

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 Journal Of Medical and Public Health Region 4

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนธันวาคม 2559 – มีนาคม 2560

Vol. 7 No. 1 January 2016 – March 2017



ISSN : 2229 - 0117



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 เป็นวารสารวิชาการ จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนางานวิชาการระดับเขต
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และงานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การติดต่อ และประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 4
นายแพทย์นพพร พงศ์ปдіมปิดิชัย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตน์วนิช	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
นายแพทย์มณฑิธร คณาสวัสดิ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
นายแพทย์สาโรจน์ มะรุณี	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก
นายแพทย์วรรงค์ รุ่งเรือง	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
นายแพทย์ณรงค์ ตั้งตรงไพโรจน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
นายแพทย์วัฒนา โรจนวิจิตรกุล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
นายแพทย์พิทยา ไพบูลย์ศิริ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บรรณาธิการอำนวยการ

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
หัวหน้ากลุ่มของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

กองบรรณาธิการ

นางสุภาภรณ์ วัฒนารุท นางสาวภาวิณี มนต์รี

ฝ่ายจัดการและฝ่ายศิลป์

นางสาววิภาศิริ อังประทีป นายยุทธนา กลิ่นจันทร์ นายณัฐพล ผลาผล
นางสาวอุบลวรรณ ประชีพฉาย

กำหนดออก ราย 6 เดือน (ตุลาคม – มีนาคม, เมษายน - กันยายน)

วิธีการสืบค้นวารสาร <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/JMPHR2/index>

สำนักงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

ถนนพหลโยธิน ตำบลพระพุทธบาท อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120

โทรศัพท์ 036 - 239302, 036 - 239306, 036 - 266006 โทรสาร 036 - 239301

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมหรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ กลุ่มที่ 2 นวัตกรรมและ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่างๆ ดังนี้

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”

1.2 รายงานปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิจารณ์ และเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกพร้อมกัน

1.4 ย่อวารสาร (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ มีการติดตาม ประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับ ให้อ่านได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

2.4 บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยค สมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2.8 วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997
2. การอ้างอิงเอกสารใดๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่เกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ; เล่มที่ของวารสาร : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย. ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987; 257: 640 - 4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสาร เป็นต้น

2. ชีระ รามสูต, นีวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุรงค์ดี สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10:101 - 2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization;1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หาริณสูต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรรศน์; 2533. น. 115 - 20.

4. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องลงตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับโดยใช้เอกสารขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว จำนวนไม่เกิน 8 หน้า 1 ชุด หรือแผ่น CD พร้อมระบุชื่อ File ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address : drt.dpc2@gmail.com

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัยนวัตกรรมและงานสร้างสรรค์วิเคราะห์ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4
Journal of Medical and Public Health Region 4

ISSN : 2229 – 0117

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 ธันวาคม 2559 - มีนาคม 2560

Volum 7 No. 1 January 2016 - March 2017

สารบัญ

หน้า

1. การประเมินระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (ตามแนวคิด 12 องค์ประกอบ UNAIDS) ในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี และจังหวัดในพื้นที่ ปีงบประมาณ 2559
Assessment of Monitoring and Evaluation System for HIV/AIDS Prevention (Based on 12 UNAIDS Components) in the Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi and Network Provinces, Fiscal Year 2016
วุฒิสักดิ์ รักเดช, สุวลีรัตน์ เพชรล้อม, ประภา คงจ๊ะระ 1
2. การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ในเขตสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2558
Assess the effectiveness of the child care centers that meet the standards of childcare facilitiesThe Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi fiscal Year 2015
วุฒิสักดิ์ รักเดช, เบญจวรรณ วงษ์รอด 10
3. การพัฒนาเครือข่ายระบบบริหารชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อจังหวัดปทุมธานี
Management of the network in CKD care in Pathumtani province
The Effectiveness of Measures to Dengue Fever Control of People in High Risk Area, Phetburi Province
เอี่ยมพร กลุ่มบุตร, ไพรัช พิณฑพาทย์, ภัสจณา ชัยสุวรรณรัตน์, จินตนา โชคชัยมาดล, จิรายุทธ จันทร์มา , สิริภา ช้างศิริกุลชัย 17
4. การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย, กันยายน-ธันวาคม 2559
The Zika virus Outbreak in Health region 4, Thailand, September-December 2016
นวลปราง ประทุมศรี, ปทุมมาลัย ศีลาพร 27
5. สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2559
The situation of viral hepatitis, Health region 4th, Thailand, 2015
ระพีพร กรมธรรมา, ณพพงษ์ บำรุงพงษ์, รัญญาภรณ์ คุณสมบัติ คุญโล่ห์, นิชาภา ตรีชัยศรี 38

บรรณาธิการแถลง

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเป็นปีที่ 7 เพื่อเป็นสื่อกลางถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพการรักษายาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งตอบสนองพันธกิจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคสำหรับเครือข่ายทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ วารสารฉบับนี้มีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ การประเมินระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (ตามแนวคิด 12 องค์ประกอบ UNAIDS) ในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี และจังหวัดในพื้นที่ ปังบประมาณ 2559 การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ในเขตสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปังบประมาณ 2558 การพัฒนาเครือข่ายระบบบริหารชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อ จังหวัดปทุมธานี การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย, กันยายน-ธันวาคม 2559 สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2559

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ที่มีส่วนทำให้วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี หากมีข้อเสนอแนะประการใด ผู้จัดทำขอรับไว้ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง

บรรณาธิการ

การประเมินระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
(ตามแนวคิด 12 องค์ประกอบของ UNAIDS) ในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
และจังหวัดในพื้นที่ ปีงบประมาณ 2559

Assessment of Monitoring and Evaluation System for HIV/AIDS Prevention (Based on 12 UNAIDS Components) in the Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi and Network Provinces, Fiscal Year 2016

วุฒิสักดิ์ รักรเดช	Wuttisak Rakdach
สุวสิทธิ์ เพชรล้อม	Suwaleerat Phetlom
ประภา คงจ๊ะระ	Prapa Kongera
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี	The Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi

บทคัดย่อ

การประเมินระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี (สคร.4) และจังหวัดในพื้นที่ ปีงบประมาณ 2559 มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาช่องว่างในการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยใช้เครื่องมือ 12 องค์ประกอบของ UNAIDS และวางแผนพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับช่องว่างที่ค้นพบ ตามความเหมาะสมกับบริบทและความพร้อม และนำปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะไปใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) และเชิงปริมาณ (Quantitative Study) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสัมภาษณ์ระดับเชิงลึก (In-depth Interview) การพิจารณาว่าองค์ประกอบใดผ่านจะต้องมีผลการประเมินรายข้อภายในองค์ประกอบผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 สำหรับการประเมินว่าหน่วยงานหรือจังหวัดผ่านเกณฑ์จะต้องมีผลการประเมินองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ผลการศึกษาพบว่า สคร.4 สระบุรี และ 8 จังหวัดในพื้นที่ ในภาพรวมทั้ง 12 องค์ประกอบผ่านเกณฑ์การประเมินฯ จำนวน 9 องค์ประกอบ คิดเป็นร้อยละ 75.0 ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 4 การจัดทำแผนการติดตามและประเมินผล องค์ประกอบที่ 5 การจัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนงบประมาณด้านการติดตามและประเมินผล และองค์ประกอบที่ 11 การวิจัยและประเมินผลหน่วยงานที่ผ่านการประเมินฯ จำนวน 5 หน่วยงาน หน่วยงานที่ยังไม่ผ่านการประเมินฯ จำนวน 4 หน่วยงาน

สำหรับ สคร.4 สระบุรี ยังไม่ผ่านองค์ประกอบด้านโครงสร้างองค์กรและทรัพยากรบุคคล ด้านการจัดทำแผนการติดตามประเมินผลและการจัดทำแผนปฏิบัติงานและงบประมาณ ด้านการสำรวจและระบบเฝ้าระวัง ด้านการวิจัยและประเมินผลและด้านการเผยแพร่และใช้ประโยชน์ข้อมูลควรมีการจัดทำโครงสร้างองค์กรและคณะทำงาน M&E ด้านเอดส์มีการจัดทำแผนการติดตามและประเมินผลแผนปฏิบัติงานและงบประมาณและควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายในเรื่องระบบ M&E ควรมีการประสานจังหวัดหรือสำนักกระบวนเรื่องฐานข้อมูล และควรมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อยุติปัญหาเอดส์ที่บูรณาการทุกภาคส่วนในระดับเขต สำหรับภาพรวมจังหวัดในพื้นที่ไม่ผ่านองค์ประกอบด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายในเรื่องระบบ M&E ด้านเอดส์ และการจัดทำแผนพัฒนาการสนับสนุนจังหวัดและเครือข่ายในการพัฒนางานวิจัยด้านเอดส์ ข้อเสนอแนะการพัฒนาการประเมินระบบการติดตามและประเมินผล (M&E) ควรมีการทบทวนปรับปรุงหรือเพิ่มเติมการประเมินให้มีความคล่องตัวในการดำเนินงานและสอดคล้องแผนงานโครงการอื่นๆ และการกำหนดทิศทางกลไกการประเมินควร และผลักดันด้านนโยบายและการกำหนดรูปแบบให้ชัดเจน

คำสำคัญ : การประเมินระบบ การติดตามและประเมินผล การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

Abstract

The objectives of this research are to find gaps in the development of monitoring and evaluation (M&E) system of the HIV/AIDS prevention (based on 12 UNAIDS components for assessment of the HIV M&E system) in the Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi (ODPC4) and 8 network provinces in fiscal year 2016. The research included qualitative study using a focus group and quantitative study using in-depth interview. The component was regarded good or passed assessment when > 70% of items of the component could be done. The organization was regarded passed assessment when > 70% of the components could be achieved.

Overall, the ODPC4 and 8 provinces could pass 9 of the 12 components (75.0%). The 3 components without passed assessment included the 4th component (HIV M&E plan), 5th (HIV M&E work plan), and 11th (HIV evaluation and research). Of the ODPC4 and 8 provinces, 5 could pass the M&E system assessment.

In the ODPC4, the components without passed assessment were organizational structures with HIV M&E functions, M&E plan, M&E work plan, surveys and surveillance, HIV evaluation and research, and data dissemination and use. It is important to develop organizational structures with HIV M&E functions, M&E plan, and M&E work plan. Training the provincial health personnel about HIV M&E, network data coordination, and HIV strategic plans integrated from all partners should also be strengthened. In the provinces, the components without passed assessment were human capacity for HIV M&E, M&E plan, M&E work plan, and HIV evaluation and research. It is essential to review and improve HIV/AIDS M&E strategy and plans which can be done in accordance with other health plans.

Keywords : System assessment, monitoring and evaluation, HIV/AIDS prevention

บทนำ

การพัฒนาาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และระบบการติดตามและประเมินผล ภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2555-2559 จำเป็นต้องมีการดำเนินการไปพร้อมๆ กัน ทั้งในระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด ซึ่งที่ผ่านมาการพัฒนาการติดตามและประเมินผลในระดับประเทศมีความก้าวหน้าในระดับหนึ่ง แต่การพัฒนาการติดตามและประเมินผลในระดับพื้นที่ ยังต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในปี พ.ศ.2558-2559 ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ จึงวางแผนการพัฒนาระบบและกลไกการติดตามและประเมินผล การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับพื้นที่ ตั้งแต่ระดับเขต และจังหวัด โดยใช้แนวคิดการพัฒนาการติดตามและประเมินผล ด้วยเครื่องมือ 12 องค์ประกอบของ UNAIDS ซึ่งประกอบไปด้วย องค์ประกอบ 1 โครงสร้างองค์กรและทรัพยากรบุคคล องค์ประกอบ 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร องค์ประกอบ 3 ความร่วมมือระหว่างภาคี องค์ประกอบ 4 การจัดทำแผนการติดตามและประเมินผล (M&E plan) องค์ประกอบ 5 การจัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนงบประมาณด้านการติดตามและประเมินผล องค์ประกอบ 6 การสื่อสาร การผลักดันนโยบายและการสร้างวัฒนธรรมด้านการติดตามและประเมินผลภายในองค์กร องค์ประกอบ 7 ระบบติดตามงานที่ดำเนินการเป็นประจำ องค์ประกอบ 8 การสำรวจและระบบเฝ้าระวัง องค์ประกอบ 9 ระบบฐานข้อมูลด้านการติดตามและประเมินผล องค์ประกอบ 10 การนิเทศและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล องค์ประกอบ 11 การวิจัยและประเมินผล และองค์ประกอบ 12 การเผยแพร่และใช้ประโยชน์ข้อมูล องค์ประกอบทั้งหมดได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบ

ที่นำไปสู่ระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังถูกกำหนดให้เป็นกลยุทธ์หนึ่งภายใต้ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ปี พ.ศ.2559 - 2563 ของกรมควบคุมโรค หนึ่งกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation : M & E) ซึ่งเสนอโดย UNAIDS (2009) จะมีองค์ประกอบหลัก 12 ประการ ที่มีความเชื่อมโยงกัน และมีความสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานด้านเอดส์ที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การได้มาซึ่งข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Information : SI) อันหมายถึง ข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอ สำหรับการนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการกำหนดกลยุทธ์ในการวางแผน การปรับปรุง การดำเนินงานได้อย่างแท้จริง ดังนั้นหากมีการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลในทุกระดับ ได้ตามมาตรฐาน จะมีผลให้สามารถวางแผนการดำเนินงาน ได้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาและมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย การยุติปัญหาเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเทศไทยได้ในที่สุด

คณะผู้ศึกษาจึงได้สนใจการประเมินระบบการติดตามและประเมินผล การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (ตามแนวคิด 12 องค์ประกอบ ของ UNAIDS) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี และจังหวัดในพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาช่องว่างในการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตนเอง โดยใช้เครื่องมือ 12 องค์ประกอบ และวางแผนพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับช่องว่างของการพัฒนาที่ค้นพบ มีความเหมาะสมกับบริบท และความพร้อมของตนเอง และนำปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาเอดส์ ของหน่วยงานและจังหวัดในพื้นที่

วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาช่องว่างในการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตนเอง โดยใช้เครื่องมือ 12 องค์ประกอบ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) และเชิงปริมาณ (Quantitative Study) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สันทนาการกลุ่ม (Focus Group) และใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ของหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่ และรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบความตรงเนื้อหา และโครงสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบไปด้วย รศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธวัชวิญญูชัย ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ผู้รับผิดชอบงานเอ็ดส์ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ และผู้รับผิดชอบงานเอ็ดส์สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 การประเมินประเมินเป็นรายองค์ประกอบ การพิจารณาว่าองค์ประกอบใดผ่าน จะต้องมีการประเมินรายข้อภายในองค์ประกอบผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 สำหรับการประเมินว่าหน่วยงานหรือจังหวัดผ่านเกณฑ์จะต้องมีการประเมินองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ผู้รับผิดชอบงานแผนงานและยุทธศาสตร์

ผู้รับผิดชอบงานสื่อสารและประชาสัมพันธ์ และผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จำนวน 8 จังหวัด หน่วยงานหรือจังหวัดละ 5 ท่าน ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน มกราคม ถึงเดือน มิถุนายน 2559 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาหน่วยงานหรือจังหวัดละ 5 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ผู้รับผิดชอบงานแผนงานและยุทธศาสตร์ ผู้รับผิดชอบงานสื่อสารและประชาสัมพันธ์ และผู้รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา ตามรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของผลการประเมินระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยใช้ เครื่องมือ 12 องค์ประกอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี และจังหวัดในพื้นที่

ประเด็นประเมิน	สคร.4	สบ.	ลป.	สห.	อท.	นย.	นบ.	ปท.	อย.	รวม
องค์ประกอบที่ 1 โครงสร้างองค์กรและทรัพยากรบุคคล	20.0	100	100	90.0	80.0	100	90.0	50.0	100	77.8
องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	86.6	100	93.2	86.6	86.6	86.6	86.6	73.2	100	100
องค์ประกอบที่ 3 ความร่วมมือระหว่างภาคี	75.0	100	100	50.0	50.0	75.5	100	100	100	100
องค์ประกอบที่ 4 การจัดทำแผนการติดตามและประเมินผล	50.0	50.0	87.5	50.0	0	50.0	62.5	50.0	62.5	11.1
องค์ประกอบที่ 5 การจัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนงบประมาณ	50.0	100	100	100	100	100	0	0	0	55.6
องค์ประกอบที่ 6 การสื่อสาร การผลักดันนโยบายและการสร้างวัฒนธรรม	100	100	100	100	75.0	100	100	75.0	75.0	100
องค์ประกอบที่ 7 ระบบติดตามงานที่ดำเนินการเป็นประจำ	80.0	100	100	100	100	100	100	100	100	100
องค์ประกอบที่ 8 การสำรวจและระบบเฝ้าระวัง	0	100	100	100	100	100	100	100	100	88.9
องค์ประกอบที่ 9 ระบบฐานข้อมูลด้านการติดตามและประเมินผล	75.0	100	100	75.0	75.0	75.0	100	100	100	88.9
องค์ประกอบที่ 10 การนิเทศและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล	100	100	100	100	100	75.0	0	100	100	88.9
องค์ประกอบที่ 11 การวิจัยและประเมินผล	50.0	0	100	50.0	0	100	0	50.0	100	33.3
องค์ประกอบที่ 12 การเผยแพร่และใช้ประโยชน์ข้อมูล	20.0	96.0	100	56.0	80.0	80.0	100	80.0	80.0	77.8
ภาพรวม	50.0	88.3	100	66.7	75.0	91.7	66.7	66.7	83.3	75.0

หมายเหตุ : สบ. คือ สระบุรี, ลป. คือ ลพบุรี, สห. คือ สิงห์บุรี, อท. คือ อ่างทอง, นย. คือ นครนายก, นบ. คือ นนทบุรี, ปท. คือ ปทุมธานี และ อย. คือ พระนครศรีอยุธยา

จากตาราง ผลการประเมินระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์โดยใช้เครื่องมือ 12 องค์ประกอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี และจังหวัดในพื้นที่ ภาพรวม องค์ประกอบที่ 1 - 12 ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 9 องค์ประกอบ (คิดเป็นร้อยละ 75.0) ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 4 การจัดทำแผนการติดตามและ

ประเมินผล องค์ประกอบที่ 5 การจัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนงบประมาณด้านการติดตามและประเมินผล และองค์ประกอบที่ 11 การวิจัยและประเมินผล หน่วยงานที่ผ่านการประเมินฯ มากกว่าร้อยละ 70 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.6 ไม่ผ่านการประเมินฯ จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 44.4

องค์ประกอบ 1 โครงสร้างองค์กรและทรัพยากรบุคคล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ไม่มีโครงสร้าง แต่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานเอดส์ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงานเอดส์ชัดเจน การดำเนินกิจกรรม การรวบรวม วิเคราะห์ ประมวลผล และสังเคราะห์ แต่ไม่ได้ทำเป็นคณะทำงาน สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ มีการระดม SI M&E ด้านเอดส์ใน organization chart หรือในโครงสร้างการบริหารบุคลากรที่รับผิดชอบการรวบรวม วิเคราะห์ ประมวลผล และสังเคราะห์ข้อมูล ภาพรวมของงานเอดส์ แต่ส่วนใหญ่จะมีการดำเนินงานเป็นเพียงบุคลากร ผู้รับผิดชอบงาน และ/หรือ มีแรงจูงใจในการทำงานที่เหมาะสม เช่น การพิจารณาความดีความชอบ ค่าตอบแทน รางวัล ใบประกาศ และวัสดุ อุปกรณ์ สนับสนุนในการทำงาน

องค์ประกอบ 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี มีความรู้และสามารถถ่ายทอดให้เครือข่าย ในเรื่องระบบข้อมูล RHIS ในกลุ่มประชากรหลัก แต่สำหรับระบบ HIV cascade และระบบ PASA (Provincial AIDS Spending Assessment) ผู้รับผิดชอบในปัจจุบันยังไม่ได้รับการอบรม สำหรับการนำข้อมูล (Data used) เพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินการได้ มีการประเมินความต้องการ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรของระดับเขตและจังหวัดในพื้นที่ สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ บุคลากรมีความรู้และสามารถถ่ายทอดให้เครือข่ายในเรื่อง ระบบข้อมูล RHIS ,HIV cascade และ PASA (Provincial AIDS Spending Assessment) ส่วนใหญ่จังหวัดไม่สามารถดำเนินการได้ แต่การนำข้อมูล (Data used) เพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการระบุง่วง การปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ทุกจังหวัดสามารถดำเนินการได้ มีการประเมินความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ

องค์ประกอบ 3 ความร่วมมือระหว่างภาคี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี มีการทำรายชื่อและข้อมูลพื้นฐานของภาคีความร่วมมือด้านเอดส์ในระดับจังหวัด เฉพาะเครือข่ายสาธารณสุขและองค์กรเอกชน มีการประสานความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ มีการประชุมภาคี

เครือข่ายในระดับจังหวัดเพื่อวางแผนงานและติดตามการดำเนินงานด้านเอดส์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และมีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบ 4 การจัดทำแผนการติดตามและประเมินผล (M&E plan) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี มีแผน/กรอบการติดตามงานเอดส์เพื่อการยุติปัญหาเอดส์ ที่มีการบูรณาการทุกภาคส่วน มีการวิเคราะห์และประเมินความสำเร็จของตัวชี้วัด และความเหมาะสม มีการตั้งเป้าหมาย การติดตามงานเอดส์ในระดับเขตตามตัวชี้วัด สำหรับแผนพัฒนาระบบ SI M&E ด้านเอดส์เพื่อการยุติปัญหาเอดส์ ที่บูรณาการทุกภาคส่วนในระดับเขต ยังไม่มีการทบทวน สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ ทุกจังหวัดมีแผน/กรอบการติดตามงานเอดส์เพื่อการยุติปัญหาเอดส์ที่มีการบูรณาการทุกภาคส่วน มีการวิเคราะห์และประเมินความสำเร็จของตัวชี้วัดและความเหมาะสม มีการตั้งเป้าหมาย การติดตามงานเอดส์ตามตัวชี้วัด มีการกำหนดแหล่งข้อมูลหน่วยงานที่รับผิดชอบ และความถี่ของการรายงานอย่างชัดเจน แผนพัฒนาระบบ SI M&E ด้านเอดส์เพื่อการยุติปัญหาเอดส์ ที่บูรณาการทุกภาคส่วนในระดับจังหวัดยังไม่มีทบทวน

องค์ประกอบ 5 การจัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนงบประมาณด้านการติดตามและประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน SI M&E ด้านเอดส์ แต่มีการติดตาม ความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติงาน สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบมีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน SI M&E ด้านเอดส์ ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบ SI M&E ด้านเอดส์ระดับจังหวัด โดยการจัดทำแผนปฏิบัติงานไม่ได้แยก M&E ด้านเอดส์ออกมาชัดเจน แต่มีการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด

องค์ประกอบ 6 การสื่อสาร การผลักดันนโยบาย และการสร้างวัฒนธรรมด้านการติดตามและประเมินผล ภายในองค์กร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี มี Champion ซึ่งคอยผลักดันงานด้านเอดส์ในสำนักงาน ผู้บริหาร/หัวหน้างานให้ความสนใจและสนับสนุนการดำเนินงาน และมีช่องทางและการสื่อสารด้านเอดส์ สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบมี Champion ซึ่งคอยผลักดันงาน SI M&E ด้านเอดส์ของจังหวัด ผู้บริหาร/หัวหน้างานให้ความสนใจและสนับสนุนการดำเนินงาน มีช่องทางและการสื่อสารด้านเอดส์

องค์ประกอบ 7 ระบบติดตามงานที่ดำเนินการเป็นประจำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี มีรายการสำรวจการดำเนินงานประจำในฐานข้อมูลต่อไปนี้อย่างไร RHIS , NAPA , NAP มีกระบวนการในการสร้างความเข้าใจและขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายจากการประชุม นิเทศงาน มีระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับและระบบการติดตามเชิงคุณภาพ สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบทุกจังหวัดมีรายการสำรวจการดำเนินงานประจำ มีกระบวนการในการสร้างความเข้าใจและขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย มีระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับผลการติดตามงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง มีระบบการเก็บข้อมูลการดำเนินงานประจำที่มีคุณภาพและครอบคลุม และมีระบบการติดตามเชิงคุณภาพ

องค์ประกอบ 8 การสำรวจและระบบเฝ้าระวัง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ไม่มีการสำรวจระบบเฝ้าระวัง แต่สำรวจโดยจังหวัด สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบทุกจังหวัดมีการสำรวจตามช่วงเวลาที่ต้องดำเนินการ มีการวิเคราะห์ระบบการสำรวจ และเฝ้าระวังเหมาะสมกับบริบทของจังหวัด มีการทบทวน และปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน

องค์ประกอบ 9 ระบบฐานข้อมูลด้านการติดตามและประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ไม่มีการพัฒนาฐานข้อมูลที่ด้านเอดส์เพิ่มเติม ที่มีความจำเพาะ สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบไม่มีการพัฒนาฐานข้อมูลด้านเอดส์เพิ่มเติม สำหรับฐานข้อมูลที่ดำเนินการมีความเป็นปัจจุบัน และข้อมูลอยู่ในลักษณะฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ มีระบบป้องกันความเสี่ยง

องค์ประกอบ 10 การนิเทศและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี มีระบบการตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้องของข้อมูล (RDQA) มีแผนการ

นิเทศติดตามเรื่องคุณภาพของข้อมูล มีการลงนิเทศติดตามตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ณ หน่วยบริการ มีการวิเคราะห์ข้อมูล และมีการจัดทำรายงานและคืนรายงานให้พื้นที่ รวมถึงผลการประเมินคุณภาพสำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ ทุกจังหวัดมีระบบการตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้องของข้อมูล (RDQA) มีแผนการนิเทศติดตามคุณภาพของข้อมูล มีการลงนิเทศติดตามตรวจสอบคุณภาพข้อมูล มีการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานและคืนข้อมูลให้พื้นที่

องค์ประกอบ 11 การวิจัยและประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี มีการคิดคำถาม/ประเด็นงานวิจัย การประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ (อยู่ระหว่างการดำเนินงาน) สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบมีการคิดคำถาม/ประเด็นงานวิจัยร้อยละ 62.5

องค์ประกอบ 12 การเผยแพร่และใช้ประโยชน์ข้อมูล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี พบว่า ยังไม่ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การยุติปัญหาเอดส์ ไม่มีการนำข้อมูลจาก AIDS Zero Portal (AZP) มาวิเคราะห์ และหรือใช้ประโยชน์ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะหน่วยงานที่ให้ข้อมูล มีช่องทางที่หลากหลายให้ภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบทุกจังหวัดมีการใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยใช้ในการกำหนดเป้าหมายของแผนการดำเนินงานและการติดตามงานในระดับจังหวัด ใช้ในการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย กำหนดพื้นที่ กำหนดกลวิธีการดำเนินงาน และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับจังหวัด และทุกจังหวัดมีช่องทางที่หลากหลายให้ภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดและระดับอำเภอสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้

วิจารณ์

จากการประเมินระบบการติดตามและประเมินผล การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (ตามแนวคิด 12 องค์ประกอบ ของ UNAIDS) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี และจังหวัดในพื้นที่ ปีงบประมาณ 2559

องค์ประกอบ 1 โครงสร้างองค์กรและทรัพยากรบุคคล ควรมีการจัดทำโครงสร้างองค์กร และคณะทำงาน M&E ด้านเอดส์ในหน่วยงานให้ชัดเจน

องค์ประกอบ 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรมีการประเมินความต้องการ และการพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากรของระดับเขตและจังหวัดในพื้นที่ เพื่อให้ บุคลากรมีความรู้และสามารถถ่ายทอดให้เครือข่ายในเรื่อง ระบบข้อมูล RIHIS , HIV cascade และ PASA (Provincial AIDS Spending Assessment) และการ ใช้ข้อมูล (Data Used) เพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมาย รวมถึง การระบุช่องว่าง การปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อเร่งรัด การยุติปัญหาเอดส์อย่างเป็นระบบ จากการศึกษา องค์ประกอบที่ 1 และ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี โยเหลา และคณะ ที่ศึกษาการวิจัยประเมินผล การดำเนินตามแผนกลยุทธ์ของมหาวิทยาลัย

องค์ประกอบ 3 ความร่วมมือระหว่างภาคี ควรมีการ จัดทำคณะทำงานด้านการป้องกันปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด ที่มีทุกเครือข่ายมีส่วนร่วม มีการประชุมภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนงานและติดตามการดำเนินงานด้านเอดส์ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และมีการประสานความร่วมมือ กับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบ 4 การจัดทำแผนการติดตามและ ประเมินผล (M&E plan)

องค์ประกอบ 5 การจัดทำแผนปฏิบัติงานและ แผนงบประมาณด้านการติดตามและประเมินผล ควร มี การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดและเครือข่ายในเรื่อง ระบบ M&E ด้านเอดส์ และการจัดทำแผนพัฒนาที่สอดคล้องกับแผนพัฒนา ระบบ SI M&E ด้านเอดส์ออกมาให้ชัดเจน

องค์ประกอบ 6 การสื่อสาร การผลักดันนโยบาย และการสร้างวัฒนธรรมด้านการติดตามและประเมินผล ภายในองค์กร ควรมีการสร้าง Champion ซึ่งคอยผลักดัน

งานด้านเอดส์ในสำนักงาน และสร้างช่องทางและ การสื่อสารด้านเอดส์ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย

องค์ประกอบ 7 ระบบติดตามงานที่ดำเนินการ เป็นประจำ ควรมีการบวกรวมการในการสร้างความเข้าใจ และขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย การประชุม นิเทศงาน มีระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับ มีระบบการเก็บ ข้อมูลการดำเนินงานประจำที่มีคุณภาพและครอบคลุม และมีระบบการติดตามเชิงคุณภาพ

องค์ประกอบ 8 การสำรวจและระบบเฝ้าระวัง ควรมีการประสานจังหวัดหรือสำนักระบาคโดยตรง ในเรื่องฐานข้อมูลด้านโรคเอดส์ ตามช่วงเวลา มีการ วิเคราะห์ระบบการสำรวจ และเฝ้าระวังที่เหมาะสม กับบริบทของพื้นที่ มีการทบทวน และปรับเปลี่ยนให้ สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน

องค์ประกอบ 9 ระบบฐานข้อมูลด้านการติดตาม และประเมินผล ควรจัดทำฐานข้อมูลที่มีความเป็น ปัจจุบัน และข้อมูลอยู่ในลักษณะฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ มีระบบป้องกันความเสี่ยง

องค์ประกอบ 10 การนิเทศและการตรวจสอบ คุณภาพข้อมูล ควรมีระบบการตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้องของข้อมูล จัดทำแผนการนิเทศ ติดตามเรื่องคุณภาพของข้อมูล และลงนิเทศติดตาม ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ณ หน่วยบริการ มีการ วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานและคืนข้อมูลในพื้นที่

องค์ประกอบ 11 การวิจัยและประเมินผล ควร มี สนับสนุนหน่วยงานในการพัฒนางานวิจัยด้านเอดส์

องค์ประกอบ 12 การเผยแพร่และใช้ประโยชน์ ข้อมูล ควรมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อยุติปัญหา เอดส์ ที่บูรณาการทุกภาคส่วน และนำข้อมูลจาก AIDS Zero Portal (AZP) มาวิเคราะห์ และหรือใช้ประโยชน์ และหาช่องทางที่หลากหลายให้ภาคีเครือข่ายสามารถ เข้าถึงและใช้จากข้อมูลได้ จากการศึกษาองค์ประกอบ ที่ 3 - 12 สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ วีระวิวัฒน์ และคณะ ได้ศึกษาความรู้ทักษะและความพึงพอใจ ในการดำเนินงานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา ของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวง สาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

1. จากทิศทางการพัฒนาการประเมินระบบการติดตามและประเมินผล (M&E) จึงควรมีการทบทวนรวมทั้งมีการปรับปรุงหรือเพิ่มเติมให้การประเมินระบบการติดตามและประเมินผล (M&E) มีความคล่องตัวในการดำเนินงานและสอดคล้องแผนงานโครงการอื่นๆ
2. การกำหนดทิศทางการประเมินระบบการติดตามและประเมินผล (M&E) ควรมีการผลักดันด้านนโยบาย และการกำหนดรูปแบบให้ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินระบบติดตามและประเมินผลในระดับพื้นที่. ณ โรงแรมริเวอร์วิว เพลส จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (วันที่ 10-12 พฤศจิกายน 2558)
2. ดุษฎี โยเหลา และคณะ. ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ของมหาวิทยาลัย. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ : 2551.
3. มณีรัตน์ วีระวิวัฒน์ และคณะ. ความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการดำเนินงานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล : 2554.

การประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย
ในเขตสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2558
Assessment of the Child Care Centers Achieving the Standards of Childcare Facilities in
the Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi, Fiscal Year 2015

วุฒิศักดิ์ รักเดช Wuttisak Rakdach
เบญจวรรณ วงษ์รอด Benjawan Wongrod
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี The Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความเหมาะสมของการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย โดยใช้รูปแบบการประเมินผลเชิงระบบ (Input-Output Model หรือ System Approach Model) ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตที่เกิดจากการดำเนินโครงการ ปัญหาอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะจากเครือข่าย ในศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยรวม 15 แห่ง ที่ถูกสุ่มเลือกจาก 5 จังหวัด ในเขตสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2558 โดยเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปนโยบาย ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค แนวทางการปฏิบัติงานและข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการดำเนินงาน ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่าอัตราส่วนระหว่างครูผู้ดูแลเด็กกับจำนวนเด็กในศูนย์เฉลี่ย 1 : 14.87 คน ซึ่งมีความเหมาะสม สำหรับพื้นที่ใช้สอยเฉลี่ยในภาพรวม เท่ากับ 2.48 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คน นั้นมีความเหมาะสม ส่วนด้านการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม พบว่าจำนวนโถ้วมถ่ายอุจจาระเฉลี่ยประมาณ 2.5 โถ ต่อ 1 ที่ นั้นมีความเหมาะสม สำหรับด้านนโยบายในการพัฒนา พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณ รวมทั้งการปรับปรุงสถานที่เพื่อการเรียนการสอน การส่งครูไปอบรม มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กโดยมีการประชุมปีละ 2 ครั้ง ส่วนด้านความรู้ของครูผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็กในการป้องกันควบคุมโรค พบว่าครูผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็กส่วนใหญ่มีความรู้และปฏิบัติตัวเรื่องโรคอุจจาระร่วงได้ถูกต้อง และมีความรู้ในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจได้ถูกต้อง ร้อยละ 93.3 สำหรับด้านการจัดกิจกรรมในศูนย์เด็กเล็ก พบว่ามีตารางกิจกรรมให้ความรู้เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคติดต่อสำหรับเด็กอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนกิจกรรมให้เด็กล้างมือ การจัดทำแฟ้มประวัติสุขภาพประจำตัวเด็ก และการบันทึกอาการป่วยของเด็กในแบบคัดกรองอาการป่วยรายห้องเรียนทุกคนทุกวัน นั้นพบได้บ้างสำหรับการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติพบว่าบางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากมีครูผู้ดูแลเด็กเพียงคนเดียวหรือบางศูนย์สถานที่ไม่เอื้ออำนวย ส่วนใหญ่มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง มีการจัดแก้วนํ้าดื่มเฉพาะตัวเด็กครบทุกคน และการทำความสะอาดแก้วนํ้าดื่มส่วนตัวของเด็กทุกวัน ส่วนใหญ่ของโรงครัวหรือสถานที่ประกอบปรุงอาหารสะอาดถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล แต่ของเด็กเล่น ห้องนํ้า ห้องส้วมยังไม่ค่อยสะอาด ผลการศึกษาพบว่าโครงการฯ มีความเหมาะสมเนื่องจากผลการสรุปของศูนย์เด็กเล็กที่ดำเนินการตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง จะมีจำนวนเด็กในศูนย์เด็กเล็กป่วยลดลง จึงสมควรที่จะดำเนินโครงการต่อไป โดยจัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ สำหรับปัญหาและอุปสรรค คือ การมีเจ้าภาพภาครัฐร่วมดำเนินการหลายหน่วยงาน และตัวชี้วัดเดียวกัน มีเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสน และความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในแต่ละแห่งขึ้นอยู่กับนโยบายและการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

คำสำคัญ : การประเมินผล, มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก, การป้องกันควบคุมโรค

Abstract

This study aims to assess the child care centers that achieve the standards of childcare facilities in 5 provinces of the Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi in fiscal year 2015. The system evaluation model (Input-Output Model or System Approach Model) included evaluation of input, process and output. Problems and recommendations from the area network were also collected. The study included 15 child care centers randomly selected from these 5 provinces. The study used a questionnaire which consisted of general knowledge and practices of disease prevention and control, and suggestions. Quantitative data analysis using descriptive statistics and qualitative analysis by content analysis were performed.

It was found that the overall ratio of teacher per children was 1: 14.87 (appropriate), the average area was 2.48 square meters per child (appropriate), and the toilet bowl was about 2.5 to child (appropriate). The local government supported budget, improved the environment and facilities including teacher training, and established the committee to develop the childcare centers. Most teachers had knowledge and practice of disease prevention and control. About 93.3% knew respiratory disease prevention and control. The activities for disease prevention in the childcare centers were found. However, some activities such as hand washing, daily screening and recording sick children were not commonly done. Isolation of sick children was not performed in some centers due to lack of teachers and environment problems. Most centers had parent education activities, provided adequate glasses for drinking water with daily cleaning, and had good kitchens. However, toys and toilets were not clean in some centers. Continuous achievement of childcare center standards can reduce sick children and assessment should be regularly carried out. The problems of childcare center assessment were the assessment from different teams with different definitions of indicators. The success of childcare center standard achievement also depends on local government policy and administration.

Keywords : System assessment, monitoring and evaluation, HIV/AIDS prevention

บทนำ

กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป ได้เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค เพื่อลดการป่วยของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งส่วนใหญ่เด็กมักป่วยด้วยโรคติดต่อทางเดินหายใจ โรคมือ เท้า ปาก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และสามารถแพร่กระจายโรคได้ง่ายในทันที มีเด็กมาอยู่รวมกันจำนวนมาก สำนักโรคติดต่อทั่วไป ได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล¹ พบว่า ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลที่ผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค ร้อยละ 61.1 (จำนวน 11 แห่ง จาก 18 แห่ง) มีอัตราป่วยโรคหวัดลดลงจาก 24.8 ครั้งต่อ 100 คน เหลือ 6.4 ครั้งต่อ 100 คน อัตราป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก พบเพียง 0.25 ครั้งต่อ 100 คน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน อัตราป่วยเท่ากับ 1.0 ครั้งต่อ 100 คน จากผลการศึกษาดังกล่าว สำนักโรคติดต่อทั่วไป จึงได้จัดทำโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคระหว่างปี 2554 – 2556 โดยการพัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงานภายในศูนย์เด็กเล็ก² รวมทั้งสนับสนุนสื่อต่างๆ ในการดำเนินงานภายในศูนย์เด็กเล็ก และเครื่องมือในการติดตามประเมินผล รวมทั้งถ่ายทอดองค์ความรู้ แนวทางในการดำเนินงานให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีความร่วมมือสนับสนุนการดำเนินงานในระดับเขตและจังหวัด จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมส่งเสริมและสร้างการยอมรับของศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคโดยการนิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ และมอบเกียรติบัตรและรางวัลให้แก่ศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน สำนักโรคติดต่อทั่วไป ได้ติดตามประเมินผลโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา โดยระยะเวลาของการดำเนินโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคได้สิ้นสุดลง ในปี 2556 และพัฒนาเป็นศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ โดยประสานความร่วมมือกับกรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี จึงได้จัดทำโครงการติดตามประเมินผลศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคให้สอดคล้องกับสำนักโรคติดต่อทั่วไป และเพื่อประเมินผลการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาอุปรวรรค ข้อเสนอแนะ

รวมถึงการขยายผลการดำเนินงาน โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินโครงการเป็นส่วนหนึ่งในการผลักดันและพัฒนาการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กคุณภาพให้เกิดความยั่งยืนต่อไป การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความเหมาะสมของการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ที่เกิดจากการดำเนินโครงการ ปัญหาอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะจากเครือข่าย

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลความเหมาะสมของการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ที่เกิดจากการดำเนินโครงการ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ปีงบประมาณ 2558 โดยใช้รูปแบบการประเมินผลเชิงระบบ (Input-Output Model หรือ System Approach Model) ครอบคลุมการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) รวมทั้งการประเมินผลต่อประโยชน์ที่เกิดขึ้น (Outcome) การประเมินโดย เจ้าหน้าที่กลุ่มแผนงานและประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี โดยวิธีการสอบถาม สังเกตพฤติกรรม และสถานที่ภายในศูนย์เด็กเล็ก โดยกำหนดเนื้อหาการประเมินผลไว้ดังนี้ 1. ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของศูนย์เด็กเล็ก และนโยบายในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก 2. ประเมินกระบวนการ (process) ประกอบไปด้วย ความรู้ของครูผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็กในการป้องกันควบคุมโรค และแนวทางการปฏิบัติงานของศูนย์เด็กเล็กในการป้องกันควบคุมโรค 3. ผลผลิต (Output) คือศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคปี 2554-2556 มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และ 4. ผลลัพธ์ (Outcome) คือ จำนวนเด็กในศูนย์เด็กเล็กป่วยลดลง โดยมีระยะเวลาดำเนินการในช่วงเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม 2558 พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาได้เลือกพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี เดิมรวม 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายก ขั้นตอนและวิธีการเลือกพื้นที่

ศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากอำเภอจำนวน 3 อำเภอในแต่ละจังหวัด โดยอำเภอนั้นจะต้องมีศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยในปี 2554-2556 การเลือกศูนย์เด็กเล็กที่ศึกษาโดยการจับฉลากตัวแทนในอำเภอที่สุ่มได้ จำนวน 1 แห่ง รวมจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่ศึกษาทั้งหมด 15 แห่ง

วิธีการศึกษา

ด้านนโยบายในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก ประเมินจากการตรวจสอบการจัดทำนโยบาย และการประชุมคณะกรรมการต่างๆ ด้านความรู้ของครูผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็กประเมินโดยใช้คำถามปลายเปิด เกี่ยวกับกระบวนการวิธีการป้องกันควบคุมโรคระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร กับครูผู้ดูแลเด็กทุกคนในศูนย์เด็กเล็ก และสามารถตอบได้ถูกต้องทุกคน โดยต้องอธิบายวิธีการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้องทั้งหมดจึงจะถือว่ามีความรู้ ด้านแนวทางการปฏิบัติงานและด้านการจัดกิจกรรมของศูนย์เด็กเล็กในการป้องกันควบคุมโรคประเมินโดยการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การสังเกตพฤติกรรมของครูและเด็ก พร้อมทั้งให้ทดลองปฏิบัติว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ และการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน โดยดูจากทะเบียนประวัติการเจ็บป่วยของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ปีก่อนที่จะผ่านการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย เทียบกับปีปัจจุบันว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลง

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเอง และให้ผู้รับผิดชอบงานศูนย์เด็กเล็ก ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับศูนย์เด็กเล็ก ในอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 3 แห่ง เนื้อหาประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 นโยบาย ส่วนที่ 3 ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค ส่วนที่ 4 แนวทางการปฏิบัติงาน และส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ **การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการดำเนินงาน

จากการการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยในเขตสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2558 พบว่า อัตราส่วนของครูผู้ดูแลเด็กกับจำนวนเด็กในศูนย์เท่ากับ 1:14.87 คน โดยแยกเรียงรายจังหวัดจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ จังหวัดสระบุรี (1:19.6) สิงห์บุรี (1:17.75) ลพบุรี (1:14.85) นครนายก (1:14.42) และอ่างทอง (1:10.87) ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ จะได้รับการตรวจสุขภาพ ยกเว้นครูที่เพิ่งเข้ามาทำงานใหม่ ยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ สภาพทั่วไปของศูนย์เด็กเล็กพบว่า พื้นที่ใช้สอยของศูนย์เด็กเล็กเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 2.48 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คน โดยแยกเรียงรายจังหวัดจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ จังหวัดนครนายก (6.65) สิงห์บุรี (3.03) ลพบุรี (2.98) อ่างทอง (2.72) และสระบุรี (1.62) การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม จำนวนโถส้วมถ่ายอุจจาระเฉลี่ยประมาณ 2.5 โถ ต่อ 1 ที่ จำนวนก๊อกน้ำที่ใช้เฉลี่ย 7.28 จุด/เด็ก 10 คน โดยแยกเรียงรายจังหวัดจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ จังหวัดนครนายก (10.11 จุด) อ่างทอง (8.71 จุด) ลพบุรี (8.23 จุด) สระบุรี (6.30 จุด) และสิงห์บุรี (3.08 จุด)

ด้านนโยบายในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย โดยสนับสนุนในเชิงงบประมาณ สนับสนุนในเชิงนโยบาย สิ่งที่สนับสนุน เช่น การปรับปรุงสถานที่ สื่อการเรียนการสอน การส่งครูไปอบรม เป็นต้น ทั้งนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง ชุมชนในพื้นที่ บริษัทเอกชน มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก และมีการประชุมปีละ 2 ครั้ง เทอมละครั้ง

ด้านความรู้ของครูผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็ก

ในการป้องกันควบคุมโรค

พบว่า ความรู้ของครูผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็กในการป้องกันควบคุมโรค ส่วนใหญ่จะมีความรู้ในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจได้ถูกต้องทุกคน จำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 93.3) และมีความรู้และปฏิบัติตัวเรื่องโรคอุจจาระร่วงได้ถูกต้องทุกแห่ง (ร้อยละ 100)

ด้านแนวทางการปฏิบัติงานของศูนย์เด็กเล็กในการป้องกันควบคุมโรค ผลการศึกษาครั้งนี้
 ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละแนวทางการปฏิบัติงานของศูนย์เด็กเล็กในการป้องกันควบคุมโรค

แนวทางการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีตารางกิจกรรมให้ความรู้ เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคติดต่อสำหรับเด็กอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	10	66.7
2. มีกิจกรรมให้เด็กล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกวัน และเด็กสามารถล้างมือได้อย่างถูกต้อง	5	33.3
3. ครูและผู้ดูแลเด็ก จัดทำแฟ้มประวัติสุขภาพประจำตัวเด็กทุกคนภายในศูนย์	11	73.3
4. ครูและผู้ดูแลเด็ก บันทึกอาการป่วยของเด็กในแบบคัดกรองอาการป่วยรายห้องเรียนทุกคน ทุกวัน	6	40.0
5. หากมีเด็กป่วยเกิดขึ้นระหว่างอยู่ในศูนย์เด็กเล็ก มีแนวทางการแยกเด็กป่วย	8	53.3
6. เด็กทุกคนมีบันทึกการได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90	9	60.0
7. ครูและผู้ดูแลเด็ก จัดกิจกรรมให้ความรู้กับผู้ปกครองเรื่อง โรคติดต่อที่พบบ่อยในเด็กอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	11	73.3
8. ครูและผู้ดูแลเด็กจัดให้มีแก้วนํ้าดื่มเฉพาะตัวเด็กครบทุกคน และสะอาด ไม่ปะปนกัน และสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	12	80.0
9. ครูและผู้ดูแลเด็กทำความสะอาดแก้วนํ้าดื่มส่วนตัวของเด็กทุกวัน หรือทำความสะอาดทุกครั้งหลังใช้	15	100
10. สถานที่เตรียมปรุงอาหาร สะอาด ถูกสุขลักษณะ สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร ระบายอากาศดี มีความปลอดภัย	10	66.7
11. อุปกรณ์และภาชนะใส่อาหารปลอดภัยและสะอาด		
11.1 ภาชนะใส่อาหารทำด้วยวัสดุที่ปลอดภัย	15	100
11.2 ที่ล้างภาชนะ อุปกรณ์ ก๊อกน้ำและท่อระบายน้ำ กะละมังต้องมี 3 ใบ สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และบริเวณที่ล้างต้องมีการระบายน้ำที่ดีไม่เออะและ	10	66.7
11.3 ล้างภาชนะ อุปกรณ์ด้วยน้ำยา และน้ำสะอาด	10	66.7
11.4 ภาชนะ อุปกรณ์ เมื่อล้างเสร็จแล้วต้องคว่ำให้แห้ง วางในตะแกรงโปร่งสะอาด สูงจากพื้น 60 เซนติเมตร	10	66.7
11.5 เชียง มีด สภาพดี สะอาด แยกใช้ตามประเภทของอาหารอย่างน้อย 3 เชียง และทำความสะอาดทันที	8	53.3
12. ผู้ประกอบอาหารมีสุขภาพดี แต่งกายสะอาด สุขอนามัยดี	10	66.7
13. สังเกตความสะอาดของเล่นเด็กทุกประเภท	5	33.3
14. ห้องนํ้า ห้องส้วม แห้ง สะอาด ไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น และมีอากาศถ่ายเทสะดวก	2	13.3
15. อ่างล้างมือ/สถานที่ล้างมือ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น	4	26.7

ด้านการจัดกิจกรรมในศูนย์เด็กเล็ก

การป้องกันควบคุมโรค

ศูนย์เด็กเล็กมีตารางกิจกรรมให้ความรู้ เรื่อง การป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อสำหรับเด็กอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการจัดกิจกรรมให้เด็กล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกวัน แต่ยังไม่ถูกต้อง เนื่องจากเพิ่งเริ่มเปิดเทอมซึ่งเด็กใหม่ อยู่ระหว่างการสอน การจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการป้องกัน ควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็กมีการจัดทำ แฟ้มประวัติสุขภาพประจำตัวเด็ก มีการบันทึกอาการป่วย ของเด็กในแบบคัดกรองอาการป่วยรายห้องเรียนทุกคน ทุกวัน แต่อย่างน้อยอยู่ คือ มีการบันทึกอาการป่วยของเด็ก ในแบบคัดกรอง แต่ไม่ได้ทำทุกวัน ส่วนใหญ่มีการ บันทึกเดือนละครั้ง หรือ 3 เดือนครั้ง หรือมีการบันทึก แต่ไม่ครบถ้วนจะขาดเรื่องการลงน้ำหนัก เมื่อเด็กมีการเจ็บป่วย ครูผู้ดูแลเด็ก มีแนวทางการดูแลเด็กโดยการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติ แต่ยังไม่สามารถ แยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติได้เนื่องจาก มีครูผู้ดูแลเด็ก เพียงคนเดียว หรือบางศูนย์สถานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการแยกเด็ก คือไม่มีห้องพยาบาล **การให้ความรู้** มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ในการป้องกันควบคุมโรค โดยการเชิญเจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน มาให้ความรู้ครูและผู้ปกครองเทอมละ 1 ครั้ง **อนามัยส่วนบุคคล** จัดให้มีแก้วน้ำดื่มเฉพาะตัวเด็กครบทุกคน สะอาด ไม่ปะปนกัน และสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร การทำความสะอาดแก้วน้ำดื่มส่วนตัวของเด็กทุกวัน **การสุขภาพและสิ่งแวดล้อม** โรงครัวหรือสถานที่ ประกอบปรุงอาหาร ศูนย์เด็กเล็กส่วนใหญ่มีการประกอบ ปรุงอาหารร่วมกับทางโรงเรียนที่ศูนย์เด็กเล็กที่ตั้งอยู่นั้น สถานที่ประกอบการสะอาดถูกต้องตามหลัก แต่พบว่า ของเด็กเล่นยังไม่ค่อยสะอาด มีคราบฝุ่น คราบดินน้ำมัน ติดบริเวณของเด็กเล่น สำหรับห้องน้ำ ห้องส้วม ยังพบ ห้องน้ำไม่สะอาด มีคราบสกปรก สำหรับอ่างล้างมือ/ สถานที่ล้างมือ สะอาดไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น ร้อยละ 26.7 เหตุผลอาจเนื่องมาจากในศูนย์เด็กเล็กมี ครูผู้ดูแลเด็กคนเดียวต้องทำทุกอย่าง ไม่มีเวลา

ผลการประเมินศูนย์เด็กเล็กทุกแห่งมีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 100) แต่ยังมีส่วนที่ต้องปรับปรุง ในเรื่องการสุขภาพ เด็กในศูนย์เด็กเล็กมีอัตราป่วย ลดลงทุกแห่ง (ร้อยละ 100) เมื่อเทียบกับปีก่อนที่ ประเมินผลผ่านเกณฑ์ ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย

วิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบการประเมินผลเชิง ระบบ (Input-Output Model หรือ System Approach Model) ครอบคลุมการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) รวมทั้ง การประเมินผลต่อประโยชน์ที่เกิดขึ้น (Outcome)

จากการการประเมินข้อมูลทั่วไปของศูนย์เด็กเล็ก พบว่าสัดส่วนระหว่างครูผู้ดูแลเด็กกับจำนวนเด็ก ในศูนย์เฉลี่ย 1 : 14.87 คน ตามเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพกำหนดเกณฑ์สัดส่วนระหว่างครู ผู้ดูแลเด็กกับจำนวนเด็กไว้ดังนี้ เด็กอายุ 2-3 ปี ควรมี ครูผู้ดูแลเด็ก/ครูพี่เลี้ยง 1 คน ต่อเด็ก 7-10 คน และ เด็ก อายุ 3 ปีขึ้นไปควรมีครูผู้ดูแลเด็ก/ครูพี่เลี้ยง 1 คน ต่อเด็ก 10-15 คน จากเกณฑ์ดังกล่าวเด็กในศูนย์เด็กเล็ก มีอายุ อยู่ระหว่าง 2 ปีครึ่ง – 4 ปี ผู้ศึกษามีความเห็น ว่า อัตราส่วนดังกล่าวมีความเหมาะสม ยกเว้นจังหวัดสระบุรี และสิงห์บุรีที่มีอัตราส่วนครูผู้ดูแลเด็กกับจำนวนเด็ก มากกว่า 1:15 ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่ไม่เหมาะสม สำหรับ พื้นที่ใช้สอยของศูนย์เด็กเล็กเฉลี่ยในภาพรวม เท่ากับ 2.48 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คน ตามเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพตั้งเกณฑ์ กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน พื้นที่ใช้สอยของศูนย์เด็กเล็ก เท่ากับ 2 ตารางเมตร ต่อเด็ก 1 คน จากเกณฑ์ดังกล่าวเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ในภาพรวมมีความเหมาะสม ถ้าแยกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดสระบุรี มีพื้นที่ใช้สอยของศูนย์เด็กเล็กต่อเด็ก 1 คน น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับในเรื่องการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม จำนวนโถส้วมถ่ายอุจจาระเฉลี่ยประมาณ 2.5 โถ ต่อ 1 ที่ ตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพกำหนดเกณฑ์สัดส่วนไว้ว่า เด็ก 10-12 คน ต่อ 1 ห้อง จากเกณฑ์ดังกล่าวผู้ศึกษามีความเห็น ว่า อัตราส่วนมีความเหมาะสม

จากผลการประเมินโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย พบว่าโครงการ มีความเหมาะสม เนื่องจากผลการสรุป ศูนย์เด็กเล็กที่ดำเนินการตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง จะมีจำนวนเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ป่วยลดลง ดังนั้นสมควรที่จะดำเนินโครงการต่อไปโดย ใส่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพ ที่มีการบูรณาการร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข และควรมีการตรวจติดตามและให้คำแนะนำให้กับ ศูนย์เด็กเล็กทุกแห่ง อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้น ให้เกิดการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

1. ปัญหาศูนย์เด็กเล็ก มีเจ้าภาพภาครัฐร่วมดำเนินการ หลายหน่วยงาน และตัวชี้วัดเดียวกันมีเกณฑ์การวัดที่ แตกต่างกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการ ปฏิบัติงาน ไม่ทราบว่าเกณฑ์ของหน่วยงานไหนถูกต้อง และ 2. ความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในแต่ละแห่ง ขึ้นอยู่กับนโยบายและการบริหารจัดการขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละแห่ง

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา

1. หน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบศูนย์เด็กเล็ก ควรมีการบูรณาการดำเนินงานให้มีความชัดเจนและ เกณฑ์ที่ตรงกัน และ 2. ควรมีการเปรียบเทียบอัตราป่วย ก่อนการเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยและหลังจากที่ได้รับ การเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. ศึกษาพัฒนารูปแบบ การป้องกันควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน อนุบาล ในปี 2552 - 2553 . กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. ปี 2552 - 2553
2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน ภายในศูนย์เด็กเล็ก. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ปี 2554 - 2556
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2556

การพัฒนาเครือข่ายระบบบริหารชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อจังหวัดปทุมธานี

Management of the network in CKD care in Pathumthani province

เอี่ยมพร ลุ่มบุตร*	Ueamporn Lumboot
ไพรัช พิณพาทย์**	Phairach Phinphart
ภัสจณา ชัยสุวรรณรัตน์**	Patjana Chaisuvannarat
จินตนา โชคชัยมาดล**	Jintana Chokchaimadol
จิรายุทธ จันทร์มา***	Jirayut Janma
สิริภา ช้างศิริกุลชัย***	Siribha Changsirikulchai
* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี	Pathumthani Provincial Public Health Office
** โรงพยาบาลปทุมธานี	Phatumtani Hospital
*** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

บทคัดย่อ

โรคไตเสื่อมเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาระในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบการจัดบริหารชะลอไตเสื่อมของหน่วยบริการทุกระดับ ลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรายใหม่เข้าสู่การบำบัดทดแทนไต และให้ผู้ป่วยโรคไตได้รับการชะลอไตเสื่อมและเข้ารับการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น วิธีการศึกษาเริ่มต้นจากการศึกษาความเป็นไปได้ และวิเคราะห์ปัญหา จากนั้นผู้วิจัยและคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต จังหวัดปทุมธานี ร่วมกับสาขาวิชาโรคไต ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้กำหนดรูปแบบ แนวทางการดำเนินงาน ประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานเพื่อนำมาปรับปรุงระบบ และเยี่ยมติดตามเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจการปฏิบัติงาน ประโยชน์ของการศึกษาในครั้งนี้ที่นำไปใช้ได้ คือ รูปแบบการจัดบริการชะลอไตเสื่อมแบบเครือข่ายบริการที่มีการเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิมาระดับสูง สามารถเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในระดับปฐมภูมิ และมีการวางระบบรับ-ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระหว่างสถานพยาบาลต่าง ๆ ภายในจังหวัด

ผลการวิจัยและพัฒนา คือ จังหวัดปทุมธานีมีคลินิกชะลอไตเสื่อมในหน่วยบริการ (โรงพยาบาล) ทุกแห่งจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อ มีผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2557, 2558 และ 2559 ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวาน (DM) และ/หรือ ความดันโลหิตสูง (HT) ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไตร้อยละ 35.33, 45.68 และ 81.15 พบผู้ป่วยโรคไตรายใหม่ร้อยละ 39.08, 30.92 และ 19.39 การควบคุมความดันโลหิตได้ถึงค่าเป้าหมาย (140/90 mmHg) คิดเป็นร้อยละ 62.82, 66.80 และ 69.38 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่า HbA1c ตั้งแต่ 6.5%-7.5% คิดเป็นร้อยละ 4.68, 5.02 และ 6.62 อัตราการลดลงของอัตราการกรองของไต (eGFR) <4 ml/min/1.73 m²/year คิดเป็นร้อยละ 62.73, 60.90 และ 61.55 ตามลำดับ สามารถชะลอผู้ป่วยจากไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 4 (CKD Stage 4) ไปเป็นไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD Stage 5) ได้ร้อยละ 78.72 และ 83.13 ในปี 2558 และ 2559 ตามลำดับ และอุบัติการณ์การบำบัดทดแทนไตที่ไม่ได้มีการวางแผน (unplanned dialysis) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM และ/หรือ HT) ลดลงโดยมีอัตรา unplanned dialysis ร้อยละ 3.40, 1.56 ในปีพ.ศ. 2557, 2558 ตามลำดับ และไม่มีอุบัติการณ์ในปีงบประมาณ 2559

คำสำคัญ ไตเสื่อมเรื้อรัง, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, การบำบัดทดแทนไต

Abstract

The prevalence of patients with chronic kidney disease (CKD) is increasing globally which leads to the increase of workload to the healthcare providers. The objective of this study is to demonstrate the management of CKD care in the Pathumthani province in the network model to reduce those burdens. The processes have been started step by step. First, the healthcare workers have been trained in the process of CKD care and have learned how to set up CKD clinics. Each CKD clinic has been set up for maximum suitability with the infrastructure in each hospital. They have to fulfill the necessary process to care for CKD patients. Second, performing visits to each CKD clinic to advise on problem solving. Third, the activities for knowledge sharing have been set up. Fourth, the system of data management has been set up for monitoring and report. The Pathumthani hospital, which is the tertiary care level of the province, has been assigned to provide fast track for referred CKD patients from the secondary and primary care levels hospitals.

There are CKD clinics and processes of care for CKD patients in every district hospital (100%). The proportion of patients with diabetes and/or hypertension screened for CKD increased from 35.33% in 2014 to 81.15% in 2016. The proportion of patients achieving the target of blood pressure (140/90 mmHg) increased from 62.82% in 2014 to 69.38% and 2016. The percentage of diabetic patients achieving the target of HbA1C (6.5-7.5%) was 4.68% in 2014 and 6.62% in 2016. The percentage of patients with the rate of decline in estimated glomerular filtration rate (eGFR) <4 ml/min/1.73 m²/year was 62.73% in 2014 and 61.55% in 2016. The percentage of patients who can slow progression from CKD stage 4 to CKD stage 5 was 78.72% in 2015 and 83.13% in 2016. The percentage of unplanned dialysis was reduced from 3.40% in 2014 to 1.56% in 2015. The unplanned dialysis had not occurred in 2016. The management of CKD care in the network model can help to improve the burden of CKD care in the Pathumthani province which has high numbers in their population.

Keywords : chronic kidney disease (CKD), diabetes, hypertension, dialysis

บทนำ

จังหวัดปทุมธานี มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูง ในฐานะข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ จังหวัดปทุมธานี (Health Data Center – HDC)¹ หรือที่เรียกว่า “ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม” ในปี 2557 จำนวน 67,290 ราย ผู้ป่วยจำนวนนี้ได้รับตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 23,774 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.33 พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 จำนวน 2,102 ราย (ร้อยละ 8.84) ระยะที่ 2 จำนวน 11,508 ราย (ร้อยละ 48.41) ระยะที่ 3 จำนวน 7,009 ราย (ร้อยละ 29.48) ระยะที่ 3b จำนวน 1,857 ราย (ร้อยละ 7.81) ระยะที่ 4 จำนวน 1,051 ราย (ร้อยละ 4.42) และระยะที่ 5 จำนวน 247 ราย (ร้อยละ 1.04) ตามลำดับ ซึ่งตัวเลขนี้มักจะน้อยกว่าค่าความเป็นจริง (under report) เนื่องจากจังหวัดปทุมธานี เป็นจังหวัดในเขตปริมณฑล ประชาชนสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลภาคเอกชนได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ประกอบกับวิถีชีวิตของคนในสังคมเมืองอาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบการคัดกรองของผู้ป่วยที่อยู่ในระบบบริการภาครัฐได้ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยโรคไตเพื่อลดความรุนแรงของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้หน่วยงานและหน่วยบริการต้องมีระบบการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องใกล้เคียงกับข้อมูลที่แท้จริงมากที่สุด สำหรับนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยโรคไต โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในระยะต้นของโรคที่สามารถชะลอความเสื่อมของไต และป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการ และอยู่ในความดูแลของแพทย์ทั่วไป ให้สามารถชะลอระยะเวลาในการเสื่อมของไต โดยการระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมความดัน การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของไต ดังนั้นจึงได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการ และพัฒนาศักยภาพการให้บริการสำหรับการบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่จะต้องมีภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อช่วยให้ทราบระยะ

ของโรค และวางแผนให้การดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงของโรค ลดค่าใช้จ่าย และความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้ โดยการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพ การจัดการบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่ระดับ S (Standard – level Hospital =โรงพยาบาลทั่วไป) ลงถึงระดับ M (Middle – level Hospital =โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง) และ F (First – level Hospital =โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น) จำนวน 8 แห่ง โดยการจัดระบบบริการชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อ คือ มีการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (DM) และ/หรือ ความดันโลหิตสูง (HT) ตั้งแต่คัดกรองพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 1-5 อย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งภาครัฐและเอกชน (คลินิกชุมชนอบอุ่น) ทูตสุขภาพ ตติยภูมิ และ ตติยภูมิระดับสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยบริการ (โรงพยาบาล) สามารถจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบการบริการจัดการชะลอไตเสื่อมของหน่วยบริการทุกระดับ
3. เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรายใหม่เข้าสู่การบำบัดทดแทนไต
4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตได้รับการชะลอไตเสื่อม และเข้ารับการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านการจัดการบริการ ใช้แบบรายงาน และข้อมูลจากการเยี่ยมหน่วยบริการ
2. การประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลผู้ป่วยใช้ฐานข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดปทุมธานี¹ (Health Data Center – HDC) หรือที่เรียกว่า “ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม” : กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 15 ตัวชี้วัด แต่ในงานวิจัยนี้ใช้ตัวชี้วัดในการประเมินผลจำนวน 8 ตัวชี้วัด

วิธีการศึกษา

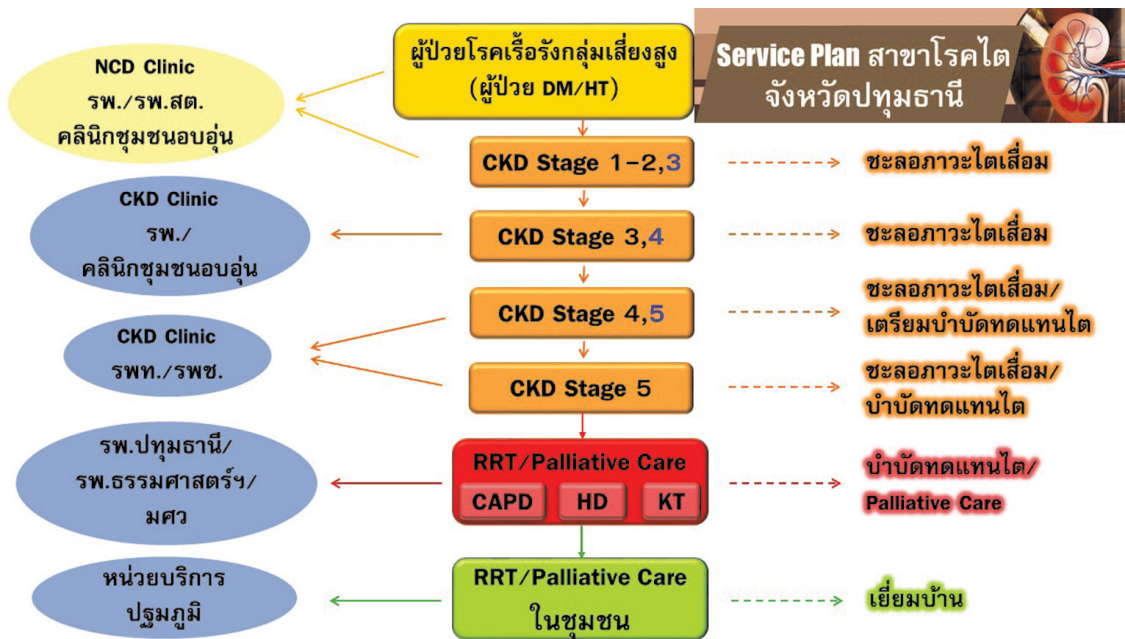
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีได้ร่วมกับโรงพยาบาลปทุมธานี สาขาวิชาโรคไต ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เขตสุขภาพที่ 4 และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดปทุมธานี สาขาโรคไต ของหน่วยบริบาล (โรงพยาบาล) ในสังกัดจำนวน 8 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยหน่วยบริบาลระดับ S (รพท.) จำนวน 1 แห่ง (โรงพยาบาลปทุมธานี), ระดับ M2 (รพช. ขนาด 60 เตียง) จำนวน 1 แห่ง (รพ.ธัญบุรี) ระดับ

F2 (รพช.ขนาด 30 เตียง) จำนวน 5 แห่ง (โรงพยาบาลคลองหลวง, ประชาธิปัตย์, เหนงเสื่อ, ลาดหลุมแก้ว และลำลูกกา) และ F3 (รพช.ขนาด 10 เตียง) จำนวน 1 แห่ง (โรงพยาบาลสามโคก) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2555 ดังนี้

1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต จังหวัดปทุมธานี และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนิยามของผู้ป่วยและขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยบริการแต่ละระดับ โดยยึดตามแนวทางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต ของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังเป็น 5 ระยะตามอัตราการกรองของไต(2-3) (estimated Glomerular Filtration Rate : eGFR) เป็นระยะที่ 1-5 ดังนี้

ระยะของ GFR	GFR (ml/min/1.73m ²)	คำนิยาม (Terms)
G1	≥90	ปกติหรือสูง
G2	60-89	ลดลงเล็กน้อย
G3a	45-59	ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
G3b	30-44	ลดลงปานกลางถึงมาก
G4	15-29	ลดลงมาก
G5	<15	ไตวายระยะสุดท้าย

ภาพที่ 1 บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริบาลในแต่ละระดับ



2. พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้บุคลากรในรูปแบบทีมสหวิชาชีพด้วยวิธีการจัดการอบรมศึกษาดูงานการจัด ตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมและกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

3. จัดทำเอกสารคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ชุดอาหารจำลองสำหรับผู้ป่วยโรคไต สื่อและอุปกรณ์การสอนต่างๆ เพื่อให้หน่วยบริการทุกแห่งจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไต เพื่อชะลอการเสื่อมของไต เป็นแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานเดียวกันทั้งเครือข่าย

4. จัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติ²⁻⁶ ของแต่ละระดับหน่วยบริการในการให้บริการชะลอไตเสื่อม

5. จัดระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลทั่วไป แบบช่องทางด่วน (Fast tract) โดยผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนสามารถเข้ารับการรักษาที่อายุรแพทย์โรคไตโรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งเป็นแม่ข่ายได้ โดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนในระบบปกติทั่วไป เพื่อลดระยะเวลารอคอย และค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย

6. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม และระบบการส่งข้อมูลผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตกลับให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแล โดยการพัฒนากระบวนการ ค่า eGFR สำหรับหน่วยบริการ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

6.1 ชุดคำสั่งภาษา sql เพื่อรายงานค่า eGFR ในโปรแกรม HosXP ให้รพ.ทุกแห่งสามารถจำแนกผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อใช้ในการนัดหมายและให้บริการแบบกลุ่ม หรือบุคคล

6.2 รายงานค่า eGFR จากฐานข้อมูล 43 แฟ้มในระบบ Datacenter ของจังหวัด สำหรับหน่วยบริการทุกแห่ง ให้สามารถแสดงค่า eGFR จำแนกรายบุคคลแบบออนไลน์

7. เยี่ยมติดตาม ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และสนับสนุนการดำเนินงาน ในรูปแบบสร้างแรงจูงใจ (จากใจถึงไต : Kidney Inspired Care) ให้กับบุคลากร

ในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตทุกแห่ง โดยใช้แบบตรวจเยี่ยมการจัดการบริการ CKD Clinic ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การจัดบริการ ทั้ง 4 ด้าน คือ สถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร Education Program และระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

8. จัดประชุมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบริหารจัดการ ระบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกชะลอไตเสื่อม ทั้งภายในจังหวัด และระดับเขตสุขภาพที่ 4

9. สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และขยายแนวร่วมการจัดบริการไปยังคลินิกชุมชนอบอุ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ เพื่อให้สามารถมีระบบการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบเดียวกันได้อย่างทั่วถึง และครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง คือกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดปทุมธานีได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไต และจัดส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมหลักสูตรพยาบาลล้างไตของห้อง (PD Nurse) หลักสูตร 4 เดือน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน จนกระทั่งปีงบประมาณ 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพขึ้น โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต จึงได้มีการประชุมวิเคราะห์ปัญหา พบว่า หน่วยบริการยังไม่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามระยะของโรค เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการชะลอไตเสื่อม ประกอบกับยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยแต่ละระยะที่ชัดเจน ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยจากรพช. ไปรพท.เพื่อพบอายุรแพทย์โรคไต พบว่า คนไข้ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่าย จำนวนมากจึงไม่ค่อยมาพบแพทย์ตามที่ถูกจัดส่ง คณะกรรมการฯ จึงได้กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบดังกล่าวที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานจำแนกรายกิจกรรม รายปี

กิจกรรมการดำเนินงาน	ปีงบประมาณ				
	2555	2556	2557	2558	2559
จำนวนพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมหลักสูตร PD Nurse 4 เดือน (คน)	4	-	-	-	3
จำนวนการจัดประชุมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้บุคลากรในรูปแบบที่มสทวิวิชาชีพ (ครั้ง)	1	1	1	1	1
จำนวนการศึกษาดูงานรูปแบบการจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม (มศว. 2 ครั้ง และคลองขลุง 1 ครั้ง)	-	1	1	-	1
จำนวนคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic) (แห่ง)	-	-	8	→	→
จำนวนการสนับสนุนชุดอาหารจำลอง สื่อ และอุปกรณ์การสอนต่างๆ (ชุด)	-	-	8	→	→
จำนวนการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อเข้าสู่กระบวนการชะลอไตเสื่อม เป็นรายบุคคล (แห่ง)	-	-	8	→	→
จำนวนหน่วยบริการที่ใช้คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (แห่ง)	-	-	8	→	→
จำนวนคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (เล่ม)	-	-	1,600	2,000	-
จำนวนการให้คำปรึกษา แบบช่องทางด่วน (line, Fax) (ครั้ง)	-	-	-	14	11
จำนวนผู้ป่วยที่ส่งจาก รพช. โดยใช้ระบบช่องทางด่วน (Fast tract)	-	-	-	159	576
จำนวนการเยี่ยมชมติดตามฯ จากใจถึงไต : Kidney Inspired Care (ครั้ง)	-	-	-	1	1
จำนวนการจัดประชุมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารจัดการ ระบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกชะลอไตเสื่อม	-	-	-	1	1

สำหรับผลลัพธ์ด้านการจัดระบบบริการและผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 พบว่า

1. ผลลัพธ์ด้านการจัดระบบบริการ จังหวัดปทุมธานี มีคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic) ในโรงพยาบาลทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ดังนี้ หน่วยบริบาลระดับ S จำนวน 1 แห่ง (โรงพยาบาลปทุมธานี) ,ระดับ M2 จำนวน 1 แห่ง (รพ.ธัญบุรี) ระดับ F2 จำนวน 5 แห่ง (โรงพยาบาลคลองหลวง, ประชาธิปัตย์, หนองเสือ,

ลาดหลุมแก้ว และลำลูกกา) และ F3 จำนวน 1 แห่ง (โรงพยาบาลสามโคก) การตรวจ Serum Creatinine ใช้วิธี enzymatic method ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 มีหน่วยบริบาลที่เป็นเครือข่ายของหน่วยล้างไตทางช่องท้อง(CAPD Node) จำนวน 3 แห่ง (โรงพยาบาลคลองหลวง, ลำลูกกา, หนองเสือ) โดยมีบุคลากรและรูปแบบการจัดระบบบริบาลดังแสดงในตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3

ตารางที่ 2 บุคลากรในคลินิกชะลอไตเสื่อม จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2559

หน่วยบริการ	ระดับ	แพทย์	พยาบาล	โภชนากร	เภสัชกร	นักกายภาพบำบัด
รพ.ปทุมธานี	S	2*	3**	1	1	1
รพ.คลองหลวง	F2	1	1**	1	1	1
รพ.ธัญบุรี	M2	1	1**	0	1	1
รพ.พระธาตูปัตย์	F2	1	1**	0	1	1
รพ.หนองเสือ	F2	1	1	1	1	1
รพ.ลาดหลุมแก้ว	F2	1	1	1	1	1
รพ.ลำลูกกา	F2	1	1**	1	1	1
รพ.สามโคก	F3	1	1	0	1	1

หมายเหตุ *อายุรแพทย์โรคไต **พยาบาล CAPD

อนึ่ง สำหรับหน่วยบริการที่ไม่มีโภชนากร มีการจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพในหลักสูตรการกำหนดอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตทำหน้าที่แทนโภชนากร

ตารางที่ 3 ตารางการจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic) จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2559

โรงพยาบาล	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	หมายเหตุ
ปทุมธานี		✓				จัดบริการแยกเป็น “คลินิกชะลอไตเสื่อม”
ธัญบุรี	✓	✓	✓	✓	✓	จัดบริการแยกผู้ป่วยเป็นรายตำบล ให้บริการร่วมใน “คลินิกโรคเรื้อรัง” โดยแยกกลุ่มผู้ป่วย CKD
คลองหลวง	✓	✓	✓	✓	✓	จัดบริการร่วมใน “คลินิกโรคเรื้อรัง” โดยแยกกลุ่มผู้ป่วย CKD
พระธาตูปัตย์			✓			จัดบริการแยกเป็น “คลินิกชะลอไตเสื่อม” (ทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน)
หนองเสือ			✓	✓		จัดบริการแยกเป็น “คลินิกชะลอไตเสื่อม” (ทุกวันพุธ-พฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน)
ลาดหลุมแก้ว	✓	✓	✓	✓		จัดบริการร่วมใน “คลินิกโรคเรื้อรัง” โดยแยกกลุ่มผู้ป่วย CKD
ลำลูกกา		✓	✓			จัดบริการแยกเป็น “คลินิกชะลอไตเสื่อม”
สามโคก		✓	✓	✓		จัดบริการร่วมใน “คลินิกโรคเรื้อรัง” โดยแยกกลุ่มผู้ป่วย CKD

2. ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557, 2558 และ 2559 ดังนี้ ผู้ป่วย DMและ/หรือHT ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไต ร้อยละ 35.33, 45.68 และ 81.15 พบโรคไตรายใหม่ ร้อยละ 39.08, 30.92 และ 19.39 การควบคุมความดันโลหิตได้ถึงค่าเป้าหมาย (140/90 mmHg) ร้อยละ 62.82,66.80 และ 69.38 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่า HbA1c ตั้งแต่ 6.5%-7.5% คิดเป็นร้อยละ 4.68, 5.02 และ6.62 อัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/1.73

m2/year คิดเป็นร้อยละ 62.73, 60.90 และ 61.55 ตามลำดับ สามารถชะลอผู้ป่วยจาก CKD Stage 4 ไป CKD Stage 5 ร้อยละ 78.72 และ83.13 ในปี 2558 และ 2559 ตามลำดับ และอุบัติการณ์ unplanned dialysis ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DMและ/หรือ HT) ลดลงจากปีที่ผ่านมาโดยมีอุบัติการณ์ unplanned dialysis ร้อยละ 3.40, 1.56 ในปีพ.ศ. 2557, 2558 ตามลำดับ และไม่มีอุบัติการณ์ในปีงบประมาณ 2559 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 รายละเอียดจำแนกรายตัวชี้วัด¹ ข้อมูลปีงบประมาณ 2557-2559

ตัวชี้วัด	2557	2558	2559
1.จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	23,774 (35.33)	30,676 (45.68)	55,016 (81.15)
2.จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (ในปีงบประมาณ)	9,290 (39.08)	9,451 (30.72)	10,667 (19.39)
3.จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ BP <140/90 mmHg	2,193 (62.82)	3,380 (66.80)	7,021 (69.38)
4.จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB	1,610 (42.41)	2,118 (36.57)	4,638 (42.78)
5.จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr	771 (62.73)	1,305 (60.90)	2,821 (61.55)
6.จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย CKD (เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม)ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5%	95 (4.68)	146 (5.02)	388 (6.62)
7.จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่สามารถชะลอจาก CKD Stage 4 ไป CKD Stage 5	-	270 (78.72)	414 (83.13)
8.จำนวน (ร้อยละ) ของอุบัติการณ์ unplanned dialysis ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DMและ/HT)	10 (3.40)	4 (1.56)	0

หมายเหตุ ตัวชี้วัดข้อ 8 จากรายงาน รพ.ปทุมธานี

จากตารางพบว่า ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดดังกล่าวมีแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ถึงแม้จำนวนผู้ป่วยมากขึ้นตามมาด้วย ซึ่งอาจเกิดจากนโยบายการทำงานที่ชัดเจน ประชาชนได้รับการค้นหาและคัดกรองเพื่อเข้าสู่กระบวนการชะลอไตเสื่อมอย่างเป็นระบบมากขึ้น ทั้งนี้ในส่วนของระบบฐานข้อมูล HDC เป็นปัจจัย

สำคัญในการประเมินผลลัพธ์ในการวิจัยนี้ เนื่องจากไม่ต้องการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติ และทำให้การใช้ข้อมูลจากระบบให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งส่งผลให้หน่วยบริการให้ความสำคัญในการบันทึกข้อมูล ให้ถูกต้องครบถ้วน

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อมของจังหวัดปทุมธานี ในรูปแบบระบบเครือข่ายบริหารดูแลไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อ คือรูปแบบการบริหารดูแลไตเสื่อมแบบเครือข่ายที่มีการเชื่อมโยงสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิระดับสูง นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างภาครัฐ และภาคเอกชนในระดับปฐมภูมิ และมีการวางระบบรับ-ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระหว่างสถานพยาบาลต่างๆ ภายในจังหวัด ซึ่งทำให้มีผลลัพธ์ด้านการจัดบริการ คือมีคลินิกไตเสื่อม (CKD Clinic : Chronic kidney disease Clinic) ในโรงพยาบาลทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า สามารถชะลอการเสื่อมของ ไตให้ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงลดจำนวนผู้ป่วยล้างไตรายใหม่ ลดจำนวนผู้ป่วยรับการล้างไตฉุกเฉิน ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยได้

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาเครือข่ายระบบบริหารดูแลไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อของจังหวัดปทุมธานีประสบความสำเร็จ คือมีการวิเคราะห์ปัญหาซึ่งปัญหาที่พบได้แก่ การไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริหารที่ชัดเจน ขาดกระบวนการทำความเข้าใจและการมีส่วนร่วม ขาดการกำหนดทิศทางในการพัฒนาและค่าเป้าหมายรายปี บุคลากรขาดความเข้าใจและไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน แผนงานขาดความต่อเนื่อง จึงได้มีการประชุมเพื่อวางแนวทางในการแก้ปัญหา ร่วมกัน ที่ประกอบไปด้วยฝ่ายนโยบาย นักวิชาการ และหน่วยปฏิบัติการ ทำให้สามารถดำเนินการให้มีระบบการบริหารดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริหารตามที่กำหนด และทำให้เกิดการทำงานที่ฝังอยู่ในระบบโดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีบุคลากรเฉพาะทาง ทรัพยากรและบุคลากรที่ใช้ในการ

จัดบริการจึงใช้ร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic) การทำงานที่ฝังในระบบคือกำหนดให้คลินิกโรคเรื้อรังจะต้องมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อม ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการคัดกรองและจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็นรายบุคคล และระยะของโรค (Stage) แล้วนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลไตเสื่อมตามระยะของโรค ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไป มีกระบวนการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตสำหรับการป้องกันไตเสื่อมทั้งแบบรายบุคคลและเป็นกลุ่ม โดยระบบการจัดบริหารคลินิกไตเสื่อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน จะใช้คู่มือเอกสารการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด มีการกำหนดให้โรงพยาบาลปทุมธานีเป็นแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วย โดยการส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อใช้ทั้งการส่งโทรสาร (Fax) และใช้เครือข่ายสังคม (ชุมชนออนไลน์) คือ line เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานแม่ข่ายและลูกข่าย การดำเนินงานดังกล่าวได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยบริหารแม่ข่ายลูกข่ายและภาคีเครือข่ายในรูปแบบการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) ประกอบกับมีแผนการพัฒนาระบบมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ มีการเยี่ยมชมติดตามจากแม่ข่ายคือโรงพยาบาลปทุมธานี ร่วมกับทีมวิชาการจากคณาจารย์ของสาขาวิชาโรคไตศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาหน้างานสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยบริหาร ด้านงบประมาณ ในเชิงประมาณในระบบปกติจากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี ด้านการกำกับติดตามและประเมินใช้ฐานข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดปทุมธานี¹ (Health Data Center – HDC) หรือที่เรียกว่า “ฐานข้อมูล⁴³ แพ้มี”

การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมในจังหวัดปทุมธานี สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากมีการกำหนดให้ทำในรูปแบบเครือข่ายบริหาร มีที่มั่นวิชาการร่วมในการวางแผนและแก้ปัญหาในการจัดการอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีความท้าทายที่จะต้องมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องต่อไปคือจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปีจากโครงสร้างอายุ และโครงสร้างทางสังคม ที่แนวโน้มประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ภาระงานของเจ้าหน้าที่จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จึงได้กำหนดแผนการดำเนินงานต่อไปโดยให้ชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคไต หรือสามารถชะลอความเสื่อมของไตออกไปให้นานที่สุด โดยพัฒนาองค์ความรู้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อไปขยายต่อให้ประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาเครือข่ายระบบบริหารชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อจังหวัดปทุมธานี สำเร็จได้เนื่องจากความร่วมมือร่วมใจของทีมสหวิชาชีพในคลินิกชะลอไตเสื่อมของหน่วยบริหารทุกระดับในจังหวัดปทุมธานี

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลปทุมธานี เขตสุขภาพที่ 4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี และ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2552
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัททูลดร้าไวโอเร็ด จำกัด; 2555
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2558 : การบริหารกองทุนไตวายเรื้อรัง. นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชิ่ง จำกัด ; 2557
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2558 : การบริหารกองทุนป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง. นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชิ่ง จำกัด ; 2557
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกชะลอไตเสื่อมรุ่นที่ 1 วันที่ 29 กุมภาพันธ์ – 1 เมษายน 2559 ณ ห้องประชุมโรงแรมเอเชียราชเทวี กรุงเทพมหานคร; 2559

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย, กันยายน-ธันวาคม 2559
(The Zika virus Outbreak in Health region 4, Thailand, September-December 2016)

นวลปราง ประทุมศรี

Nuanprang Pratoomsri

ปทุมมาลัย ศิลภาพร

Patummal Silaporn

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi

บทคัดย่อ

เดือนกุมภาพันธ์ 2559 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ซึ่งประเทศไทยพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกภาคทั่วประเทศ ในเดือนกันยายน 2559 เขตสุขภาพที่ 4 ได้รับรายงานการพบผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นครั้งแรกที่จังหวัดนนทบุรี จึงเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center) ระดับเขต/ระดับจังหวัด เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังเชิงรุก สอบสวน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิการ่วมกับจังหวัด ตั้งแต่เดือนกันยายน-ธันวาคม 2559 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการระบาด อธิบายลักษณะทางระบาดวิทยา และเสนอมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสซิกา วิธีการศึกษา แบบ Cross sectional analytic study โดยทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยยืนยันรายแรก ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมและเก็บตัวอย่าง ปัสสาวะและ/หรือพลาสมา รวมทั้งเก็บตัวอย่างยุง/ลูกน้ำในจังหวัด ลพบุรี นนทบุรี ปทุมธานี ผลการศึกษา พบผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา 90 ราย จากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนทั้งหมด 1,324 ราย คิดเป็น attack rate 6.8% อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง 1:1.1 อายุเฉลี่ย 37.1±18.6 ปี ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งอาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง (23.3%) จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ นนทบุรี 67 ราย (74.4%) และ จังหวัดลพบุรี 15 ราย (16.7%) ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดง 66 ราย (73.3%) ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ 26.7% อัตราส่วนผู้ติดเชื้อที่มีอาการต่อผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ เท่ากับ 2.8: 1 อาการและอาการแสดงที่พบสูงสุด คือ ผื่น(87.9%) รองลงมาได้แก่ ไข้ (81.8%) ตาแดง(63.6%) หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสซิกา 6 ราย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยPUI พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกาในปัสสาวะ 84 ตัวอย่าง จาก 1,293 ตัวอย่าง (6.5%) และพลาสมา 35 ตัวอย่าง จาก 193 ตัวอย่าง(18.1%) และพบในลูกน้ำที่เก็บในพื้นที่ พบผู้ป่วยยืนยัน จังหวัดลพบุรี ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติ ผลการควบคุมโรค 26 ตำบล 11 อำเภอ 4 จังหวัด พบพื้นที่ที่สามารถควบคุมโรคได้ภายใน 28 วัน จำนวน 19 ตำบล (73.1%) อยู่ระหว่างควบคุมโรค 7 ตำบล (26.9%) ดังนั้นควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาให้เข้าสู่ระบบรายงาน 506 ตามปกติ และบูรณาการการดำเนินงานสอบสวน ควบคุมโรคร่วมกับโรคไข้เลือดออก รวมทั้งพิจารณาปรับแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้การดำเนินการเกิดประสิทธิผลด้านการป้องกันควบคุมโรคมากที่สุด

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

Abstract

In February 2016, WHO was constituted a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) on Zika outbreak that associated with neurological disorders and neonatal malformations and also Thailand has been reported sporadic cases nationwide. In September, 2016 Health Region 4 received first report on Zika infected case in Nonthaburi province. The Emergency Operations Center (EOC) was activated to conduct investigation and control measurement, cooperation with Provincial Health Offices during September-December, 2016. The objectives were to confirm outbreak, characterize of disease epidemiology and implement control measures. The cross-sectional analytic study was conducted by reviewing medical record of 1st Zika case, cases finding were done in community and hospital based in infected areas. We collected urine and/or plasma specimens for testing at National Institute of Health and also kept larvae around Zika cases houses in Lopburi, Nonthaburi and Pathumthani province for RT-PCR testing at Department of Parasitology Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. The results showed 90 confirmed cases of 1324 patient under investigation: PUI, attack rate was 6.8%, mean of age was 37.1 ± 18.6 years. Most of Zika infected cases were adult who were employee (23.3%). Nonthaburi province had most Zika virus cases (74.4%) followed by Lopburi 16.7%. 24 of 90 were asymptomatic infection. The proportion of symptomatic and asymptomatic was 2.8:1. Common symptoms were rash 87.9% fever 81.8% and conjunctivitis 63.6% respectively. We found 6 pregnant women who infected by Zika virus. 84 of 1293 urine (6.5%), 35 of 193 plasma specimens (18.1%) and larvae specimens from Lopburi province were positive RT-PCR. The analytic study of risk factor for Zika virus infection cases among urban and rural area were not significant (chi-square test) for any study factor. 19 of 26 subdistricts (11 districts and 4 provinces) infected areas were contained within 28 day (73.1%) and 7 subdistrict were ongoing (26.9%). The surveillance of Zika virus infection should be implement into routine system (R 506), integrated control measures and vector control measures along with dengue disease control program and develop guideline for laboratory investigation for more effectiveness measures.

Keywords : zika virus infection, asymptomatic, Health region 4, Thailand

บทนำ

ตามที่มีรายงานการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus disease) ในทวีปอเมริกาและประเทศในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา และแคริบเบียนนั้น องค์การอนามัยโลกภูมิภาคอเมริกา (PAHO : Pan Americans Health Organization) รายงาน ณ วันที่ 16 มกราคม 2559 พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสซิกาใน 20 ประเทศ โดยตั้งแต่ปี 2550 ถึงวันที่ 28 กรกฎาคม 2559 โดยพบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสซิกากายกลางพาหะแล้วใน 67 ประเทศทั่วโลก ในทวีปอเมริกา ประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกาและแคริบเบียน คงมีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะพ.ศ.2556-2558 พบการระบาดในประเทศบราซิล ซึ่งมีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิด ทารกมีศีรษะเล็ก เป็นจำนวนมาก¹ ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency International Concern : PHEIC)

สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสซิกาครั้งแรก พ.ศ. 2555 และพบผู้ป่วยยืนยันเฉลี่ยปีละ 5 ราย โดยพบการติดเชื้อกระจายทุกภาค² และเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2559 ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคที่ต้องแจ้งความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 และดำเนินการมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค อย่างเข้มข้น³ เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2559 องค์การอนามัยโลกรายงานประเทศไทยถูกจัดในกลุ่มที่ 3 จาก 5 กลุ่ม คือ ประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยยืนยันและมีการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในพื้นที่⁴

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก พระนครศรีอยุธยา นนทบุรี และปทุมธานี ได้ติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาอย่างใกล้ชิด เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2559 ได้รับรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสซิกา 2 ราย ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี จึงเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC) เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังเชิงรุก สบสนวน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาตามมาตรการ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับจังหวัด ตั้งแต่เดือนกันยายน-ธันวาคม 2559

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการระบาดของโรคและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในพื้นที่รับผิดชอบเขตบริการสุขภาพที่ 4
2. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา
3. เพื่อเสนอแนวทางในการกำหนดมาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาการศึกษา (Descriptive study)

ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคในกรณีพบผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) หรือผู้ที่ติดเชื้อไม่แสดงอาการ (asymptomatic infection) ในจังหวัดที่ไม่เคยพบผู้ป่วย และในอำเภอใหม่ของจังหวัดเดิม ตามแนวทางการสอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ดังนี้

1.1. ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยยืนยันรายแรก และ สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่สงสัย หรือญาติผู้ป่วย ตามแบบสอบสวนโรค เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลอาการและอาการแสดงและข้อมูลปัจจัยเสี่ยง เพื่อหาแหล่งแพร่กระจายโรค

1.2. การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม แบ่งเป็น 2 วิธี

1.2.1. ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) โดยค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์ตามเกณฑ์ PUI ในทั้งหมู่บ้าน (ส่วนพื้นที่ในเขตเทศบาลใช้เป็นรัศมีอย่างน้อย 100 เมตร) และ สถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อและแพร่กระจายเชื้อ เช่น สถานที่ทำงานหรือโรงเรียน ในช่วง 1 เดือนก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยยืนยันรายแรกของจังหวัด/อำเภอ

1.2.2. ค้นหาผู้ป่วยเชิงรับ (Passive case finding)

1.2.2.1. ทบทวนเวชระเบียนของสถานบริการสาธารณสุขในตำบล อำเภอ ที่มีผู้ป่วยยืนยัน ย้อนหลังหนึ่งเดือน นับจากวันเริ่มป่วยในแต่ละเหตุการณ์ จาก รหัส ICD 10: B05 Measles B06 Rubella B09 Viral exanthema U06.9 Zika R21 Maculopapular rash ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพศ/รพท/รพช/รพ.สต

1.2.2.2. เก็บตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์(ไม่มีอาการ)
ในตำบล/อำเภอที่พบผู้ป่วยยืนยัน

1.3. การเฝ้าระวังเชิงรับในประชากรกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่ม
ในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลจังหวัด ที่พบผู้ป่วย
ยืนยัน ได้แก่ 1. ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ 2. ผู้ป่วยทั่วไป
3. ทารกที่มีศีรษะเล็ก (Neonatal Microcephaly) และ/
หรือ พบ brain calcification 4. ผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-
บาร์เร (Guillain-Barre syndrome) ผู้ป่วยโรคทางระบบ
ประสาทอักเสบอื่นๆ ภายหลังการติดเชื้อ⁶

โดยกำหนดนิยามดังนี้ ผู้ป่วยสงสัย (Suspected
case) หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4
ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation
: PUI) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน สถานที่ทำงาน โรงเรียน ของผู้ป่วย
ยืนยัน ตั้งแต่เดือนกันยายน - ธันวาคม 2559 โดยผู้ป่วย
เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation :
PUI) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง
ก. หญิงตั้งครรภ์ที่มีผื่น (maculopapular rash) และมี
อาการอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือ
ข. หญิงตั้งครรภ์ที่มีไข้ (fever) และมีอาการอย่างน้อย 2
ใน 3 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดง หรือ
ค. หญิงตั้งครรภ์ที่มีผื่น (maculopapular rash) ที่อาศัยอยู่
หรือมีประวัติเดินทางเข้าไปในตำบลที่พบผู้ป่วยยืนยัน
และยังอยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค

2. ผู้ป่วยทั่วไป หมายถึง
2.1 ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอาการดังนี้
ก. มีผื่น (maculopapular rash) ร่วมกับอาการอย่าง
น้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือ
ข. ไข้ (fever) ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ
ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดงหรือ
ค. มีผื่น (maculopapular rash) ที่อาศัยอยู่หรือมี
ประวัติเดินทางเข้าไปในตำบลที่พบผู้ป่วยยืนยันและ
ยังอยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค

2.2 ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี
ก. ผู้ป่วยรายเดียวที่พบทั้ง 3 อาการ ได้แก่ ไข้ ผื่น (mac-
ulopapular rash) และตาแดง หรือ
ข. ผู้ป่วยที่กลุ่มก้อนตั้งแต่สองรายขึ้นไปที่มีอาการ ดังนี้
1) มีผื่น ร่วมกับ อาการอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้
ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือ

2) ไข้ ร่วมกับ อาการอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ ดังนี้
ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดง

ค. มีผื่น (maculopapular rash) ที่อาศัยอยู่หรือมี
ประวัติเดินทางเข้าไปในตำบลที่พบผู้ป่วยยืนยันและยัง
อยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค

หมายเหตุ กลุ่มก้อน หมายถึง พบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ
ข. 1) หรือ 2) ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปใน 2 สัปดาห์ ในหมู่บ้าน
ชุมชน โรงเรียน หรือที่ทำงานเดียวกัน หรือทำกิจกรรม
ในสถานที่เดียวกัน

3. ทารกที่มีศีรษะเล็ก (Neonatal Microcephaly) และ/
หรือ พบ brain calcification หมายถึง ทารกที่คลอดมา
ไม่เกิน 1 เดือน และวัดรอบศีรษะแล้วมีค่าความยาว
เส้นรอบวงต่ำกว่า 3 Percentile ของค่าปกติในเพศและ
กลุ่มอายุครรภ์ของทารกนั้น (Fenton curve) โดยกุมารแพทย์
เป็นผู้วินิจฉัย และ/หรือ พบหินปูนจับในเนื้อสมอง
(intracranial calcification)

4. ผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barre
syndrome) ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอักเสบอื่นๆ
ภายหลังการติดเชื้อ หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการ
อักเสบเฉียบพลันของเส้นประสาทหลายๆ เส้นพร้อมกัน
demyelinating polyradiculoneuropathy จนก่อให้เกิด
อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน ซึ่งในรายที่รุนแรง
อาจถึงขั้นเป็นอัมพาต และอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
หรือ ผู้ที่มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง 2 ข้างอาจจะ
มีชาหรือไม่ก็ตามทั้งนี้อาจจะหายใจไม่ได้เมื่ออาการ
รุนแรงมากขึ้น โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึงผู้ป่วย
สงสัยที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันพบสาร
พันธุกรรมของเชื้อไวรัสซิกาในเลือด หรือในปัสสาวะ
หรือสารคัดหลั่งในร่างกาย โดยวิธี PCR กรณีทารกที่มี
ศีรษะเล็กผิดปกติ ต้องตรวจพบภูมิคุ้มกันที่จำเพาะต่อ
เชื้อไวรัสซิกา (ZIKV IgM) หรือมี seroconversion ของ
Zika virus IgG

**ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ (Asymptomatic
infection)** หมายถึง ผู้สัมผัสหรือหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่แสดง
อาการป่วย และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน
พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสซิกาโดยวิธี PCR ในเลือด
หรือ ในปัสสาวะ หรือ สารคัดหลั่งในร่างกาย

นำข้อมูลผู้ป่วยยืนยันและผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ มาวิเคราะห์เชิงพรรณนา

2. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study)

แบ่งผู้ติดเชื้อเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ติดเชื้อที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หมายถึง ผู้ติดเชื้อที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองหรือบริเวณที่มีประชากรแออัดหรือหมู่บ้านคฤหาสน์* ผู้ติดเชื้อที่อาศัยอยู่นอกเขตเมือง หมายถึง ผู้ติดเชื้อที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นอกเขตเทศบาลเมืองหรือบริเวณที่มีประชากรไม่แออัด โดยนำประวัติเสี่ยงต่างๆ มาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม โดยคำนวณ ร้อยละ และใช้สถิติ Chi-Square

3. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

3.1. เก็บเลือดและ/หรือปัสสาวะตามเกณฑ์สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข^{5,6} ส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส Zika โดยวิธี RT-PCR หรือตรวจภูมิคุ้มกันชนิด IgM (ZIKV IgM), IgG(ZIKV IgG) ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือส่งตรวจห้องปฏิบัติการอื่นที่มีร่วมมือกับสำนักระบาดวิทยา

3.2. เก็บตัวอย่างยุงและลูกน้ำ บริเวณบ้านผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา จังหวัดลพบุรี นนทบุรี ปทุมธานี ส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส Zika โดยวิธี RT-PCR ที่หน่วยกีฏวิทยาทางการแพทย์ ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* หมายถึง โครงการหมู่บ้านที่มีบ้านราคามากกว่า 10 ล้านบาทขึ้นไปหลังคาเรือน

4. การควบคุมโรค

จัดทำพิกัดของผู้ป่วยรายแรกและรัศมี 100 เมตรจากบ้านผู้ป่วย ด้วยโปรแกรม QGIS version 8.2 และพินสารเคมีกำจัดยุงตัวแก่ในวันที่ 0 3 7 14 21 28 และดำเนินการสำรวจและกำจัดลูกน้ำ ในวันที่ 0 3 5 7 14 21 28 โดยสังเกตสภาพแวดล้อม และสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงภายในบ้าน และบริเวณนอกบ้าน คำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุงในบ้าน ค่าดัชนีลูกน้ำยุงในภาชนะระบุแหล่งที่พบลูกน้ำยุงลาย รวมถึงการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ทันทีในวันที่พบลูกน้ำยุง โดยมีเป้าหมายการควบคุมโรค⁶ คือ 1.พื้นที่ทั่วไป ภายใน 5 วัน ระดับหมู่บ้าน HI และ CI =0% ภายใน 14 วันและ 28 วัน ค่าHI และ CI <5% ในระดับตำบลและอำเภอ ตามลำดับ 2. เขตเทศบาล ภายใน 5 วัน ในรัศมี 100 เมตรรอบบ้าน

ผู้ป่วย/ที่เดินทางไปประจำหลังมีอาการ ค่า HI และ CI =0% ภายใน 14 วันและ 28 วัน ค่าHI และ CI <5% ระดับชุมชนหรือหมู่บ้านและระดับตำบล

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ข้อมูลผู้ป่วยยืนยันจังหวัดแรก

ผู้ป่วยรายแรก เพศชาย อายุ 64 ปี อาศัยอยู่ อ.บางกรวย จ.นนทบุรี เริ่มป่วยวันที่ 23 สิงหาคม 2559 ด้วยอาการ ปวดศีรษะ มีผื่นแดง มีประวัติเดินทางไปปฏิบัติธรรมที่ถนนพุทธมณฑลสาย 2 กรุงเทพมหานคร ทุกวันจันทร์-ศุกร์ พักอาศัยอยู่กับภรรยา แต่ขณะป่วย (27 สิงหาคม 2559) มีบิดามารดา เดินทางมาพักค้าง ด้วยจากจังหวัดพะเยา และมีคนอยู่ชอยเดียวกันในหมู่บ้านกลับมาจากฮ่องกง จากการสอบสวนโรคร่วมกับสำนักระบาดวิทยา สันนิษฐานว่าน่าจะมีการติดเชื้อภายในชุมชน จากการสำรวจคัดชันลูกน้ำยุงในวันที่ 5 หลังรับรายงานผู้ป่วยและควบคุมโรคแล้ว พบว่า หมู่ 4 ต.บางขุนทอง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี ค่า HI = 15.7, CI = 4.47 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายการควบคุมโรค

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมและการเฝ้าระวังเชิงรับในประชากรกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่ม ในเขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่เดือนกันยายน-ธันวาคม 2559 พบผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 90 ราย จากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนทั้งหมด 1,324 ราย คิดเป็น attack rate 6.8% อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง 1:1.1 อายุเฉลี่ย 37.1±18.6 ปี อาชีพที่พบส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง (23.3%) รองลงมา ได้แก่ ค้าขาย (18.6%) นักเรียน(16.3%) ตามลำดับ

เมื่อจำแนกตามจังหวัด พบว่าจังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ นนทบุรี 67 ราย (74.4%) รองลงมาได้แก่ จังหวัดลพบุรี 15 ราย (16.7%) ปทุมธานีและสระบุรี จังหวัดละ 4 ราย (4.4%) ตามลำดับ โดยอำเภอที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ เมืองนนทบุรี 49 ราย (54.4%) รองลงมาได้แก่ เมืองลพบุรี 12 ราย (13.3%) บางกรวย 7 ราย (7.8%) บางใหญ่ ปากเกร็ดและแก่งคอย อย่างละ 4 ราย (4.4%) ส่วนประวัติเสี่ยงของผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาเลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามครบทุกปัจจัยเสี่ยงจำนวน 30 ราย (33.3%) พบว่าส่วนใหญ่มีประวัติเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสซิกา 14 ราย (46.7%) มีคนในครอบครัวมีอาการไข่ออกผื่น 13 ราย (43.3%) สัมผัสผู้ป่วยไข่ออกผื่นและบ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา 9 ราย (30.0%) และไปทำงานกับคนที่มีการไข่ออกผื่น 2 ราย (6.7%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่เดือน
กันยายน-ธันวาคม 2559 (n=90)

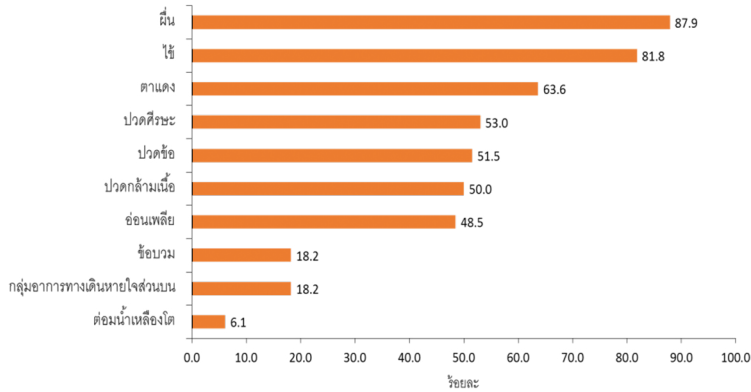
คุณลักษณะ	n		จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	(n=90)	ชาย	43	47.8	
		หญิง	47	52.2	
อายุ	(n=90)	ค่าเฉลี่ย	37.1±18.6 ปี		
อาชีพ	(n=43)	รับจ้าง	10	23.3	
		ค้าขาย	8	18.6	
		นักเรียน	7	16.3	
		งานบ้าน	5	11.6	
		ข้าราชการ	5	11.6	
		ว่างงาน	4	9.3	
		ไม่ระบุ	4	9.3	
จังหวัด	(n=90)	นนทบุรี	รวม	67	74.4
			เมืองนนทบุรี	49	
			บางกรวย	7	
			บางใหญ่	4	
			ปากเกร็ด	4	
			เมือง	2	
			ไทรน้อย	1	
		ลพบุรี	รวม	15	16.7
			เมืองลพบุรี	12	
			บ้านหมี่	2	
			หนองม่วง	1	
		ปทุมธานี	รวม	4	4.4
			เมืองปทุมธานี	3	
			ธัญบุรี	1	
		สระบุรี	(n=30)	รวม	4
แก่งคอย	4				
ประวัติเสี่ยง	(n=30)				
ประวัติเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสซิกา			14	46.7	
คนในครอบครัวมีอาการไข่ออกผื่น			13	43.3	
สัมผัสผู้ป่วยไข่ออกผื่น			9	30.0	
บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา			9	30.0	
ทำงานกับคนที่มีไข่ออกผื่น			2	6.7	

กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 21-30 ปี และ 41-50 ปี (20.0%) รองลงมา ได้แก่กลุ่มอายุ 11-20 ปี (16.7%) และกลุ่มอายุ 31-40 ปี(14.4%) ซึ่งกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยน้อยสุด คือ กลุ่มอายุ 0-10 ปี(4.4%)

ผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสซิกาทั้งหมด 90 ราย พบผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง 66 ราย (73.3%)

ไม่มีอาการ 24 ราย (26.7%) อาการและอาการแสดงที่พบสูงสุด คือ ผื่น(87.9%) รองลงมาได้แก่ ไข้ (81.8%) ตาแดง(63.6%) ปวดศีรษะ (53.0%) ปวดข้อ (51.5%) ปวดกล้ามเนื้อ(50.0%) อ่อนเพลีย (48.5%) ข้อบวม และกลุ่มอาการทางเดินหายใจส่วนบน (18.2%) และต่อมน้ำเหลืองโต (6.1%) ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 ร้อยละของอาการและอาการแสดงผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่เดือนกันยายน-ธันวาคม 2559



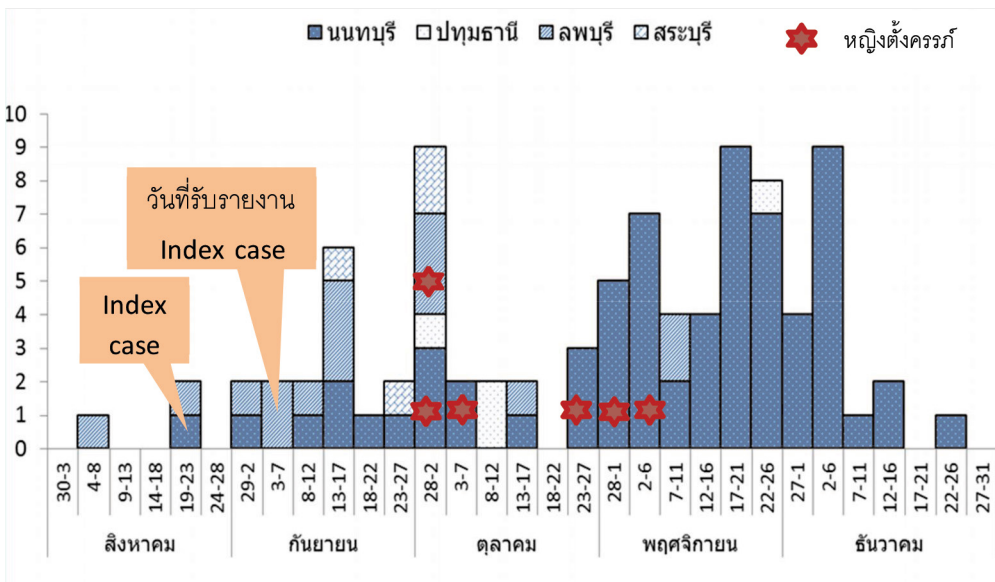
(n=66)

โดยตำแหน่งที่พบผื่นมากที่สุด ได้แก่ แขน (90.9%) รองลงมาได้แก่ ลำตัว (87.9 %) ขา(84.8%) ใบหน้า (63.6%) และโรมม(18.2%)ตามลำดับ

จากเส้นโค้งการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบว่าเริ่มมีผู้ป่วยรายแรกในจังหวัดชลบุรี ช่วงต้นเดือนสิงหาคม 2559

ต่อมาเริ่มพบผู้ป่วยในจังหวัดนนทบุรี สระบุรี และปทุมธานี ตามลำดับ โดยพบการระบาดสูงสุดในจังหวัดนนทบุรี ซึ่งผู้ป่วยมีแนวโน้มมากขึ้นในช่วงเดือนพฤศจิกายน และผู้ป่วยค่อยๆลดลงในช่วงเดือนธันวาคม ดังรูปที่ 2

รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำแนกตามวันเริ่มป่วย เขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่เดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2559 (n=90)



ส่วนกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 6 ราย พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเพิ่มขึ้นในเดือนที่มีการระบาดของโรค ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรี 5 ราย (83.3%) ส่วนจังหวัดลพบุรี 1 ราย (16.7%) และอายุครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกาสูงสุด คือ อายุครรภ์ในไตรมาสแรก 3 ราย (60%) ไตรมาส 2 จำนวน 1 ราย (20%) และไตรมาสที่ 3 จำนวน 1 ราย (20%)

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จากการตรวจตัวอย่างปัสสาวะทั้งหมด 1,293 ตัวอย่าง และพลาสมา 193 ตัวอย่าง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกาในปัสสาวะ 84 ตัวอย่าง (6.5%) และพลาสมา 35 ตัวอย่าง (18.1%) และพบสารพันธุกรรมไวรัสซิกาในตัวอย่างลูกน้ำที่

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงระหว่างผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน-ธันวาคม 2559

ประวัติเสี่ยง	ในเขตเมือง(n=23)	นอกเขตเมือง(n=7)	p-value
สัมผัสผู้ที่มีอาการไข่ออกผื่น	21(30.9)	3 (13.6)	0.111
ประวัติเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	13 (19.1)	1 (4.5)	0.101
บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	9 (13.2)	0 (0)	0.072

4. ผลการควบคุมโรค

พื้นที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรคระดับเขต จำนวน 26 ตำบล 11 อำเภอ 4 จังหวัด ซึ่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สนับสนุนการควบคุมโรคโดยทีมพ่นสารเคมีกำจัดยุง ULV ดิทรถยนต์ จำนวน 24 ครั้ง (48คัน) ทีมเดินสำรวจ กำจัดลูกน้ำยุง ค้นหาPUI และสื่อสารประชาสัมพันธ์ รวม 26 ครั้ง (455 คน) จากข้อมูล ณ วันที่ 29 ธันวาคม 2559 พบว่าพื้นที่ที่สามารถควบคุมโรคได้ภายใน 28 วัน จำนวน 19 ตำบล (73.1%) อยู่ระหว่างควบคุมโรค 7 ตำบล (26.9%)

วิจารณ์

จากการศึกษาสามารถยืนยันการระบาดพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เริ่มต้นในพื้นที่จังหวัดลพบุรี

เกือบรอบบ้านผู้ป่วยยืนยัน จังหวัดลพบุรี 2 ตัวอย่าง ส่วนจังหวัดปทุมธานี นนทบุรี ไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา

3. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงใน 30 ราย ระหว่าง 2 กลุ่มอาศัยในเขตเมือง 23 ราย เขตนอกเมือง 7 ราย พบว่าประวัติสัมผัสผู้ป่วยไข่ออกผื่น และมีประวัติเดินทางไปในพื้นที่ที่เสี่ยงติดเชื้อไวรัสซิกา มีค่า p-value ใกล้เคียงกัน คือ 0.111 และ 0.101 ตามลำดับ ส่วนบ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา มีค่า p-value = 0.072 ดังนั้นปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาที่อาศัยในเขตเมืองและนอกเขตเมืองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

แต่ไม่สามารถตรวจจับได้ในช่วงแรก จนได้รับแจ้งรายงานครั้งแรกที่จังหวัดนนทบุรีต้นเดือนกันยายน 2559 จึงมีการแจ้งเตือนจังหวัดอื่นๆ และแนะนำให้ทำการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง 1 เดือน จึงพบว่าผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคไวรัสซิกา (Patient Under Investigation : PUI) ที่จังหวัดลพบุรี นำมาซึ่งการค้นหาลูกน้ำยุงอื่นๆ อีกจำนวนมาก และกำหนดให้เกิดระบบเฝ้าระวังในสถานพยาบาลทุกแห่งของทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ตามมา ดังจะเห็นจากเส้นโค้งการระบาดว่า ในช่วงต้นเดือนกันยายน-กลางเดือนตุลาคม 2559 มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดต่อเนื่องในพื้นที่กิ่งเมืองของจังหวัดนนทบุรี เช่น อ.บางกรวย อ.เมือง(นอกเขตเทศบาล) รองลงมาคือ จังหวัดลพบุรีในเขตเทศบาล

ส่วนระยะที่สอง (ปลายเดือนตุลาคม-กลางเดือน ธันวาคม 2559) มีการระบาดใหญ่ในพื้นที่เขตเทศบาล นครจังหวัดนนทบุรี เพราะเป็นจังหวัดที่มีประชากร จำนวนมากประกอบกับมีการเคลื่อนย้ายสูง จึงนำเชื้อ เข้า-ออกได้ตลอดเวลา ลักษณะชุมชนเมือง ออกไป ทำงานนอกบ้าน ไม่ได้ดูแลสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน จึงพบค่าดัชนีลูกน้ำยุงสูง แม้จะควบคุมโรคในวันที่ 14 แล้วก็ตาม ซึ่งพบค่า HI day5, 14 และ 28 ต.บางกระสอบ.เมือง จ.นนทบุรี = 18.18, 12.24 และ 20.54 ตามลำดับ หรือค่า HI ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี = 28.42, 21.74 และ 0.93 ค่า CI = 13.54, 6.29 และ 0.30 ตามลำดับ การระบาดจึงขยายวงกว้างหลายพื้นที่ ควบคุมโรคไม่ได้ ภายใน 28 วัน ต้องใช้ความร่วมมือจากส่วนการปกครอง มหาดไทย และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมถึง หน่วยงานสาธารณสุขกรมควบคุมโรคเข้ามาสนับสนุน จึงทำให้การระบาดชะงักลง แต่จนถึงสิ้นเดือนธันวาคม 2559 ก็ยังพบผู้ป่วยยืนยันต่อเนื่องอยู่อีกประปราย สำหรับจังหวัดอื่นๆ เป็นพื้นที่ชานเมืองหรือชนบท สามารถควบคุมการระบาดได้ในช่วง 5-10 วัน เพราะ ประชาชนมีการเดินทางน้อย และให้ความร่วมมือ ควบคุมโรคเป็นอย่างดี แสดงให้เห็นว่ายังมีความเป็น ชุมชนเมืองมากเท่าใด ยิ่งควบคุมโรคได้ยากเท่านั้น

การศึกษานี้พบการกระจายของผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา ในทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะผู้ใหญ่ พบผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ 1 ใน 4 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมดซึ่งไม่สอดคล้องกับการ ศึกษาอื่นที่พบส่วนใหญ่ไม่มีอาการ⁷ อาการและ อาการแสดงของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสซิกา ที่พบบ่อย คือ ผื่น ไข้ พบถึงประมาณร้อยละ 80 อย่างไรก็ตามยังพบ อาการตาแดง ปวดข้อ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อและ อ่อนเพลีย ประมาณร้อยละ 50 และอาจพบอาการทาง ระบบทางเดินหายใจได้ (18%) ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของ Duffy, Mark R., et al.⁸ และ Brasil, Patricia, et al.⁹ ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยแยกโรคทำได้ยากขึ้น หรือการเฝ้าระวังและการตรวจจับโรคล่าช้าได้

จากการศึกษาเชิงวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงไม่พบว่า มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในเขต

เมืองและนอกเขตเมือง อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อในเขตเมือง พบว่ามีประวัติสัมผัสผู้ป่วยไข้ ออกผื่นและประวัติบ้าน อยู่ละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ร้อยละ 100 ซึ่งต่างจากผู้ติดเชื้อนอกเขตเมือง ที่ไม่พบ ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว อย่างไรก็ตามมีข้อจำกัดจาก จำนวนตัวอย่างน้อย

จากการศึกษานี้พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสซิกา 6 ราย มีอาการไข้และผื่น 5 ราย(83.3%) และร้อยละ 50 ติดเชื้อในไตรมาสสุดท้าย หลังคลอดทารกมีขนาดศีรษะ ปกติ จากการศึกษ Franca, Giovanni VA, et al.¹⁰ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีผื่นในไตรมาสที่ 3 มักมีสมอง ทารกผิดปกติแม้ขนาดศีรษะจะปกติ ซึ่ง 1 ใน 5 ของ ทารกที่ติดเชื้อ อาจมีขนาดศีรษะปกติ และ 1 ใน 3 ไม่มี ประวัตินี้พบในแม่ และการศึกษาของ Brasil, Patricia, et al. พบว่าทารกในครรภ์สามารถติดเชื้อได้ในทุกช่วง อายุครรภ์¹¹ ดังนั้นจึงควรติดตามทารกอย่างน้อย 2 ปี เนื่องจากอาจมีความผิดปกติทางระบบประสาทได้ เช่น ชัก การพัฒนาการล่าช้า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา การเคลื่อนไหวผิดปกติ การดูคนผิดปกติ การกลืนลำบาก และการมองเห็นและการได้ยินผิดปกติ เป็นต้น

ข้อจำกัด

1. แนวทางเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรค มีปรับปรุงตลอดเวลา ร่วมกับมีหลายหน่วยงานร่วม ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ทำให้การรวบรวม ข้อมูลต่างๆ คลาดเคลื่อนได้
2. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคนั้น จะเน้นมาตรการ ควบคุมโรค จึงอาจทำให้ข้อมูลการสอบสวนผู้ป่วย เฉพาะรายและผู้สัมผัสในบ้านและในชุมชน บางส่วน ไม่มีรายละเอียด ที่ครบถ้วนสมบูรณ์
3. การเก็บตัวอย่างยุง หรือลูกน้ำไม่สามารถ ดำเนินการเก็บตัวอย่างก่อนการควบคุมโรคได้ทุกแห่ง

ข้อเสนอแนะเชิงมาตรการควบคุมโรค

1. ควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ให้เข้าสู่ระบบรายงาน 506 ตามปกติ
2. ควรบูรณาการการสอบสวนและควบคุมโรค ติดเชื้อไวรัสซิการ่วมกับโรคไข้เลือดออก
3. ควรพิจารณาปรับแนวทางการสอบสวนและ

ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา รวมทั้งเก็บตัวอย่างส่งตรวจ โดยเน้นการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มทารกศีรษะเล็กและกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barre syndrome) เพื่อให้การดำเนินการเกิด ประสิทธิภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคมากที่สุด

4. ควรพัฒนา/ปรับปรุง แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสซิกา อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากยังมี องค์ความรู้จำกัด

5. ควรพัฒนาระบบการฝากครรภ์ และเฝ้าระวัง อาการไข่ออกผื่นในหญิงตั้งครรภ์ อย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงนันทพร เมฆสวัสดิชัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัด สระบุรี ในการสนับสนุน ส่งเสริมศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) สคร.4 ให้สามารถ ดำเนินการจนบรรลุเป้าหมายควบคุมโรคได้ และเจ้าหน้าที่ ใน EOC Zika ทุกท่านที่เสียสละ ร่วมแรงร่วมใจกัน ด้วยความเหนื่อยยาก ออกสอบสวนควบคุมโรค ทุกเหตุการณ์อย่างไม่เคยย่อท้อ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน ในจังหวัด นนทบุรี ปทุมธานี ลพบุรี และสระบุรี ที่ร่วมดำเนินการสอบสวน ควบคุมโรค อย่างจริงจัง ขอขอบคุณสำนัก ระบาดวิทยาที่สนับสนุนงบประมาณและประสานการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และขอบคุณหน่วยกีฏวิทยา ทางการแพทย์ ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนการตรวจด้าน กีฏวิทยา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การประชุมคณะกรรมการ จุกเงินภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (2005) เกี่ยวกับ โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ครั้งที่ 4. (ออนไลน์). 2560 [สืบค้น เมื่อ 26 มกราคม 2560] แหล่งข้อมูล : http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/who_meeting4_zika.pdf.

2. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง โรคไข้ซิกา (Zika virus disease) 22 มกราคม 2559. (ออนไลน์). 2559 [สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2560] แหล่งข้อมูล : http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/zika_virus_disease_220159.pdf.

3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “เพิ่มเติมชื่อโรคติดต่อและอาการสำคัญ” 3 กุมภาพันธ์ 2559. (ออนไลน์). 2559 [สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2560] แหล่งข้อมูล : <http://203.157.15.110/boe/zika.php>.

4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus disease) ฉบับที่ 2 วันที่ 28 มีนาคม 2559. (ออนไลน์). 2559 [สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2560] แหล่งข้อมูล : http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/announce_zika_no2.pdf.

5. พจมาน ศิริอารยาภรณ์ โรม บัวทอง และอรทัย สุวรรณไชยรบ. แนวทางการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Investigation guideline for Zika virus infection) 8 สิงหาคม 2559. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (ออนไลน์). 2559 [สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2560] แหล่งข้อมูล : <http://203.157.15.110/boe/zika.php>.

6. พจนาน ศิริอารยาภรณ์ โรม บัวทอง
เสาวพัทตร์ อึ้งจ้อย และ อาทิตา วงศ์คามา. แนวทาง
การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Surveillance
of Zika virus infection) 8 สิงหาคม 2559. สำนักระบาดวิทยา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (ออนไลน์).
2559 [สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2560] แหล่งข้อมูล :
<http://203.157.15.110/boe/zika.php>.

7. "Symptoms, Diagnosis, & Treatment of
Zika Virus". Zika Virus Home. Centers for Disease
Control and Prevention. สืบค้นเมื่อ 22 Feb 2017.

8. Duffy MR, Chen TH, Hancock WT, Powers
AM, Kool JL, Lanciotti RS, Pretrick M, Marfel M,
Holzbauer S, Dubray C, Guillaumot L. Zika virus
outbreak on Yap Island, federated states of Micronesia.
N Engl J Med. 2009 Jun 11;2009(360):2536-43.

9. Brasil P, Pereira Jr JP, Moreira ME, Ribeiro
Nogueira RM, Damasceno L, Wakimoto M, Rabello
RS, Valderramos SG, Halai UA, Salles TS, Zin AA.
Zika virus infection in pregnant women in Rio de
Janeiro. New England Journal of Medicine. 2016
Dec 15;375(24):2321-34.

10. França GV, Schuler-Faccini L, Oliveira
WK, Henriques CM, Carmo EH, Pedi VD, Nunes
ML, Castro MC, Serruya S, Silveira MF, Barros FC.
Congenital Zika virus syndrome in Brazil:
a case series of the first 1501 livebirths with
complete investigation. The Lancet. 2016 Sep
2;388(10047):891-7.

สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบ เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2559
The situation of viral hepatitis, Health region 4th Thailand, 2015

ระพีพร กรมธรรมา	Rapeeporn kromthamma
ณพงษ์ บำรุงพงษ์	Napapong bamrungpong
ธัญญาภรณ์ คุณสมบัติ ดุบลโธซ์	Thanyaporn KunsombatDubouloz
นิชภาภา ตริชัยศรี	Nichapa trichaisri
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี	The office of Disease Prevention and Control 4, Sarabui

บทคัดย่อ

ไวรัสตับอักเสบนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในช่วง พ.ศ. 2533-2556 จำนวนผู้เสียชีวิตจากไวรัสตับอักเสบเพิ่มจาก 0.89 ล้าน เป็น 1.4 ล้านคนทั่วโลกต่อปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 ของประชากรโลก ซึ่งโรคไวรัสตับอักเสบทั่วโลก รวมทั้งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ พ.ศ.2560-2564 ดังนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี จึงรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ (รง.506) พ.ศ. 2559 เพื่อทราบสถานการณ์และวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค พบว่า สถานการณ์โรคตับอักเสบบี พ.ศ. 2559 มีอัตราป่วย 5.92 ต่อแสนประชากร (309 ราย) อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 1:1.5 ส่วนใหญ่พบชนิดบี 223 ราย (72.17%) ชนิดซี ร้อยละ 24 ราย (7.77%) และไม่ทราบชนิด 35 ราย (11.3%) อายุเฉลี่ย 45.114±15.19 ปี พบในผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ เชื้อชาติไทย (97.1%) และสถานภาพโสด (50.2%) อาชีพที่พบสูงสุด คือ รับจ้าง/กรรมกร (53.1%) จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ ปทุมธานี 89 ราย (28.8%) ลพบุรี 85 ราย(27.5%) และนนทบุรี 53 ราย(17.2%) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (95.1%) ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี ใกล้เคียงกับไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี โดยมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2554-2558 และเริ่มลดลงในปี 2559 แต่ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีบางชนิดยังมีการรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 จำนวนน้อย ซึ่งอาจยังไม่สามารถบอกสถานการณ์ของไวรัสตับอักเสบบีชนิดอื่นได้ จึงควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ (รง.506) ควบคู่ไปกับการใช้ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม เพื่อให้ทราบสถานการณ์ที่แท้จริง และสามารถวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี เขตสุขภาพที่ 4

Abstract

Viral hepatitis is a major problem of public health in the world. During 1990-2013 the number of death from viral hepatitis increased from 0.89 million to 1.4 million people per year. That resulted in being seventh leading cause of death in the world. The disease of viral hepatitis in the world and Southeast Asia trending up. The Department of Disease Control at the Ministry of Public Health has prepared a strategic plan to prevent and solve problems relating to virus hepatitis for 2017 to 2021. The Office of Disease Prevention and Control Region 4 Saraburi Province has collected and analyzed data from the National disease Surveillance System (R506) in 2016 to understand the current situation to assist in planning prevention progress and disease control measures. The situation of viral hepatitis in 2016 rate 5.92 per 100,000 population (309 cases) and the ratio of male to female was 1: 1.5. The most common hepatitis B, 223 cases (72.17%), second was hepatitis C, 24 cases (7.77%) and there were 35 cases of unknow hepatitis (11.3%). The average age is 45.114+15.19. Most in adults, ethnically thai (97.1%) and single (50.2%). Mainly labour worker (53.1%). Most patients were in Pathumthani 89 cases (28.8%) followed by 85 cases in Lopburi (27.5%), and 53 cases in Nonthaburi (17.2%). Most patients treated as out-patients (95.1%), all type of viral hepatitis were found equally distributed both in Regional and Provincial hospitals, The situation of viral hepatitis trend was at an increase since 2011-2015 and decline in 2016 same like viral hepatitis B. Some types of viral hepatitis were reported in small number unequally, do not show the actual situation of another hepatitis. Should develop a National Disease Surveillance System (R506), and Data systems from 43 files to understand the actual situation and to plan for effective of prevention and disease control.

Keyword : Viral hepatitis B, Viral hepatitis C, Health region 4th

บทนำ

ไวรัสตับอักเสบนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในช่วง พ.ศ. 2533-2556 จำนวนผู้เสียชีวิตจากไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มจาก 0.89 ล้าน เป็น 1.4 ล้านคนทั่วโลกต่อปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 ของประชากรโลก การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสที่สำคัญ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบนชนิด A B C D และ E ซึ่งสามารถป้องกันได้จากการจัดให้มีการสุขาภิบาลที่ดี อนามัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบการบริจาคนโลหิต อุปกรณ์ป้องกันโรค เช่น ถุงยางอนามัย เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด รวมทั้งวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น โดยกว่าร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตเป็นผลจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี โดยเมื่อร่างกายได้รับเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีอาการที่ชัดเจน ถ้าร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสออกไปได้ จะส่งผลให้เกิดตับอักเสบบีเรื้อรังจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับแข็ง ตับวาย มะเร็งตับ เป็นต้น¹ ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ประมาณ 240 ล้านราย และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซี เรื้อรัง ประมาณ 130-150 ล้านราย ซึ่งโรคไวรัสตับอักเสบบีทั่วโลก รวมทั้งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ทางสาธารณสุขโรคไวรัสตับอักเสบบี 2559-2564 โดยมีเป้าหมายลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจาก 6-10 ล้าน ให้น้อยกว่า 1 ล้านคน และลดการเสียชีวิตจาก 1.4 ล้าน เป็นน้อยกว่า 500,000 ภายในปี 2573²

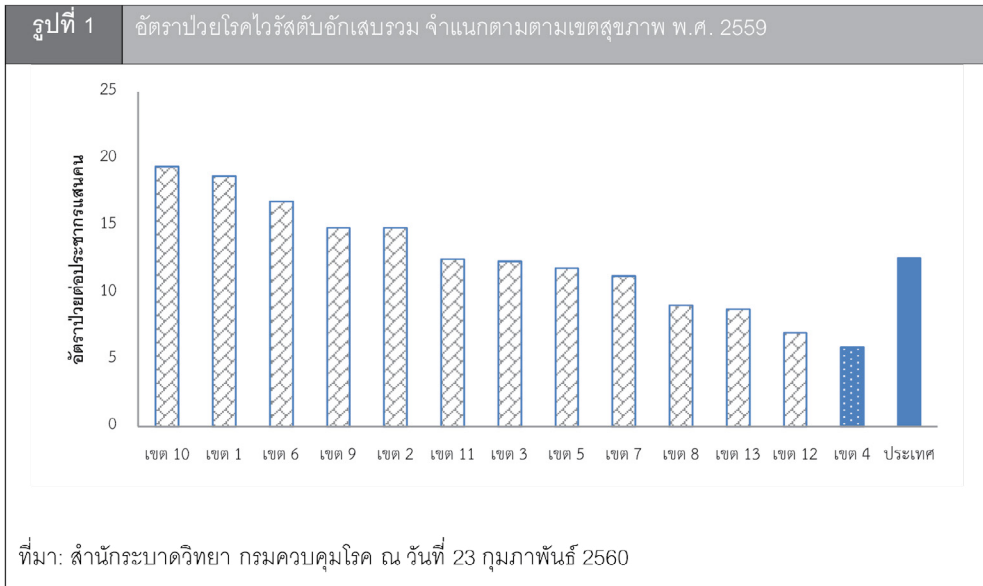
กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ.2560-2564 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์³ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูล ยุทธศาสตร์ที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยง ยุทธศาสตร์ที่ 3 การค้นหา

และดูแลผู้ป่วย ยุทธศาสตร์ที่ 4 การวิจัยพัฒนาเพื่อการป้องกันควบคุมโรค และยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารและจัดการทรัพยากร จากยุทธศาสตร์ดังกล่าวสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี จึงรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานระบบเฝ้าระวังโรค รง.506 สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทราบสถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบีในเขตสุขภาพที่ 4 และวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีต่อไป

สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis)

โรคไวรัสตับอักเสบบีได้ถูกกำหนดให้เป็น 1 ในจำนวน 14 โรค ที่ต้องรายงานใน พ.ศ. 2513 โดยในระยะเริ่มแรกเป็นเพียงการรายงานจากการวินิจฉัยเบื้องต้นตามอาการเกือบทั้งหมด ใน พ.ศ.2521 ได้เริ่มมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อแยกประเภทของเชื้อที่เป็นสาเหตุว่าเป็นตับอักเสบบี เอ หรือ ตับอักเสบบี ใน พ.ศ. 2526 ได้มีการจำแนกการรายงานโรคไวรัสตับอักเสบบีออกเป็น 4 ประเภท คือ ตับอักเสบบี เอ ตับอักเสบบี บี ตับอักเสบบีซี และไม่ใช้ เอ และไม่ใช้ บี และตับอักเสบบีชนิดไม่ทราบเชื้อส่วนตับอักเสบบีชนิด ซี ชนิด ดี และชนิด อี มีการรายงานครั้งแรกใน พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2542 ตามลำดับ⁴

พ.ศ. 2559 **ประเทศไทย** มีรายงานผู้ป่วยสะสมจำนวน 8,244 ราย อัตราป่วย 12.60 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต อัตราป่วยรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 10 อัตราป่วยสูงสุด 19.45 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 1 (18.72) และเขตสุขภาพที่ 6 (16.85) ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 4 (5.92) อัตราป่วยอยู่ในลำดับที่ 13 ของประเทศ และต่ำกว่าระดับประเทศ (รูปที่ 1) (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 อัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบรวม จำแนกรายจังหวัด พื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2559

จังหวัด	อันดับประเทศ	ประชากร	จำนวนป่วย (ราย)	อัตราป่วย (ต่อแสนประชากร)
รวมทั้งประเทศ		65,426,907	8,244	12.60
เขตสุขภาพที่ 4	13	5,221,125	309	5.92
ลพบุรี	27	758,531	85	11.21
นครนายก	34	257,939	25	9.69
ปทุมธานี	38	1,084,154	89	8.21
สระบุรี	55	635,567	31	4.88
นนทบุรี	57	1,183,791	53	4.48
พระนครศรีอยุธยา	70	805,980	21	2.61
อ่างทอง	74	283,371	4	1.41
สิงห์บุรี	76	211,792	1	0.47

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2560

เขตสุขภาพที่ 4 มีรายงานผู้ป่วยสะสม จำนวน 309 ราย อัตราป่วย 5.92 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 1:1.5 อายุเฉลี่ย 45.14 ± 15.19 ปี ชนิดไวรัสตับอักเสบบีพบสูงสุด ได้แก่ ชนิดบี 223 ราย (72.2%) ไม่ทราบชนิด 35 ราย (11.3%) ชนิดเอ และชนิดซี 24 ราย (7.8%) ชนิดดี 2 ราย (0.6%) และชนิดอี 1 ราย (0.3%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีเชื้อชาติไทย (97.1%) และสถานภาพโสด (50.2%)

อาชีพที่พบสูงสุด คือ รับจ้าง/กรรมกร (53.1%) รองลงมา คือ งานบ้าน (9.4%) ไม่ทราบ/นปค.(8.4%) และนักเรียน (7.8%) ตามลำดับ จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ ปทุมธานี 89 ราย(28.8%) ลพบุรี 85 ราย(27.5%) และนนทบุรี 53 ราย(17.2%) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก (95.1%) ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลจังหวัด (ตารางที่ 2)

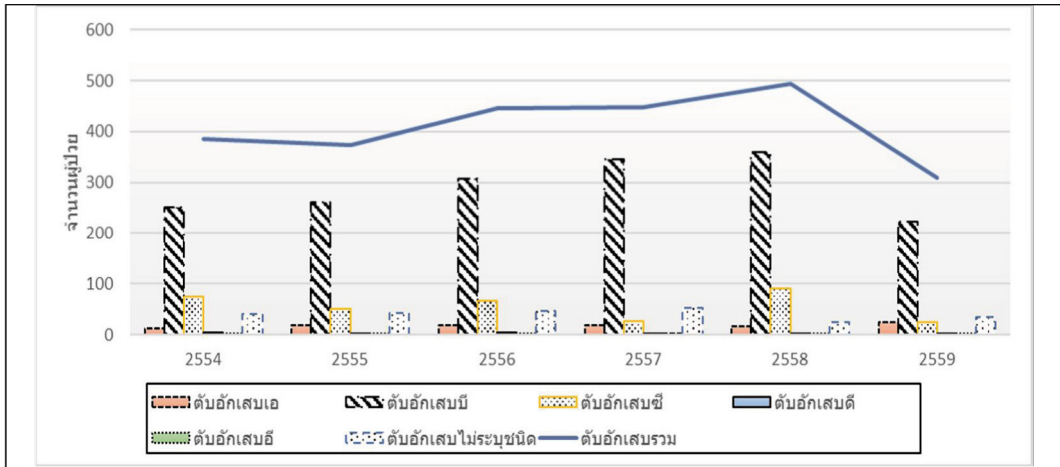
ตารางที่ 2 คุณลักษณะทั่วไป โรคไวรัสตับอักเสบ เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2559 (n=309)

คุณลักษณะ	ไวรัสตับอักเสบ							รวม (n=309)	ร้อยละ
	ชนิดเอ (n=24)	ชนิดบี (n=223)	ชนิดซี (n=24)	ชนิดดี (n=2)	ชนิดอื่น (n=1)	ไม่ระบุชนิด (n=35)			
เพศ	ชาย 18	127	19	1	1	18	184	59.5	
	หญิง 6	96	5	1	0	17	125	40.5	
อายุ	อัตราส่วน (หญิง:ชาย) 1:3	1:1.3	1:3.8		1:1.1	1:1.5			
	ค่าเฉลี่ย 41.5±13.94	45.5±15.62	52.5±16.39			45.14±15.19			
	0-4 ปี 0	0	0	0	0	1	1	0.3	
	5-9 ปี 1	0	0	0	1	0	2	0.6	
	10-14 ปี 0	0	0	0	0	0	0	0.0	
	15-24 ปี 2	20	1	0	0	4	27	8.7	
	25-34 ปี 3	44	0	1	0	3	51	16.5	
	35-44 ปี 7	50	9	0	0	4	70	22.7	
	45-54 ปี 7	38	5	0	0	13	63	20.4	
	55-64 ปี 4	44	2	1	0	8	59	19.1	
	65 ปี + 0	27	7	0	0	2	36	11.7	
เชื้อชาติ	ไทย 24	214	24	2	1	35	300	97.1	
	ไม่ใช่ไทย 0	9	0	0	0	0	9	2.9	
สถานะ	สมรส 10	110	16	2	0	17	155	50.2	
	โสด 12	108	8	0	1	16	145	46.9	
	อื่นๆ 2	5	0	0	0	2	9	2.9	

คุณลักษณะ	ไวยาธัตย์อีกแบบ						รวม (n=309)	ร้อยละ
	ชนิดเอ (n=24)	ชนิดบี (n=223)	ชนิดซี (n=24)	ชนิดดี (n=2)	ชนิดอื่น (n=1)	ไม่ระบุชนิด (n=35)		
อาชีพ	11	120	16	2	0	15	164	53.1
	รับจ้าง/กรรมกร งานบ้าน	0	18	7	0	4	29	9.4
	ไม่ทราบอาชีพ							
	ในปกครอง	3	21	0	0	2	26	8.4
	นักเรียน	2	17	0	0	1	24	7.8
	เกษตรกรรม	0	15	0	0	5	20	6.5
	ข้าราชการ	5	10	0	0	2	17	5.5
	ค้าขาย	1	11	0	0	2	14	4.5
	ทหาร/ตำรวจ	1	7	1	0	0	9	2.9
	อื่นๆ	1	4	0	0	1	6	1.9
จังหวัด								
	ปทุมธานี	7	66	1	0	15	89	28.8
	ลพบุรี	5	63	1	2	14	85	27.5
	นนทบุรี	5	24	22	0	2	53	17.2
	สระบุรี	2	27	0	0	1	31	10.0
	นครนายก	1	22	0	0	2	25	8.1
	พระนครศรีอยุธยา	2	18	0	0	1	21	6.8
	อ่างทอง	2	2	0	0	0	4	1.3
	สิงห์บุรี	0	1	0	0	0	1	0.3
ชนิดผู้ไปย								
	ผู้ไปยนอก	21	215	24	2	1	294	95.1
	ผู้ไปยใน	3	8	0	0	4	15	4.9
สถานที่รักษา								
	รพท.	8	119	2	2	16	147	47.6
	รพท.	11	90	22	0	14	137	44.3
	รพศ.	4	12	0	0	4	20	6.5
	สอ.	1	2	0	0	1	4	1.3
	คลินิก/รพ.เอกชน	0	0	0	0	1	1	0.3

แนวโน้มผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2558 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเริ่มลดลงใน พ.ศ. 2559 (รูปที่ 2)

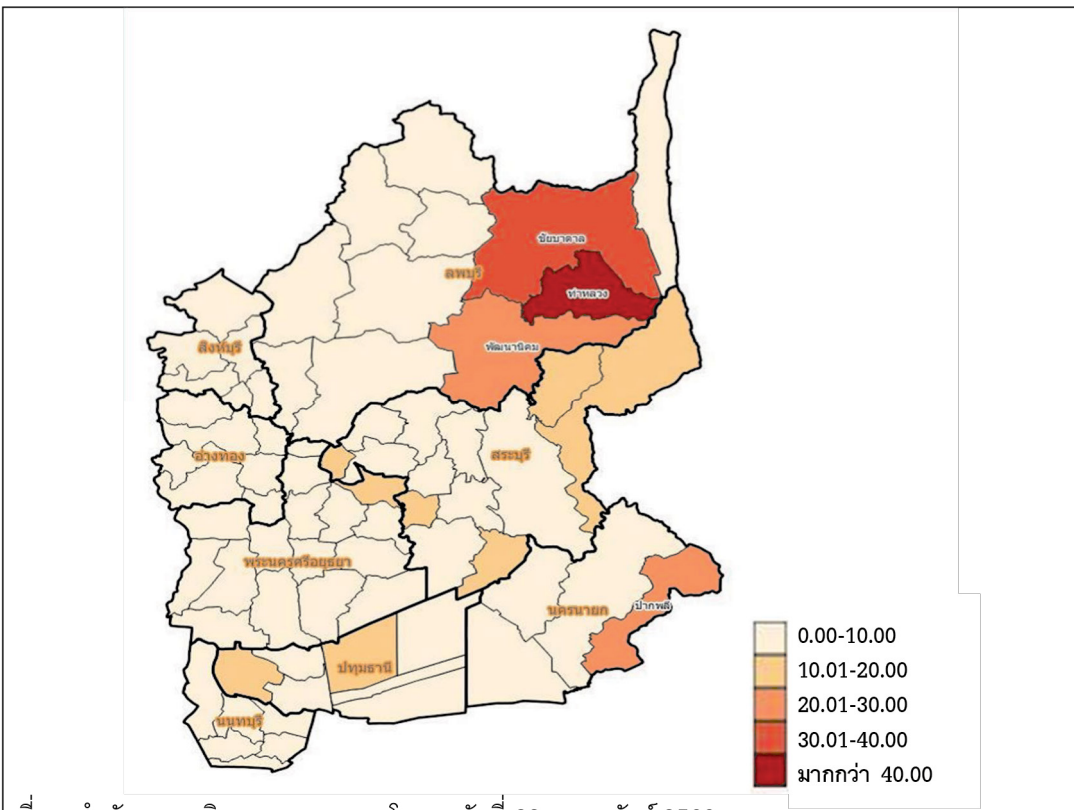
รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีรวม จำแนกตามชนิดไวรัส เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2554 - 2559



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2560

อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนจำแนกตามอำเภอสูงสุด คือ อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี 41.30 (12 คน) รองลงมา คือ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี 30.84 (28 คน) และอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี 27.48 (18 คน) (รูปที่ 3)

รูปที่ 3 อัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีรวม เขตสุขภาพที่ 4 และประเทศไทย พ.ศ.2559 จำแนกรายอำเภอ (n = 309)



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2560

ไวรัสตับอักเสบชนิดบี (Hepatitis B)

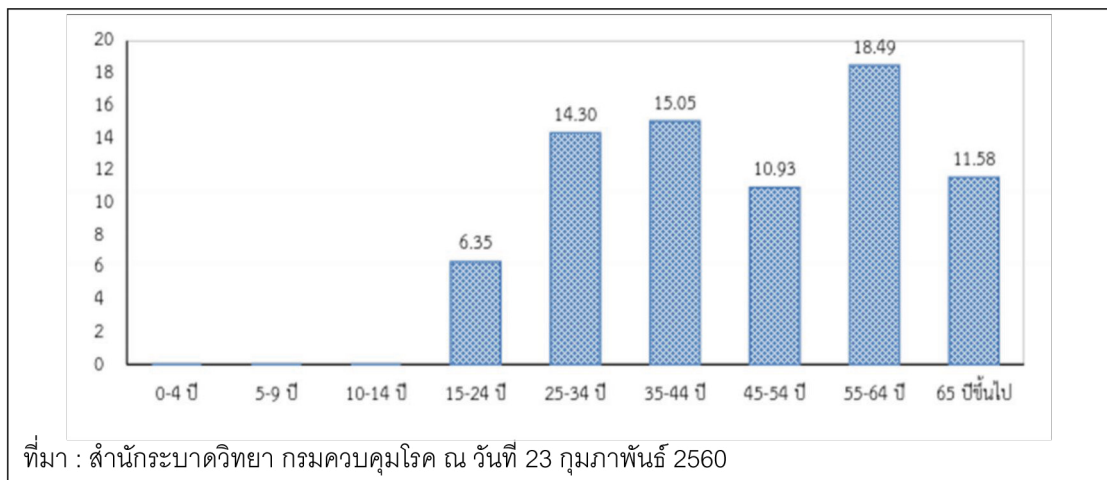
พ.ศ. 2559 ประเทศไทย พบผู้ป่วย 6,625 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10.03 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงาน ผู้เสียชีวิต อัตราป่วยรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 อัตราป่วยสูงสุด 13.79 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 1 (13.47) และเขตสุขภาพที่ 9 (13.27) ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 4 (4.27) อัตราป่วยอยู่ใน ลำดับที่ 13 ของประเทศ

เขตสุขภาพที่ 4 มีรายงานผู้ป่วยสะสม จำนวน 223 ราย อัตราป่วย 4.27 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงาน ผู้เสียชีวิต เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 55-64 ปี อัตราป่วยสูงสุด 18.49 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา

คือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี (15.05) และ กลุ่มอายุ 25-34 ปี (14.30) ตามลำดับ (รูปที่ 4) อาชีพที่พบสูงสุดคือ รับจ้าง/กรรมกร ร้อยละ 53.81 รองลงมาคือ ไม่ทราบอาชีพ (ร้อยละ 9.42) และงานบ้าน (ร้อยละ 8.07) ตามลำดับ

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ จังหวัดนครนายก อัตราป่วย 8.57 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ จังหวัด ลพบุรี และจังหวัดปทุมธานี อัตราป่วย 8.31 และ 6.21 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี อัตราป่วย 37.85 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี และอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี 23.13 และ 19.85 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

รูปที่ 4 อัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ชนิดบี เขตสุขภาพที่ 4 และประเทศไทย พ.ศ.2559 จำแนกตามกลุ่มอายุ (n = 223)



ไวรัสตับอักเสบ ชนิดซี (Hepatitis C)

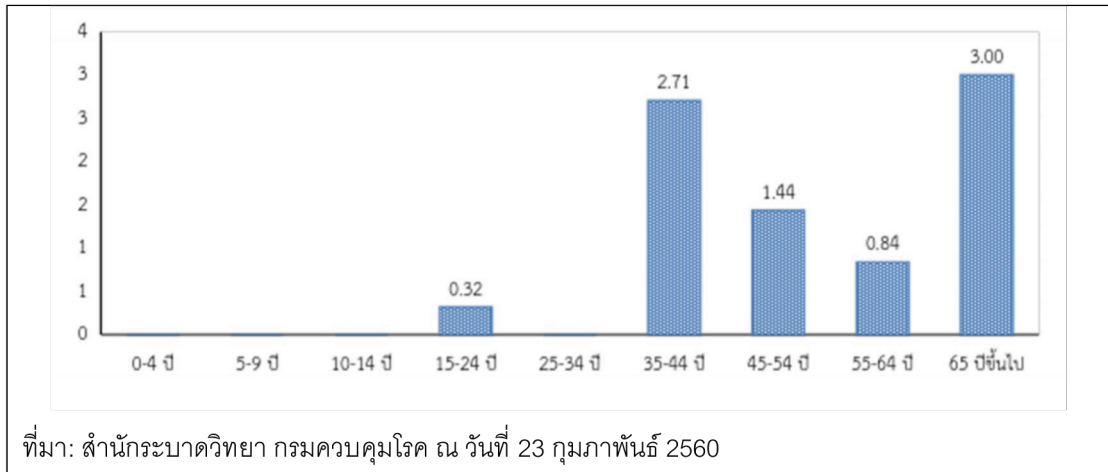
พ.ศ. 2559 ประเทศไทย พบผู้ป่วย 217 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 0.33 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงาน ผู้เสียชีวิต อัตราป่วยรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 อัตราป่วย สูงสุด 1.5 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 9 (0.68) และเขตสุขภาพที่ 10 (0.57) ตามลำดับ เขตสุขภาพ ที่ 4 (0.46) อัตราป่วยอยู่ในลำดับที่ 4 ของประเทศ

เขตสุขภาพที่ 4 มีรายงานผู้ป่วยสะสม จำนวน 24 ราย อัตราป่วย 0.46 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงาน ผู้เสียชีวิต เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป อัตราป่วยสูงสุด 3.00 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี (2.71) และ กลุ่มอายุ 45-54 ปี

(1.44) ตามลำดับ (รูปที่ 5) อาชีพที่พบสูงสุดคือ รับจ้าง/ กรรมกร ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ งานบ้าน (ร้อยละ 29.17) และทหาร,ตำรวจ (ร้อยละ 4.17) ตามลำดับ

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ จังหวัดนนทบุรี อัตราป่วย 1.89 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ จังหวัด ลพบุรี และจังหวัดปทุมธานี อัตราป่วย 0.13 และ 0.09 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี อัตราป่วย 2.49 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ อำเภอบางใหญ่ จังหวัด นนทบุรี และอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 2.25 และ 2.23 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

รูปที่ 5 อัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ชนิดซี เขตสุขภาพที่ 4 และประเทศไทย พ.ศ.2559 จำแนกตามกลุ่มอายุ



บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2559 คิดเป็นอัตราป่วย 5.92 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบโรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี ร้อยละ 72.17 และ โรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 7.77 จังหวัดที่พบอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดลพบุรี รองลงมา คือ นครนายก และปทุมธานี ตามลำดับ พบมากในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานสถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2558 สำนักระบาดวิทยา^๑

จากข้อมูลกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 35-44 ปี (22.7%) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 45-54 ปี (20.4%) และกลุ่มอายุ 55-64 ปี (19.1%) เมื่อเปรียบเทียบในระดับประเทศ พบว่าอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มป่วยมากขึ้น และเริ่มมีแนวโน้มลดลง เมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี ซึ่งเริ่มนำวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี เข้าสู่วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยใน พ.ศ. 2535 ทำให้แนวโน้มผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีดังกล่าวลดลงอย่างต่อเนื่อง^๑

สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบีรวม ใกล้เคียงกับไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2558 และเริ่มลดลงใน พ.ศ. 2559 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ใช้ระบบฐานข้อมูลสุขภาพจาก 43 แห่งเป็นหลัก จึงควรนำข้อมูลจาก 43 แห่ง มาวิเคราะห์เพื่อให้ทราบสถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบีที่ชัดเจนขึ้น

ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ รง. 506 พบว่ามี การรายงานโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดอื่นๆ น้อย ซึ่งอาจยังไม่สามารถบอกสถานการณ์ของไวรัสตับอักเสบบีชนิดอื่นได้ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีแต่ละชนิดมีความสำคัญในการวางแผน ป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

พ.ศ. 2559 เขตสุขภาพที่ 4 พบมีการรายงานโรคไวรัสตับอักเสบรวม 309 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.92 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด ได้แก่ จังหวัดลพบุรี รองลงมา คือนครนายก และปทุมธานีตามลำดับ ส่วนใหญ่พบโรคไวรัสตับอักเสบ ชนิดบี ร้อยละ 72.17 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย (97.1%) อาชีพที่พบสูงสุด คือ รับจ้าง/กรรมกร (53.1%) และพบในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงนันทพร เมฆสวัสดิชัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี แพทย์หญิงปทุมมาลย์ ศิลาพร ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี เจ้าหน้าที่กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี ในการสนับสนุนการดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และข้อมูลเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบ สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

1. รศ.พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ ภาควิชาอายุศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คู่มือความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับตับอักเสบ(Hepatitis). ขอนแก่น:โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท & Easy Print.

2. World Health Organization. GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON VIRAL HEPATITIS. 2016 -2021, Geneva Switzerland WHO. Document Production Services, 2016.

3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ.2560-2564. การประชุมคณะกรรมการพัฒนาแผนงานป้องกันและควบคุมโรคตับอักเสบจากไวรัส ครั้งที่ 1/2559 วันที่ 10 สิงหาคม 2559. ณ โรงแรมไมด้า ไฮเทล จามวงศ์วาน. นนทบุรี;2559 หน้า 1-32.

4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.โรคไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis). [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2560]; แหล่งข้อมูล: www.boe.moph.go.th/Annual/Annual_45/Annual_45/Summarize/Hepatitis.doc

5. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.โรคไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis). [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2560]; แหล่งข้อมูล: www.boe.moph.go.th/Annual/Annual_45/Annual_45/Summarize/Hepatitis.doc

6. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2556. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:มหาวิทยาลัยราชภัฏ-สวนสุนันทา;2556.

