ลงมา⁽⁹⁾

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1) โปรแกรม HIVQUAL-T สำหรับคำนวณค่าดัชนีชี้วัด 7 ประเภท ได้แก่

- ค่ามัธยฐานของระดับจำนวนเซลล์ CD4 ในผู้ป่วยเอดส์ ขณะเริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ร้อยละ ของ ผู้ป่วย ที่มีวินัย ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence) สำหรับงานวิจัยนี้กำหนดค่าความมีวินัยในการรับประทานยาต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 95%

- ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับงานวิจัยนี้กำหนดค่าปริมาณไวรัส (Viral Load, VL) ต้องมีค่าน้อยกว่า 50 copies/ml
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดไวรัสแล้วขาดการรักษา
- อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
- อัตราการเกิดโรครายใหม่

2) แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ออกแบบโดยโรงพยาบาลกองโกลาสที่ให้ผลเป็นร้อยละความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2558 เป็นระยะเวลา 5 ปี โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ กล่าวคือ

ระยะที่ 1: ระยะเตรียมการ เป็นระยะที่ใช้สำรวจสภาพปัญหาการปฏิบัติการ ทรัพยากร และศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ปฏิบัติจากทีมสหวิชาชีพ รวมถึงรวบรวมค่าดัชนีชี้วัดที่กล่าวข้างต้นจากโปรแกรม HIVQUAL-T และแบบสำรวจความพึงพอใจสำหรับปี พ.ศ. 2553 เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ

ระยะที่ 2: ระยะดำเนินการ เป็นระยะการดำเนินกลยุทธ์และแผนปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งออกเป็นสองส่วน คือ

- 1) ส่วนของชุมชน เน้นการประสานงานชุมชนเพื่อสร้างเครือข่ายการค้นหาและคัดกรองผู้ติดเชื้อในชุมชน การจัดทำ

การตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) เชิงรุกในชุมชน รวมถึงการประชาสัมพันธ์โครงการต่างๆ และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในชุมชนผ่านแกนนำพี่เลี้ยงศูนย์องค์รวม

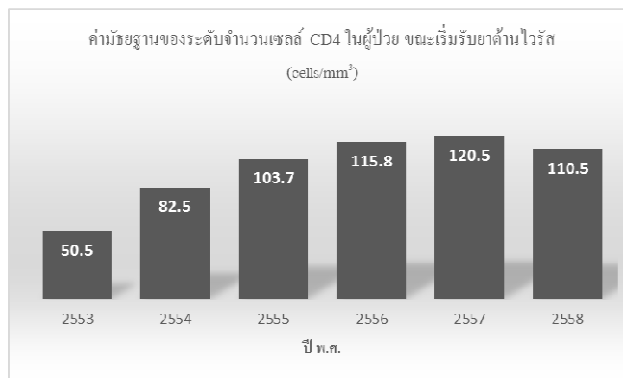
- 2) ส่วนของโรงพยาบาล การจัดตั้งคลินิกผู้ติดเชื้อ (ชมรมหัวใจสีขาว) แบบ One stop service คลินิกนิรนาม และศูนย์องค์รวม การสร้างเครือข่ายการค้นหา คัดกรองผู้ติดเชื้อ ในชุมชน ดูแลรักษาในรพ. ฯลฯ จัดทำโครงการส่งเสริมและประเมินการกินยา การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และแกนนำพี่เลี้ยงศูนย์องค์รวม กิจกรรมแพทย์ทางเลือกให้ผู้ป่วยได้เลือกอาทิ การทำอาหารเพื่อสุขภาพสร้างภูมิคุ้มกันทานการนั่งสมาธิฟังธรรม การนวดเพื่อคลายเครียด รวมถึงการสร้างระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลกองโกลาส (โปรแกรม Hos. XP) สำหรับใช้งานร่วมกับระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม NAP

ระยะที่ 3: ระยะประเมินผล
เป็นระยะสำหรับวิเคราะห์ผลการติดตามดูแล
ตามระบบที่พัฒนาขึ้น การติดตามผลการดำเนินงาน
แบ่งเป็นสองระดับ

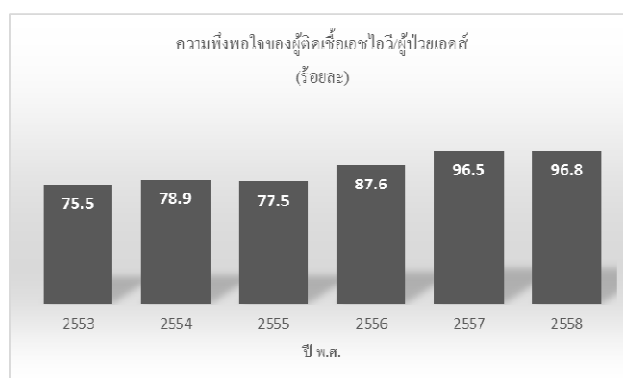
1) ในระดับชุมชนกระทำ
โดยคณะกรรมการในการควบคุม
กำกับการทำงานและนิเทศงาน
ซึ่งสรุปผลการดำเนินงานทุกๆ
6 เดือน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะและ
ปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

2) ในระดับโรงพยาบาล
อาศัยการประเมินคุณภาพ
จากกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ด้วยตัวชี้วัด
ที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยมี
การติดตามประเมินผลตัวชี้วัด
ทุกๆ 3 เดือน จากนั้นจึงนำเสนอ
ผลการปฏิบัติงานให้กับทีมงาน
และผู้บังคับบัญชา เพื่อปรับปรุง
พัฒนาระบบงานใหม่ให้เป็นไป
ตามเป้าหมายต่อไป

ผลการวิจัย



(ก)



(ข)

รูปที่ 1 กราฟแท่งแสดง

(ก) ค่ามัธยฐานของระดับจำนวนเซลล์ CD4 ในผู้ป่วยเอดส์ ขณะเริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

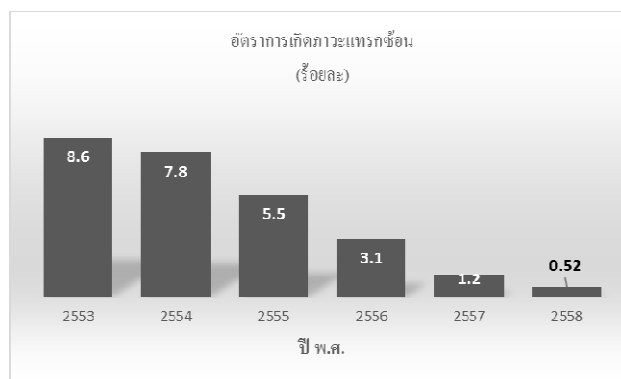
(ข) ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2558

เทียบกับปริมาณเดียวกันของปี พ.ศ. 2553

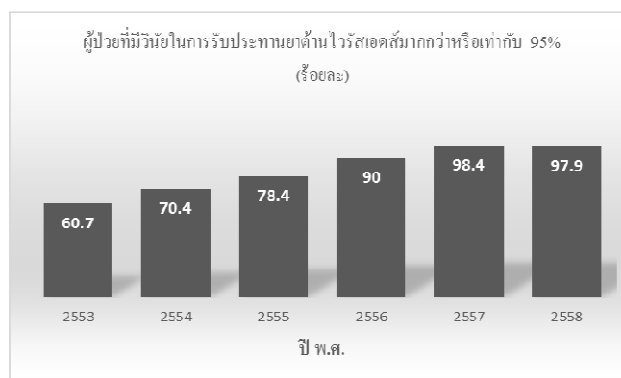
ผลต่อการเข้าถึงบริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การเก็บข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2554–พ.ศ. 2558 ที่มีการใช้นโยบายการเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกันของคนในชุมชนไปพร้อมๆ กับการกำหนดนโยบายในระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ชัดเจนขึ้นสำหรับโรงพยาบาลทงไกรลาส จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้ป่วยเอดส์เริ่มเข้ามารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในขณะที่ระดับจำนวนเซลล์ CD4 อยู่ในระดับที่สูงขึ้น โดยค่ามัธยฐานของระดับจำนวนเซลล์ CD4 ในผู้ป่วยที่ได้จากการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงประมาณ 80-120 cells/mm³ ซึ่งมีความสูงกว่าในปี พ.ศ. 2553 ที่ค่ามัธยฐานของระดับเซลล์ดังกล่าวในผู้ป่วยมีเพียง 50 cells/mm³

เท่านั้น ผลของตัวชี้วัดนี้แสดงได้ด้วยกราฟแท่งในรูปที่ 1 (ก) ผลดังกล่าวบ่งชี้ว่า วิธีที่ใช้ในงานวิจัยนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงการบริการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของร้อยละของความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงที่มีการใช้นโยบายดังกล่าว ดังแสดงด้วยกราฟแท่งในรูปที่ 1 (ข) ที่ชี้ว่า การเข้าถึงบริการ โรคเอดส์ที่รวดเร็วขึ้นของผู้ป่วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ดีขึ้น แต่กระนั้น ค่ามัธยฐานของระดับจำนวนเซลล์ CD4 ของผู้ป่วยเอดส์ขณะเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลทงไกรลาส ยังคงมีค่าน้อยกว่า 350 cells/mm³ ซึ่งเป็นเกณฑ์ต่ำสุดของการเริ่มรับยาต้านไวรัสเอดส์ตามข้อกำหนดของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2556



(ก)



(ข)



(ก)



(ง)

รูปที่ 2 กราฟแท่งแสดง

(ก) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

(ข) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าหรือเท่ากับ 95%

(ค) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยมีเกณฑ์ของค่า VL น้อยกว่า 50 copies/ml และ

(ง) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2558 เทียบกับปริมาณเดียวกันของปี พ.ศ. 2553

ผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยารักษาโรคเอดส์

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดคุณภาพในส่วนของผู้ป่วยของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในกราฟแท่งรูปที่ 2 (ก) พบว่า ในช่วงที่มีการวิจัยค่าตัวชี้วัดคุณภาพนี้มีค่าลดลงอย่างมีนัยยะเมื่อเทียบกับปริมาณเดียวกันของปี พ.ศ. 2553 ในขณะที่ร้อยละของผู้ป่วยที่มีวินัย

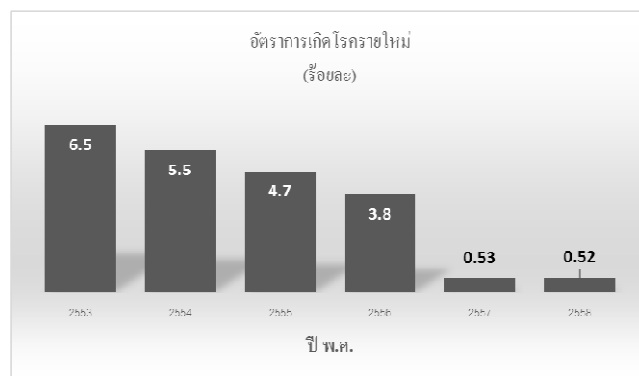
ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าหรือเท่ากับ 95% มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเดียวกัน ดังที่แสดงไว้ในกราฟแท่งรูปที่ 2 (ข) ทำให้สรุปได้ว่า การเข้าถึงการบริการโรคเอดส์ได้อย่างรวดเร็ว และการมีวินัยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลให้เกิดโรคฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นลดลง

ผลของการมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเอดส์ ยังแสดงในกราฟแท่งรูปที่ 2 (ก) ซึ่งเป็นการแสดงค่าร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ที่กำหนดค่ามาตรฐานของ VL ของผู้ป่วยที่มีค่าน้อยกว่า 50 copies/ml นั้น มีค่าเพิ่มมากขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน ในขณะที่ค่าร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วขาดการรักษา มีค่าลดลงอย่างเห็นได้ชัดดังกราฟแท่งรูปที่ 2 (ง)



(ก)



(ง)

รูปที่ 3 กราฟแท่งแสดง

(ก) อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

(ง) อัตราการเกิดโรครายใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2558 เทียบกับปริมาณเดียวกันของปี พ.ศ. 2553

ผลต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ลดลง

นโยบายที่ใช้ในงานวิจัยนี้ยังส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2558 เมื่อเทียบกับ

ตัวชี้วัดคุณภาพเดียวกันในช่วง ปี พ.ศ. 2553 ด้วยผลดังกล่าวแสดงในกราฟแท่งรูปที่ 3 (ก) รวมถึงอัตราการเกิดโรครายใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 มีค่าลดลงอย่างมีนัยยะดังกราฟแท่งรูปที่ 3 (ง) ด้วย

วิจารณ์

แม้ผลการทดลองจะแสดงถึงประสิทธิภาพที่ดีของระบบติดตามดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่พัฒนาขึ้นของโรงพยาบาลกองโกรลาส จังหวัดสุโขทัย แต่ถึงกระนั้น ค่ามัธยฐานของระดับเซลล์ CD4 ของผู้ป่วยเอดส์ขณะเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาลกองโกรลาส ยังคงมีค่าน้อยกว่าค่าเกณฑ์ต่ำสุดที่กำหนดให้ผู้ป่วยเริ่มรับยาต้านไวรัสเอดส์ได้ตามข้อกำหนดของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี พ.ศ. 2556 ทั้งนี้อาจเป็นผลจากปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ทำงานวิจัยนี้ ซึ่งปัญหาดังกล่าวสรุปได้สามประเด็น กล่าวคือ ในส่วนของชุมชน แม้ว่าในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยจะประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีผ่านการกระทำกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนแล้วก็ตาม แต่ยังคงมีคนในชุมชนส่วนหนึ่งที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งอาจเกิดจากเนื้อหาของสื่อและกิจกรรมที่ใช้ยากเกินความเข้าใจสำหรับคนในชุมชนบางกลุ่ม

สำหรับปัญหาในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ พบว่านโยบายการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ ดึงผู้ป่วยนอก ห้องชันสูตร ดึงผู้ป่วยใน ห้องยา และ คลินิกยาต้านเชื้อไวรัสเอดส์ ฯลฯ ยังคงมีอีกหลายส่วนที่ไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้ช้าลง

ปัญหาในส่วนสุดท้ายเกิดกับตัวผู้ป่วยเอดส์เอง ที่ยังขาดความรู้และความเข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีความกังวลเกี่ยวกับความลับของการติดเชื้อเอชไอวี ความยากลำบากในการเดินทาง การลืมวันนัด และความขาดเงินทองที่ใช้ใน

การเดินทางมายังโรงพยาบาล ฯลฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

สรุป

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การใช้นโยบายการเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกิจกรรมอื่นๆ ร่วมกันของคนในชุมชน เช่น การสร้างเครือข่ายการค้นหา คัดกรองผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ฯลฯ ร่วมกับการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลกองโกรลาส จังหวัดสุโขทัย เช่น การจัดตั้งคลินิกผู้ติดเชื้อ (ชมรมหัวใจสีขาว) แบบ One stop service หรือ กิจกรรมแพทย์ทางเลือก ฯลฯ ให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการเข้าถึงการรับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ได้รวดเร็วขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพะจิตที่ดีขึ้น ดังงานวิจัยของ ปริชมน์ แสงมาน⁽⁷⁾ และเปิดเผยตนว่าเป็นผู้ติดเชื้อ มากขึ้น ดังรายงานของ พเยาว์ ศรีแสงทอง⁽⁶⁾ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่มากพอผ่านการให้ความรู้จากทั้งโรงพยาบาลและชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมีข้อมูลเพียงพอแก่การตัดสินใจเข้ารับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Boufford ที่ว่าการรักษาโรคเอดส์จำเป็นต้องดูแลอย่างครอบคลุม และต่อเนื่องจากระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเข้ารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ที่รวดเร็วขึ้นจะส่งผลให้โอกาสที่จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยมีน้อยลง และผู้ป่วยมีมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ นโยบายดังกล่าวยังส่งผลให้อัตราการติดเชื้อรายใหม่และอัตราการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายเดิม มีค่าลดลงด้วย

แม้ว่างานวิจัยนี้จะมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้น แต่การวิจัยนี้ยังคงนำประโยชน์มาสู่ชุมชนที่ช่วยให้ทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการแก้ปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน และนำประโยชน์มาสู่ตัวผู้ติดเชื้อเองที่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมถึงช่วยลดค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณในปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ชุมชนมีงบประมาณในการพัฒนาชุมชนด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจและมีความตั้งใจที่จะทำงานเพื่อผู้ป่วยต่อไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

- 1) ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่เกิดจากเนื้อหาของสื่อและกิจกรรมที่ใช้ยากเกินความเข้าใจสำหรับคนในชุมชนบางกลุ่ม จำเป็นต้องปรับปรุงเนื้อหาที่นำเสนอกับคนในชุมชนเพื่อให้คนทุกกลุ่มเข้าถึงได้ และควรเพิ่มความสม่ำเสมอในการประชาสัมพันธ์ด้วย
- 2) การแก้ปัญหาการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ควรปรับปรุงกระบวนการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเอดส์ได้เร็วขึ้น โดยการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะช่วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ปัญหาเอดส์ระดับโลก. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2559]; เข้าถึงจาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151130_35157006.pdf.
2. สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558.

ให้แก่ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันทั่วถึง ผู้วิจัยนำวิธีการนี้มาใช้ในระหว่างทำงานวิจัยแล้ว พบว่า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมาก

3) การลดขั้นตอนและระยะเวลาในการรื้อยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้วิจัยใช้ในระหว่างการวิจัย ด้วยการจัดบริการในคลินิกเฉพาะโรคที่มีความเป็นสัดส่วน จัดทำสมุดบันทึกการนัดเฉพาะให้ผู้ป่วย และใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ในกรณีผู้ป่วยขอเลื่อนนัด รวมถึงการจัดตั้งศูนย์องค์รวมที่มีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันช่วยเหลือและติดตามเพื่อนที่บ้านในเรื่องการกินยาตามเวลา เป็นวิธีที่ดีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยงบประมาณจากโรงพยาบาลลงไกรลาส งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล และงบประมาณจากกองทุนเอดส์ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ รวมถึงเจ้าหน้าที่สหสาขาอาชีพในโรงพยาบาลลงไกรลาสทุกท่านที่มีส่วนร่วมในโครงการนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

- [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2559]; เข้าถึงจาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_87903337.pdf.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. สรุปการดำเนินงานเอดส์จังหวัดสุโขทัย ปี พ.ศ.2557. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2559]; เข้าถึงจาก <http://www.skto.moph.go.th/ssj/disease/tb/download/57aids/สรุปงานเอดส์ปี57.doc>.

4. วาสนา อิ่มเอม. ฐานข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ – การใช้ประโยชน์และแนวโน้มสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2559]; เข้าถึงจาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article11.htm>.
5. ไกรฤกษ์ สุธรรม และคณะ. การกลายพันธุ์และรูปแบบการติดต่อขาดไวรัสของเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี. วารสารโรคเอดส์ 2556; 25(3): 164-174.
6. เพียว แสงศรีทอง. มโนทัศน์กับตัวเองและการเปิดเผยของผู้ติดเชื้อเอดส์ ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกชมรมเพื่อนวันพุธ ศูนย์ประสานความสัมพันธ์ผู้ติดเชื้อเอดส์แห่งประเทศไทย โครงการโรคเอดส์ สภาวิชาชีพไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2538).
7. ปริขมน แสงมาน. การศึกษาสุขภาวะจิตของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2555).
8. วงศา เล่าหศิริวงศ์ และคณะ. การศึกษาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัย มข. 2548; 10(1): 42-53.
9. นลินทิพย์ ลิ้มปวิทยากุล. โปรแกรม NAPDAR และสิทธิประโยชน์ 3 กองทุน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2559]; เข้าถึงจาก <http://td.dpc7.net/sites/default/files/Mingnhso.pdf>.
10. Boufford, J.I. What Needs to Be Done on the Hospital Front. In Roger and Gingberg (eds.), The AIDS Patient: An Action Agenda, pp. 20. Boulder: Westview Press, 1988.

การประเมินระบบเฝ้าระวังของโรคหัด
การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ของโรคหัด โดยใช้องค์ประกอบการเฝ้าระวัง 5 มิติ
และการวางแผนการตัดสินใจเลือกใช้มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคหัด
โรงพยาบาลชาตตระการ
ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559
Measles Surveillance System Evaluation in Chattrakarn Hospital,
Phitsanulok Province, Thailand January 1, 2013 - February 29, 2016

เชิดศักดิ์ สิริวัฒน์ พ.บ.

Churdsak Siriwat M.D.

พายัพ แสงทอง ส.บ.

Payap Saengthong B.P.H.

โรงพยาบาลชาตตระการ อำเภochaตตระการ
จังหวัดพิษณุโลก

Chattrakarn Hospital. Chattrakarn district,
Phitsanuloke province

บทคัดย่อ

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัด โรงพยาบาลชาตตระการ จังหวัดพิษณุโลก ปี 2556-2559 ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดเชิงปริมาณในคุณลักษณะความไวของระบบ ค่าพยากรณ์บวก คุณภาพของระบบ ความสามารถในการเป็นตัวแทนและความทันเวลา ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดเชิงคุณภาพ ในคุณลักษณะการยอมรับ ความง่าย ความยืดหยุ่น ความมั่นคง และประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของระบบการเฝ้าระวังโรคหัดสะท้อนให้ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปัญหากลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผลการประเมิน สำหรับความจำเป็นในการศึกษาและประเมินระบบครั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลต้องการพัฒนาระบบกระบวนการเฝ้าระวังการรายงาน การเก็บส่งตรวจและการสอบสวนโรคตามเกณฑ์มาตรฐาน โครงการกำจัดโรคหัดกรมควบคุมโรค โดยใช้วิธีศึกษาและขั้นตอนการประเมินดังนี้ ทบทวนกระบวนการขั้นตอนของระบบที่กล่าวมา ประเมินคุณสมบัติของระบบเฝ้าระวังโรคในเชิงปริมาณ ตามลำดับดังนี้ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD10 ที่ป่วยด้วยโรคหัดและโรคที่ใกล้เคียงจำนวน 6 รหัสโรค ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2559 กำหนดนิยามผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยเข้าข่าย และผู้ป่วยยืนยันโรคหัด เปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนกับนิยามที่กำหนด ประเมินความถูกต้องของข้อมูลในตัวแปรสำคัญที่กำหนด ประเมินคุณสมบัติของระบบเฝ้าระวังโรคหัดในเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวัง ผลการประเมินเชิงปริมาณ ค่าความไวของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 25.93 ค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ 63.63 คุณภาพของข้อมูลตัวแปรอาชีพถูกต้องน้อยที่สุด ร้อยละ 63.64 ความสามารถในการเป็นตัวแทนของตัวแปรอาชีพและอายุผู้ป่วยมีแนวโน้มสอดคล้องและสามารถเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวังโรคได้

ความทันเวลาของการรายงานโรคภายใน 3 วัน ร้อยละ 63.64 การสอบสวนโรคและตอบสนองทันเวลาภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 45.45 ผลการประเมินเชิงคุณภาพที่สำคัญ พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นความสำคัญและยอมรับเห็นคุณค่าของระบบเฝ้าระวังโรค แต่ควรมีการจัดประชุมชี้แจงในแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคกับคนทำงานอย่างสม่ำเสมอและเข้าใจในมาตรฐานการปฏิบัติที่ตรงกัน ค่าความไวของระบบอยู่ในเกณฑ์ความปรับปรุงและค่าพยากรณ์อยู่ในเกณฑ์พอใช้ เนื่องจาก การวินิจฉัยโรคของแพทย์มีความจำเพาะสูงและค่าพยากรณ์ผลบวกผิดพลาดที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น การประเมินผลระบบเฝ้าระวังโรคหัดเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ครั้งนี้ ควรมีการปรับปรุงความไวของระบบเฝ้าระวังโรคในประเด็นของการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยที่เข้าได้กับนิยาม และการให้เจ้าหน้าที่เวชสถิติตรวจสอบข้อมูลรหัส ICD10 จากเวชระเบียนโดยตรง โรงพยาบาลควรมุ่งเน้นบริหารจัดการ การวินิจฉัยโรคของแผนกผู้ป่วยนอกเป็นหลัก ควรมีความยืดหยุ่นของช่องทางในการรายงานโรค เพิ่มกำหนดระยะเวลาของการรายงานโรค อีกประเด็นหนึ่งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานยังไม่ทราบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานตามโครงการกำจัดโรคหัดที่ชัดเจน ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานควรมีการจัดประชุมชี้แจงควบคุมกำกับกับการดำเนินงานในระบบการสอบสวนเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการควบคุมโรคหัดที่รวดเร็ว นำไปสู่การคืนข้อมูลปัญหาอุปสรรคที่พบทั้งหมด เพื่อวางแผนพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง โรคหัด ความไวของระบบ ค่าพยากรณ์ผลบวก

**Measles Surveillance System Evaluation in Chattrakarn Hospital,
Phitsanulok Province, Thailand January 1, 2013 - February 29, 2016**

Churdsak Siriwat M.D.

Payap Saengthong B.P.H.

Chattrakarn Hospital. Chattrakarn district, Phitsanuloke province

Abstracts

Measles surveillance system evaluation in Chattrakarn hospital of Phitsanulok province 2013-2016 year aimed to assess quantitative disease surveillance systems regard to attributes, system sensitivity, predictive value positive, representativeness, accuracy, timeliness of the quality of the system. Evaluate quality, qualitative attributes, acceptability, flexibility of measles surveillance system. Analyze the problem of measles surveillance systems and reflect the result, the suggestions and solutions to people in hospital-related evaluation. This study needs to evaluate the system because the hospital will develop a process for reporting surveillance system. The collection and investigation of diseases on the basis of the standard project and dispose of measles disease control Department. Methods: This study had a cross-sectional descriptive design. Review the process of the systems as mention above, Evaluate the qualifications of a disease surveillance system for quantitatively. A review of outpatient medical records who have been diagnosed with the disease, according to the code, were ill with measles, the ICD10 and nearby disease codes were total 6 diseases from January 1, 2013 to February 29, 2016, defining suspected patients. Patients and patients with confirmed measles and a comparison of patients from medical record, the estimate of the sample of the patient's surveillance system is derived from the review of the medical records in the assigns variables, to assess the integrity of the device to the PC information on key variables that determine the properties of assessment; the measles surveillance quality system by in-depth interviews with target groups involved with surveillance systems by a quantitative methods. Sensitivity of the surveillance system was 25.93 percent; predictive value positive was 63.63 percent; occupation valid minimum was 65 percent, the ability to represent the variable occupation and age, patients with a tendency consistent and can represent a disease surveillance system. Ability to represent the variable occupation and age, patients with a tendency consistent and can represent a disease surveillance system was 63.64 percent. Timeliness of reporting the disease within three days Timeliness of reporting disease was 63.64 percent within three days, upon the timely response and disease within 48 hours of 45.45 percent of critical qualitative evaluation showed that those most relevant, critical reviews, and accept the value of disease surveillance systems,

but it should set the meetings. For develops a disease surveillance system with people have been working regularly and understand the standards into practice. With regards to the summary and recommendations of the evaluation, the measles surveillance system was utilized by this time. It should be improved the sensitivity of disease surveillance systems for the diagnosis of patients in the hospital to provide definition and statistical data validation code directly from the ICD10 medical records. The doctor's diagnostic specificity and high-fee entirety had some error at the outpatient department. It should focus on management. It should be flexibility in reporting diseases. To increase the duration of disease management and compliance have not known the policies and guidelines, implementation of the project, eliminating measles, clearly define. Therefore, there should be entirely responsible for briefing control and monitor the operation of the system to the investigation, surveillance and response to measles control, leading to rapid solve all problems and improve surveillance system.

Keywords: Surveillance, Measles, Sensitivity, Predictive value Positive

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสำคัญของปัญหาโรคหัดถึงแม้จะมีอัตราป่วยตายต่ำในเขตชุมชนที่เด็กทั่วไปมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว แต่ยังคงเป็นอันตรายในเด็กทารกทั่วไป หรือเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการจากชุมชนที่ยากจนและอยู่ห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุข เนื่องจากโรคหัดเป็นโรคติดต่อที่ป้องกันด้วยวัคซีนสามารถติดต่อได้ง่ายทางระบบทางเดินหายใจ ติดต่อกันได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคเพียงพอ และที่สำคัญโรคหัดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดบวม หากได้รับการรักษาที่ล่าช้าอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้⁽¹⁾ จากข้อมูลของสำนักโรคติดต่อทั่วไปกรมควบคุมโรค⁽²⁾ ปี 2557 ที่ประเทศไทยเริ่มมีการให้วัคซีนป้องกันโรคหัดครั้งแรกในเด็กอายุ 9 เดือน อัตราป่วยโรคหัดเท่ากับ 90 ต่อแสนของประชากร ซึ่งสูงสุดของประเทศตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ต่อมากระทรวงสาธารณสุข เริ่มมีการให้วัคซีนรวม MMR ในเด็กอายุ 9 เดือน ในปี 2553 และมีการฉีดกระตุ้นในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 และเด็กอายุ 2.5 ปี ในปี 2539 และ 2557 ตามลำดับ ปัจจุบันเด็กกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนเริ่มสูงมากขึ้น (ความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 95) แต่อย่างไรก็ตามยังมีเด็กอีกเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะเด็กชายในพื้นที่ห่างไกล ที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนตามวัยเจ็บป่วยด้วยโรคหัด จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้จัดทำข้อตกลงในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโรคครั้งที่ 63 ในปี 2553 โดยตั้งเป้าหมายภายใน 10 ปี โรคหัดต้องได้รับการกำจัดภายในปี 2563⁽³⁾ ดังนั้นการดำเนินการเรื่องนี้จึงเป็นพันธะสัญญาระหว่างประเทศที่ทุกประเทศต้องดำเนินการให้เกิด

ความสำเร็จในการกำจัดโรคหัดให้หมดไปจากภูมิภาคและทั่วโลก ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานและผลจากการดำเนินงานตามโครงการกำจัดโรคหัดในระดับประเทศ ตั้งแต่ปี 2555-2557 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหัดในฐานข้อมูลรายงาน 506 ของสำนักโรคระบาดวิทยาและผู้ป่วย 9,017 ราย แต่มีการถูกบันทึกในฐานข้อมูลกำจัดโรคหัดเพียง 3,959 ราย คิดเป็นร้อยละ 40⁽²⁾ ดังนั้น พบว่าช่องว่างและปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้ถูกเฝ้าระวังสอบสวนโรคและเก็บส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการตามโครงการกำจัดโรคหัดขององค์การอนามัยโรค

สำหรับโรงพยาบาลชาติตระการ ปี 2559 ได้จัดเลือกโรคหัดมาเข้าสู่กระบวนการประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคเนื่องจากในปี 2558 พบผู้ป่วยโรคหัดจากฐานข้อมูล รง.506 จำนวน 3 ราย อัตราป่วย 7.42 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้มีการดำเนินงานตามโครงการกำจัดโรคหัดโดยการสอบสวนโรคและเก็บส่งตรวจ 18 ราย ให้ผลบวกต่อโรคหัด จำนวน 1 ราย ร้อยละ 5.55 โดยโรคหัดได้ผ่านกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยใช้เครื่องมือ Risk Matrix⁽⁴⁾ ผลได้คะแนนสูงสุด วัตถุประสงค์ทั่วไปของการศึกษารุ่นนี้เพื่อประเมินผลระบบการเฝ้าระวังโรคหัดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำไปสู่การสะท้อนผลข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แก้ปัญหาเชิงระบบให้มีประสิทธิภาพได้โครงการกำจัดโรคหัดตามนโยบายระดับประเทศ โดยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จะขับเคลื่อนให้หน่วยงานสาธารณสุขดำเนินการค้นหาและสอบสวนโรคหัดได้อย่างครอบคลุม ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องติดตามความครอบคลุมวัคซีนโรคหัด

ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ให้บรรลุวัตถุประสงค์
ของโครงการกำจัดโรคหัด ตามพันธะสัญญานานาชาติในปี พ.ศ. 2563 ต่อไป

วัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลระบบของการเฝ้าระวังโรคหัดโรงพยาบาลชาติตระการในคุณลักษณะ (Attributes) เซึ่งปริมาณได้แก่ ค่าความไว หรือครบถ้วนของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) ค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive) ความเป็นตัวแทน (Representativeness) ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล (Accuracy) และความทันเวลาของการรายงานเข้าระบบ (Timeliness)
2. เพื่อประเมินผลระบบการเฝ้าระวังโรคหัดในคุณลักษณะ (Attributes) เซึ่งคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นด้านการยอมรับ (Acceptability) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ความมั่นคง (Stability) และการใช้ประโยชน์ (Usefulness) ของระบบการเฝ้าระวัง
3. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของระบบการเฝ้าระวังโรคหัด นำสู่การพัฒนา ระบบและแก้ไขปัญหาตามผลของการประเมิน

ขอบเขตการศึกษา

- ศึกษาประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดของโรงพยาบาลชาติตระการ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง

วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหัดและเวชระเบียนผู้ป่วยโรคที่มีอาการใกล้เคียงกับโรคหัด (ตามเกณฑ์สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) ตามรหัส ICD10 จำนวน 6 รหัสโรค โดยทบทวนทุกเวชระเบียน (กลุ่มประชากรทั้งหมด) ตามรหัส ICD10 ในช่วงวันและเวลาดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น 91 ฉบับ การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบในโรงพยาบาล โดยการสุ่มเลือก จำนวนทั้งสิ้น 10 คน

- ตัวแปรที่ใช้ศึกษาประกอบ คือ คุณลักษณะ (Attributes) เซึ่งปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังที่กล่าวมา ในหัวข้อวัตถุประสงค์ โดยคุณลักษณะความไว และค่าพยากรณ์ของระบบเฝ้าระวัง ประกอบด้วยตัวแปรความถูกต้องของข้อมูลวินิจฉัยโรคและการรายงานคุณภาพของข้อมูล ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่ และวันเริ่มป่วย ความสามารถในการเป็นตัวแทนตัวแปรประกอบด้วย อาชีพ และกลุ่มอายุ ความทันเวลา ประกอบด้วยความทันเวลาในการรายงานและตอบสนองต่อโรค

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional study) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัดและโรคที่มีอาการใกล้เคียงกับโรคหัด ตามรหัส ICD10 จำนวน 6 รหัสโรค ได้แก่ B05,B06,B09,B08.2, B08.3 และ M30.3 ที่มารับการรักษาทั้งหมด ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2556 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 จำนวนทั้งสิ้น 91 ฉบับ

1.2 กำหนดนิยามผู้ป่วยโรคหัดตามคู่มือนิยามในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในประเทศไทย ปี 2554 ร่วมกับหนังสือแนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรคตรวจรักษาและส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการเพื่อการกำจัดโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ ได้แก่ ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ > 38 องศาเซลเซียส และมีผื่นนูนแดงขึ้นขณะยังมีไข้ พร้อมทั้งมีอาการไอ ร่วมกับอาการอื่นอย่างน้อยหนึ่งอาการดังต่อไปนี้ 1) อาจตรวจพบ Koplik's Spot 1-2 วัน ก่อนและหลังผื่นขึ้น 2) มีน้ำมูก(Coryza) 3) เยื่อบุตาแดง(Probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกพร้อมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ที่ยืนยันผลผู้ป่วยที่ยืนยันผล (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์คลินิกและมีเกณฑ์ห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้ Serological test พบ Measles Igm ให้ผลบวก หรือการเพาะเชื้อไวรัสโรคหัด (Measles viral isolation) จากสารคัดหลั่งทางเดินหายใจพบเชื้อ

1.3 นำเวชระเบียนทั้งหมดมาเทียบนิยามโรคหัดประเภทผู้ป่วยสงสัย เพื่อประเมินความครบถ้วนหรือความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) โดยพิจารณาจากสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่ถูกราชงานเข้าระบบรายงาน 506 หรือโครงการกำจัด ต่อจำนวนผู้ป่วยสงสัยทั้งหมดที่ตรง

กับนิยามที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนและประเมินค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวัง (Predictive Value Positive , PVP) โดยพิจารณาจากผู้ป่วยที่ถูกราชงานว่าเป็นผู้ป่วยสงสัยโรคหัดจริงตามนิยามผู้ป่วยที่กำหนด

1.4 ประเมินความเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวัง (Representativeness) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลตัวแปรอาชีพและอายุระหว่างผู้ป่วยที่ถูกราชงาน 506 กับข้อมูลตัวแปรของผู้ป่วยที่ตรงตามนิยามโรคหัดที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน

1.5 ประเมินความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลเฝ้าระวัง (Accuracy) โดยเปรียบเทียบข้อมูลตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่ และวันเริ่มป่วย ที่บันทึกจากรายงาน 506 กับข้อมูลในเวชระเบียน

1.6 ประเมินความทันเวลา (Timeliness) โดยนับระยะเวลาที่มีการส่งรายงานเข้าระบบภายใน 3 วันและการสอบสวนโรคทันเวลาภายใน 48 ชั่วโมง ภายหลังจากแจ้งรายงานผู้ป่วย

2. การศึกษาคุณสมบัติของระบบเฝ้าระวังโรคหัดเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 กำหนดกลุ่มเป้าหมายสำหรับเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคหัด ประกอบด้วย ผู้บริหารจำนวน 6 คน และผู้ปฏิบัติงานจำนวน 4 คน รวม 10 คน

2.2 ใช้ระบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวในประเด็นดังต่อไปนี้

2.2.1 ขั้นตอนกระบวนการ(Process) ระบบการเฝ้าระวัง การรายงาน การวินิจฉัย การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ห้องปฏิบัติการ

การสอบสวนและการควบคุมโรค	2.2.3 การยืดหยุ่นระบบเฝ้าระวังโรค (Flexibility)
2.2.2 การยอมรับระบบเฝ้าระวังโรค (Acceptability)	2.2.4 การใช้ระบบเฝ้าระวังโรค (Usefulness)

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน พิสัย
 - สูตรในการคำนวณค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากัับนิยามโรคหัดและมีในระบปรายงาน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยสงสัยทั้งหมด}} * 100$$
 - สูตรในการคำนวณค่าพยากรณ์ผลบวก (Predictive Value Positive)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากัับนิยามโรคหัดและมีในระบปรายงาน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคหัดทั้งหมด}} * 100$$
 - สูตรในการคำนวณค่าความทันเวลา (Timeliness)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีการประเมินทันเวลา}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่รายงานเข้าระบบทั้งหมด}} * 100$$
- การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก

4. นิยามศัพท์

4.1 การเฝ้าระวัง หมายถึง การติดตาม สังเกต พินิจพิจารณา ลักษณะ การเปลี่ยนแปลงของการเกิด การกระจายของโรคหรือปัญหา สาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยมีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงนั้นๆอย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ แปลผล และกระจายข้อมูล ข่าวสารสู่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อ การวางแผนกำหนดนโยบาย การปฏิบัติงาน และการประเมิน

มาตรการควบคุม ป้องกัน โรค อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

4.2 โรคหัด หมายถึง โรคที่เกิดจาก เชื้อไวรัส Measles ตระกูล Paramyxovirus ที่เป็น RNA ไวรัส พบได้ในจมูกและลำคอผู้ป่วย ติดต่อกัน โดยการไอจาม พุดกันในระยะ ประชิด เข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ เอาละอองที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัส (air borne) ระยะฟักตัวของโรค จากเริ่มการสัมผัสโรคถึงมีอาการ 8-12 วัน เฉลี่ยจากวันที่สัมผัสจนถึงผื่น ขึ้นประมาณ 14 วัน อาการแสดงที่สำคัญ

ได้แก่ ไข้(ก่อน) น้ำมูกไหล มักจะไอแห้งตลอดเวลา ไม่มีทางทราบเลยว่าเด็กเป็นหัดแล้วจนเมื่อมีอาการเพิ่มมากขึ้น ไข้สูง ตาแดงก้ำและและ ไอและมีน้ำมูกมาก เด็กจะไข้สูง ประมาณ 3-4 วัน จึงเริ่มมีผื่นจากหลังหู ลามไปยังหน้าและร่างกาย ลักษณะผื่นนูนแดง maculo-papular ติดกันเป็นปื้นๆ ระยะก่อนผื่นขึ้น อาจพบจุดขาวเล็กๆ มีขอบสีแดงๆ อยู่ในกระพุ้งแก้ม เรียกว่า Koplik's spots ซึ่งจะช่วยให้วินิจฉัยโรคหัด ได้ก่อนที่ผื่นขึ้น

5. ผลการศึกษา

1) ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

1.1) ความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) และค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวัง (Predictive Value Positive : PVP)

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยตาม รหัส ICD10 จำนวน 6 รหัสโรค ที่ได้กล่าวมาแล้วที่ เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลชาติตระการระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2556 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 จำนวน 91 รายพบผู้ป่วยเข้าได้กับนิยามโรคหัด จำนวน 7 ราย จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคหัดและมีใน รายงาน 506 จำนวน 27 ราย และจำนวนผู้ป่วยที่ถูก รายงานทั้งหมดในระบบรายงาน 506 และโครงการ กำจัดโรคหัดจำนวน 11 ราย

ตารางที่ 1 ความไวและค่าพยากรณ์ผลบวกของระบบเฝ้าระวังโรคหัด โรงพยาบาลชาติตระการ ในช่วงที่ทำการศึกษา

จำนวน เวชระเบียน ตาม ICD-10	ความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity)			ค่าพยากรณ์ผลบวก (PVP)		
	อาการเข้าได้กับ โรคหัดและ มีในรายงาน	จำนวนผู้ป่วย สงสัยทั้งหมด	ร้อยละ	อาการเข้าได้กับ โรคหัดและ มีในรายงาน	จำนวนผู้ป่วย ที่ถูกรายงาน ทั้งหมด	ร้อยละ
91 ฉบับ	7	27	25.93	7	11	63.63

จากตารางที่ 1 ใช้สูตรในการคำนวณความไวของระบบเฝ้าระวังและค่าพยากรณ์ผลบวก ดังที่ได้กล่าวมาแล้วใน หัวข้อการวิเคราะห์ข้อมูล

$$\text{ดังนั้นค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity)} = (7/27) \times 100 = 25.93$$

$$\text{ค่าพยากรณ์ผลบวก (PVP)} = (7/11) \times 100 = 63.63$$

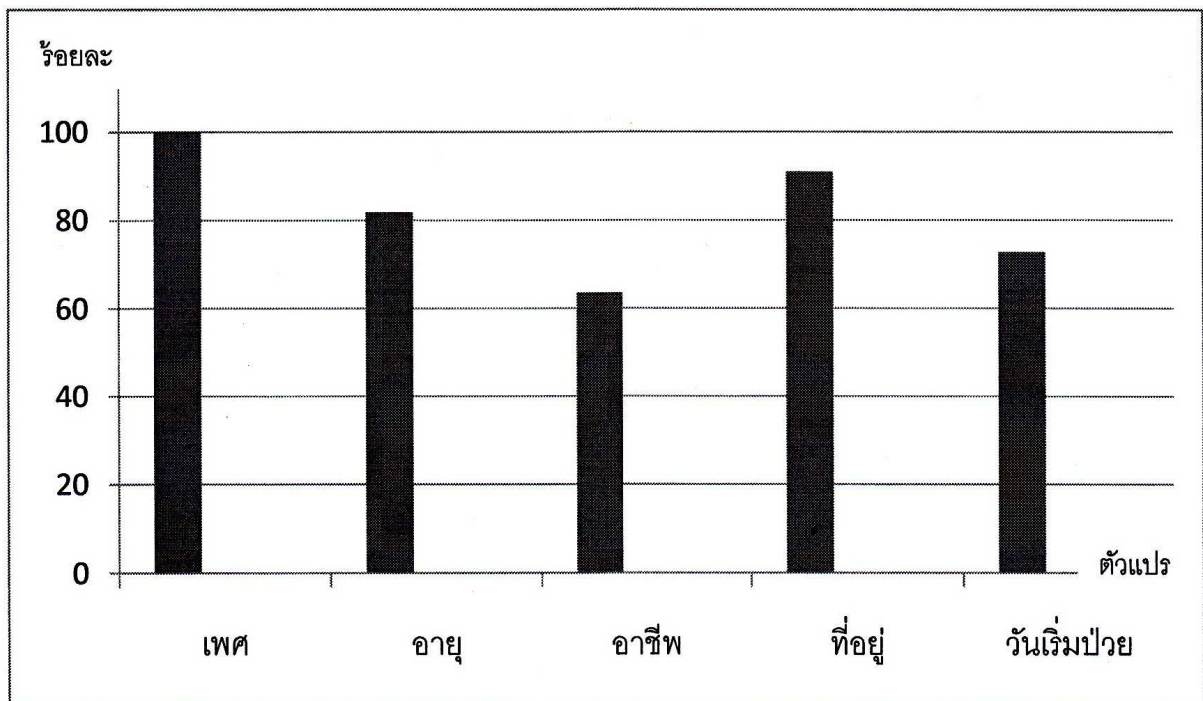
หมายเหตุ : จำนวนผู้ป่วยที่ถูกรายงานด้วยโรคหัดในระบบ 506 แต่อาการไม่เข้ากับนิยามจำนวน 4 ราย เป็นผู้ป่วยใน 1 ราย ผู้ป่วยนอก 3 ราย และจำนวนผู้ป่วยที่สงสัยทั้งหมดที่เข้าได้กับนิยามโรคหัด จำนวน 27 ราย เป็นผู้ป่วยนอก 21 ราย ผู้ป่วยใน 6 ราย

1.2)คุณภาพข้อมูลของระบบเฝ้าระวัง (Data Quality)

จากการนำข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง 506 ที่วินิจฉัยด้วยโรคหัดจำนวนทั้งสิ้น 11 ราย มาวิเคราะห์หาความถูกต้องของตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่ และวันเริ่มป่วย

เปรียบเทียบกับข้อมูลจริงที่อยู่ในเวชระเบียน ผลการเปรียบเทียบคุณภาพข้อมูล ดังแผนภูมิที่ 1 โดยประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปดังนี้ ความถูกต้องตัวแปรเพศ จำนวน 11 ราย ตัวแปรอายุจำนวน 9 ราย ตัวแปรอาชีพจำนวน 7 ราย ตัวแปรที่อยู่จำนวน 10 รายและตัวแปรวันที่เริ่มป่วยจำนวน 8 ราย

แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบร้อยละความถูกต้องของข้อมูลในตัวแปรที่ระบุระหว่างข้อมูลที่ถูกรายงานในระบบ รง.506 กับข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลชาติตระการ



จากแผนภูมิที่ 1 พบว่าคุณภาพตัวแปรด้านอาชีพถูกต้องน้อยที่สุด (ร้อยละ 63.64) คุณภาพด้านตัวแปรเกี่ยวกับเพศถูกต้องมากที่สุด (ร้อยละ 100) คุณภาพของข้อมูลที่มีความผิดพลาดนำไปสู่การควบคุมกำกับและการตรวจสอบข้อมูลของผู้ที่ทำหน้าที่รายงานระบบ รง.506 ต่อไป

1.3 ความสามารถในการเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวัง (Representativeness)

ตารางที่ 2 ความสามารถในการเป็นตัวแทนในแง่จำนวน สัดส่วนเพศ อายุเฉลี่ย ค่ามัธยฐานของอายุ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของอายุ และกลุ่มอาชีพ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ถูกรายงานสู่ระบบ รง.506 กับ ผู้ป่วยที่พบพบตามเวชระเบียนตรงตามนิยามโรคหัด

ประเภทผู้ป่วย ตัวแปร	ผู้ป่วยที่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบ รง.506	ผู้ป่วยที่ตรงตามนิยามโรคหัด
จำนวน (ราย)	11	27
สัดส่วนเพศ (ชาย:หญิง)	1.75:1	1:1.08
หญิง	4	14
ชาย	7	13
อายุเฉลี่ย (ปี)	8.6	6.9
ค่ามัธยฐาน (อายุ)	5	4
พิสัยอายุ (ต่ำสุด-สูงสุด)	2-27	1-46
อาชีพเกษตรกร	3	0
อาชีพรับจ้าง	0	1
อาชีพเด็กนักเรียน	3	8
ไม่ประกอบอาชีพ	5	18
(ในความปกครอง)		

จากตารางที่ 2 ความสามารถในการเป็นตัวแทนของตัวแปรระบบต่างๆระหว่างผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบกับผู้ป่วยที่ตรงตามนิยามโรคหัดในเวชระเบียนของโรงพยาบาลชาติตระการ มีแนวโน้มในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นข้อมูลสามารถเป็นตัวแทนที่ดีของระบบเฝ้าระวังได้

1.4 ความทันเวลา (Timeliness)

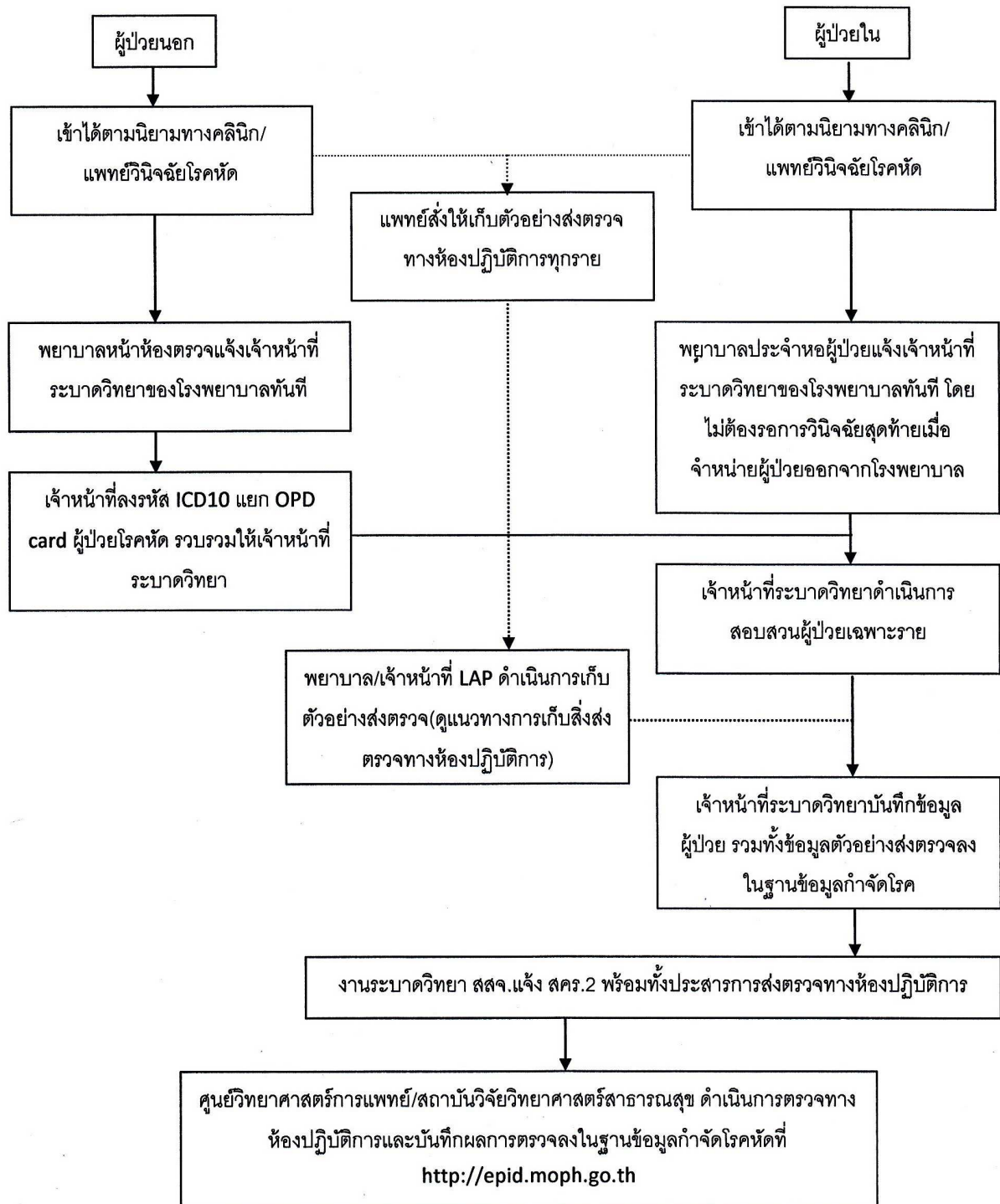
ตารางที่ 3 การประเมินผลความทันเวลาการส่งรายงานโรคหัดของโรงพยาบาลชาติตระการภายใน 3 วัน และการสอบสวนทันเวลาภายใน 48 ชั่วโมง ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559

การประเมินผล	จำนวนที่รายงานเข้าสู่ระบบ รง.506 ทั้งหมด (ราย)	จำนวนที่มีการประเมินผลทันเวลา (ราย)	ร้อยละ
ทันเวลาการรายงานใน 3 วัน	11	7	63.64
สอบสวนโรคหรือตอบสนองความทันเวลาภายใน 48 ชั่วโมง	11	5	45.45

จากตารางที่ 3 พบว่า ความทันเวลาการรายงานโรคภายใน 3 วัน ร้อยละ 63.64 อยู่ในเกณฑ์พอใจและการสอบสวนโรคหรือตอบสนองทันเวลาภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 45 อยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง

2. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

2.1.1 ผลการศึกษาระบบขั้นตอนการเฝ้าระวัง การรายงาน การเก็บตัวอย่างส่งตรวจห้องปฏิบัติการ และการสอบสวนผู้ป่วยโรคหัดของโรงพยาบาลชาติตระการ



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการรายงานผู้ป่วย ผู้ป่วยสงสัยโรคหัดที่มารับการรักษาทั้งประเทศ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลชาติตระการ

2.1.2 การยอมรับระบบเฝ้าระวังโรค

(Acceptability)

จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบด้านระบาดวิทยาและกลุ่มงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทุกคนมีความเห็นว่าระบบเฝ้าระวังโรคมีความสำคัญและยอมรับว่ามีประโยชน์ เนื่องจากสามารถใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรควางแผนพยากรณ์การระบาดของโรคล่วงหน้าและการจัดหามาตรการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม

2.2 ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวังโรค

(Flexibility)

กลุ่มเป้าหมายที่สัมภาษณ์มีความคิดเห็นต่อนิยามศัพท์การป่วยด้วยโรคหัดของสำนักระบาดวิทยาว่ามีความชัดเจนและครอบคลุมทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ป่วยสงสัย น่าจะเป็น และยืนยัน ทั้งนี้ นิยามศัพท์ดังกล่าว ถูกระบุไว้อย่างชัดเจน และสามารถนำไปใช้ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดต่ออย่างเหมาะสม ประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับกำหนดวันส่งข้อมูลผู้ป่วยที่เฝ้าระวังโรคในฐานข้อมูล รง.506 จากโรงพยาบาลไปที่ศูนย์ระบาดวิทยาระดับจังหวัด ภายใน 3 วัน คิดว่ากำหนดวันค่อนข้างเร็วเกินไป เนื่องจากบางครั้งผู้รับผิดชอบงานไม่ได้อยู่ในพื้นที่และตรงกับช่วงวันหยุดนักขัตฤกษ์ ความคิดเห็นเกี่ยวกับช่องทางในการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมสำเร็จรูป เช่น โปรแกรมการรายงานโรคใช้เลือดออกออนไลน์ บางครั้งพบปัญหาอุปสรรคในการจัดส่งรายงาน เนื่องจากระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรและเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.บางแห่งที่อยู่ห่างไกลไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตจึงไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ ควรมีการรายงานได้หลายช่องทางเพื่อเป็นทางเลือกในกรณีเกิดปัญหาอุปสรรคขณะรายงาน

2.3 ความมั่นคงของระบบ (Stability)

ความคิดเห็นผู้ถูกสัมภาษณ์คิดว่า ควรมีการจัดทำคู่มือมาตรฐานระบบเฝ้าระวังโรคให้ครอบคลุมทุกจุดที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประชุมชี้แจงการดำเนินงานทุกแผนกให้มีความเข้าใจตรงกันโดยเฉพาะควรมีการซ่อมแผนรองรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอทุกปี และควรมีการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้เจ้าหน้าที่ ตลอดจนทักษะการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ สุดท้ายควรมีการสะท้อนผลคืนข้อมูลสถานการณ์โรคให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อร่วมกันวางแผนดำเนินการควบคุมป้องกันโรคทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

2.4 การใช้ประโยชน์ระบบเฝ้าระวังโรค

(Usefulness)

2.4.1 ได้มีการปรับปรุงแก้ไขเชิงระบบ โดยมีการประเมินระบบเฝ้าระวังซ้ำอีก 1 ครั้ง พบว่า ค่า Sensitivity เท่ากับร้อยละ 100 อันเนื่องจากแพทย์ทุกคนมีความเข้าใจในหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและดำเนินการตามขั้นตอนของระบบ สำหรับค่า PVP เท่ากับ 0 ไม่พบผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ตามนิยามและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัด

2.4.2 ประเด็นในการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวังกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารมีการประชุมชี้แจงขั้นตอนแนวทางดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง แพทย์ปรับปรุงระบบวินิจฉัยให้ตรงตามนิยามและมีการส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการพยาบาลหน้าห้องตรวจและผู้ป่วยในให้ระบบการแจ้งรายงานผู้ป่วยโรคหัดทุกราย เจ้าหน้าที่เวชสถิติให้แยกเวชระเบียนผู้ป่วยสงสัยให้เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ตลอดจนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ส่วนเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาให้ปรับปรุงความทันเวลาการตอบสนองต่อโรค

บทสรุปและการอภิปรายผล

ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดในโรงพยาบาลชาติตระการ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2559 ค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) ร้อยละ 25.93 อยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายมีอาการเข้าได้กับนิยามโรค แต่ได้รับการวินิจฉัยโรคในรหัส ICD-10 อื่นๆ ทั้งผู้บริหารและปฏิบัติยังไม่ทราบถึงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานตามโครงการกำจัดการขาดอย่างชัดเจนและช่วงระยะ 6 เดือนแรกของปี 2558 โรงพยาบาลยังไม่มีเจ้าหน้าที่เวชสถิติสำหรับตรวจสอบข้อมูลและบันทึกเวชระเบียนโดยตรง มีการสับเปลี่ยนพยาบาลเวรและแพทย์ผู้ให้การรักษา มีการลงรหัสผิดโรคทำให้การลงข้อมูลระบบรายงาน 506 ไม่ครบถ้วน

ควรประเมินค่าพยากรณ์ผลบวกของระบบเฝ้าระวัง (Predictive Value Positive : PVP) ร้อยละ 63.63 อยู่ในเกณฑ์พอใช้ จากการทบทวนเวชระเบียน บางรายไม่เข้ากับนิยาม แต่มีการรายงานวินิจฉัยโรคหัดในรหัส B05.9 (measles) เนื่องจากแพทย์ใช้หลักการวินิจฉัยโรคที่ค่อนข้างมีความจำเพาะสูง บางครั้งเจ้าหน้าที่ลงบันทึกข้อมูลประวัติผู้ป่วยไม่ละเอียด ทำให้ไม่ทราบอาการสำคัญที่ชัดเจน และจากการตรวจสอบพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบ ร.506 เป็นโรคหัด แต่อาการไม่เข้ากับนิยามโรค ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก ดังนั้นการแก้ไขปัญหาระบบจะมุ่งสู่การบริหารจัดการวินิจฉัยที่ผู้ป่วยนอกเป็นหลัก

จากการศึกษาการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดจังหวัดตาก ปี พ.ศ.2554 ของ วรณา วิจิตร และคณะ⁽¹⁾ พบว่า ค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง

(Sensitivity) ภาพรวมร้อยละ 44.8 แต่เมื่อพิจารณา กลุ่มโรงพยาบาลตามผลงาน พบว่า ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องมาจากมีการจัดให้มีเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลตามตึกทุกวัน ไม่มีเว้นวันหยุดราชการ สำหรับกลุ่มที่อยู่ในระดับปรับปรุง พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งให้เจ้าหน้าที่พยาบาลเวชซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ลงบันทึกข้อมูล และมีการเปลี่ยนเวรตลอด มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการลงรหัสโรค

ด้านการประเมินค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive : PVP) ของการศึกษาดังกล่าว พบว่า รวมร้อยละ 66.7 ใกล้เคียงกับของโรงพยาบาลชาติตระการ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มโรงพยาบาลของการศึกษาที่จังหวัดตาก ตามผลงาน พบว่า มีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ถึงปรับปรุง ทั้งนี้พบว่าแพทย์บางโรงพยาบาลมีการใช้นิยามในการวินิจฉัยที่ค่อนข้างจำเพาะสูง และโรงพยาบาลบางแห่งถ้าแพทย์วินิจฉัยโรคหัดเวชสถิติจะไม่ใส่ ICD-10 รหัส B05.9 (measles) หรือบางรายผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามจะให้การวินิจฉัย Unspecified viral infection (B09)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ควรมีการจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคหัดตามโครงการกำจัดการขาดพันธะสัญญานานาชาติให้แก่แพทย์และพยาบาลจบใหม่ช่วงที่มีการปฐมนิเทศก่อนออกปฏิบัติงาน รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังทั้งองค์กร

2. ด้านการปฏิบัติการ/สาธารณสุข ผู้ป่วยที่อาการเข้าได้กับนิยามโรคหัด ที่มาด้วยอาการไข้ ออกผื่น (Maculo-papular rash) ร่วมกับอาการ

ต่อไปนี้อาจน้อย 1 อาการ ได้แก่ มีน้ำมูก ตาแดง ตรวจพบ Koplik's spot ในลำคอ แพทย์อาจไม่ได้วินิจฉัยโรคหัดโดยตรง หรือเพียงวินิจฉัย R/O measles อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่พยาบาลที่พบผู้ป่วยดังกล่าว ควรแจ้งไปยังเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาพื้นที่ เพื่อให้เกิดการรายงานและสอบสวนผู้ป่วยสงสัยโรคหัดทุกราย โดยไม่ต้องรอการ

วินิจฉัยครั้งสุดท้ายจากแพทย์หรือการลงรหัส ICD10 ซึ่งจะทำให้การรายงานและสอบสวนโรคล่าช้าหรือตกหล่นไม่ได้รับการรายงานได้ ทางด้านเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาควรตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลการรายงานโรค รวมถึงปรับปรุงด้านความทันเวลาของการส่งข้อมูลและการสอบสวนโรคภายในระยะเวลาที่กำหนดด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. วรรณ วิจิตรและคณะ. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดจังหวัดตาก ปี พ.ศ.2554. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2555 ; 43 : 529-534
2. สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการบรรยายหลักสูตรระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว สำหรับแพทย์ หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก เล่มที่1. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข ; 2559.
3. ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ. แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรคการตรวจรักษาและส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการกำจัดโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2555.
4. World Health Organization. Who. Rapid Risk Assessment of Acute Public Health Events. 2nd ed. 2012.
5. คำณณ อึ้งชูศักดิ์. หลักวิชาและการประยุกต์ระบาดวิทยาสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขของอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2549.
6. ดรินทร์ อริย์โชคชัย. แนวทางเฝ้าระวังสอบสวนทางระบาดวิทยาและการรายงานโรคหัด. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2555.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข ; 2555.
8. สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทชีชีจำกัด ; 2557.
9. Abram s.Benenson, ed. Control of Communicable Diseases Manual. 1^{6th} ed. Washington ; 2015.



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

โรคจากภาวะอากาศ ร้อน

ผู้ที่ต้องตากแดดหรืออยู่ในอากาศร้อน ทำให้สูญเสียเหงื่อ
จำนวนมาก อาจจะทำให้เป็นโรค จากภาวะอากาศร้อน

อาการโรคมีอยู่ 2 รูปแบบ

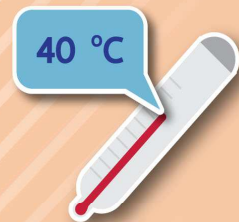
แบบอ่อน ๆ

เวลาอยู่กลางแจ้งนานๆ จะรู้สึก
อ่อนเพลีย เป็นลม แต่ยังรู้สึกตัวอยู่
หากได้นั่งพักในที่ร่ม อากาศถ่ายเท
ห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ ตมน้ำเย็น
หรือเช็ดตัว อาการก็จะดีขึ้น



แบบรุนแรง

ตัวร้อนจัด เหงื่อไม่ออก คลื่นไส้
อาเจียน ปวดศีรษะ เป็นลม บางราย
อาจถึงชีวิตได้ ซึ่งเป็นผลต่อเนื่อง
จากอาการแบบอ่อนๆ แต่ไม่ได้รับการ
ดูแลที่ถูกต้อง หรือบางครั้ง
อาจเกิดขึ้นเองโดยตรงก็ได้



การรักษาอาการ

- หากมีอาการร้อนในร่างกาย คลื่นไส้ เวียนศีรษะ มีเหงื่อออกผิดปกติ มีอาการง่วง พวดชาลง เลอะเลือด
การเคลื่อนไหวช้าลง ควรพาผู้ป่วยไปพักในที่ร่มทันที
- เปิดเครื่องปรับอากาศ และใช้น้ำเย็นเช็ดตัว เนื่องจากอาการในช่วงนี้จะนำไปสู่อาการแบบรุนแรงอย่างรวดเร็ว
- จัดท่านอนของผู้ป่วยให้เก่ายกสูงกว่าศีรษะ เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ดี
- หากไม่รู้สึกตัวให้จับนอนตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง ระมัดระวังอย่าให้มีอะไรอยู่ในปากและอย่าให้ผู้ป่วยจมน้ำ
- หากอาการไม่ดีขึ้นให้รีบนำตัวส่งโรงพยาบาล

การป้องกัน

เมื่ออยู่กลางแจ้งสวมเสื้อแขนยาว ใส่หมวก ใส่แว่นตากันแสงแดด หากมีอาการเหงื่อออกมาก
เวียนศีรษะ ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ควรรีบหลบเข้าไปอยู่ในที่ร่มทันที
ดื่มน้ำมากๆ เมื่อรู้สึกร้อนกระหายน้ำ



สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
<http://www.riskcomthai.org>

1422

สายด่วนกรมควบคุมโรค

ข้อเท็จจริง

เกี่ยวกับสายพันธุ์เอชไอวี (HIV)



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

สายพันธุ์เอชไอวี

ปัจจุบันเชื้อเอชไอวีมี 2 ชนิด คือ เอชไอวี 1 (HIV-1) และ เอชไอวี 2 (HIV-2) เชื้อเอชไอวี ทั้งสองชนิด ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เลือด ผลิตภัณฑ์จากเลือด และติดต่อจากมารดาสู่ทารก

เชื้อเอชไอวีที่พบในประเทศไทย

เชื้อเอชไอวี 1 สายพันธุ์ย่อย เอ อี (A/E) ซึ่งมีการผสมกัน 3 สายพันธุ์ ได้แก่ เอจีดี(AG/D) และ เออี-จี (AE/G)

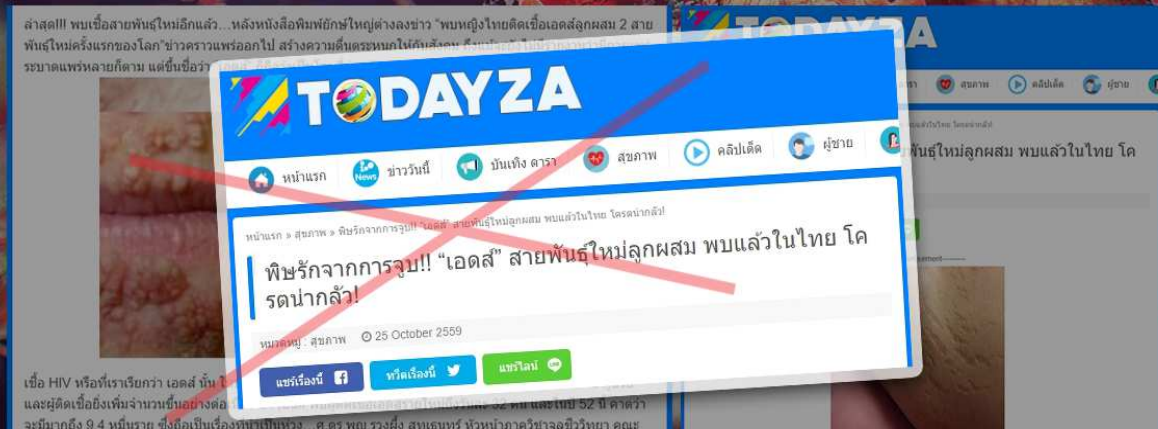
กรมควบคุมโรค

อย่า ไม่ต้องตื่นตระหนก

ไม่คิดว่าเป็นเอชไอวีสายพันธุ์ใหม่ แต่ให้ป้องกัน ดูแลร่างกายให้แข็งแรง

และสวมถุงยางอนามัย

ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์



ปัจจัยสำคัญ 3 อย่าง

1. ปริมาณ น้ำมูก น้ำลาย ปัสสาวะ เหงื่อ น้ำนม มีปริมาณเชื้อ ไม่มากพอที่จะทำให้ติดเชื้อได้
2. คุณภาพของเชื้อ ที่อยู่ในร่างกายของมนุษย์เท่านั้น
3. ช่องทางการติดต่อ คือ การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย อย่างถูกวิธี การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกัน และการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

DDC
กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

สำหรับสื่อความเสี่ยง
และสนับสนุนการสื่อสารสุขภาพ
Bureau of Risk Communication
and Health Behavior Development
www.riskcomthai.org



สายด่วน
กรมควบคุมโรค
1422