

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

ชุดที่ 1 แบบคัดลอกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคจากบัตรรายงาน 506, 507/รบ.1 ก 04/เวชระเบียน

รหัสแบบคัดลอก

คำชี้แจง แบบคัดลอกข้อมูล คุณภาพระบบเฝ้าระวังโรควัณโรคจังหวัดมหาสารคาม ปี 2546-2547
รายละเอียดของแบบคัดลอกข้อมูลมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลตัวแปรจากแบบรายงาน รบ.1 ก 04

ส่วนที่ 2 ข้อมูลตัวแปรจากแบบรายงาน 506, 507

ส่วนที่ 1 ข้อมูลตัวแปรจากแบบรายงาน รบ.1 ก 04

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย/ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่เป็นจริงหรือเติมค่าลงในช่องว่างตาม
ความเป็นจริง

1. ชื่อ.....สกุล.....

เพศ ชาย หญิง

อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

สถานที่รักษา..... รพช.....

รพท.....

2.วันที่วินิจฉัย

3.วันที่ขึ้นทะเบียนรักษา

4.วันที่เริ่มรักษา

5.การจำแนกผู้ป่วย P C NC EP

6.ประเภทผู้ป่วย N R F TI TAD O

7.ผลการตรวจเสมหะ 1. ไม่มี มี.....วันที่

2. ไม่มี มี.....วันที่

3. ไม่มี มี.....วันที่

4. ไม่มี มี.....วันที่

8.ผลการรักษา Cu Com Dic F Def To

9.จำนวนผู้สัมผัสโรค ไม่มี มี...(ถ้ามีระบุ) (ดูจากTB 01)

ตรวจ ไม่ได้ตรวจ.

10.การรายงาน 506 ไม่มี มี

เฉพาะผู้วิจัย

SEX

AGE1

HOSP

DATEDx

DATEreg

DATERx

SEPpt

TYPpt

SPUT1

SPUT2

SPUT3

SPUT4

RX

CONT

ส่วนที่ 2 ข้อมูลตัวแปรจากแบบรายงาน506,507 เพื่อดูความครบถ้วนและถูกต้องของตัวแปร

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามข้อความที่คัดลอกว่ามีหรือไม่มี ถ้ามีกรุณาเติมเครื่องหมาย /ในช่องว่างต่อไปว่ามีแล้วถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

		เฉพาะผู้วิจัย
1.วินิจฉัยโรค(รหัส)	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง : <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	Dx <input type="checkbox"/>
2.ชื่อผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง : <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	NAME <input type="checkbox"/>
3.Hospital Number	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง : <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	HOSNo <input type="checkbox"/>
4.อายุ	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง : <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	AGE2 <input type="checkbox"/>
5.ภาวะสมรส	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง : <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	STATUS <input type="checkbox"/>
6.เชื้อชาติ	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง : <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	NATION <input type="checkbox"/>

		เฉพาะผู้วิจัย
7.อาชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง: <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	OCCUP <input type="checkbox"/>
8.ที่อยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง: <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	ADD <input type="checkbox"/>
9.วันเริ่มป่วย	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง: <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	DATEIII <input type="checkbox"/>
10.วันพบผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง: <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	DATEsee <input type="checkbox"/>
11.สถานที่รักษา	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง: <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	HOSP506 <input type="checkbox"/>
12.ประเภทผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน (ไม่ต้องระบุความถูกต้อง) <input type="checkbox"/> ครบถ้วน ระบุความถูกต้อง: <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้องระบุ.....	TYP506 <input type="checkbox"/>

หมายเหตุ ประเภทผู้ป่วย N = New R = Relapse F = Failure TI = Transfer in

TAD = Rx after default O = Other

การจำแนกผู้ป่วย P = Pulmonary TB EP = Extrapulmonary TB C = Cavity NC = Non Cavity

ผลการรักษา Cu = Cure Com = Complete Die = Died

F = Failure Def = defaulted To = Transfer

ชุดที่ 2 ผู้รับผิดชอบงานระบบเคเวีย

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ คุณภาพระบบเฝ้าระวังโรคด้วยโรคจังหวัดมหาสารคาม ปี 2546-2547

รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานรายงานโรคด้วย

รายงาน 506, 507

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่เป็นจริงหรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ชื่อสถานบริการ.....

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. วุฒิการศึกษา

ต่ำกว่าประกาศนียบัตรพนักงานอนามัย

ประกาศนียบัตรพนักงานอนามัย

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

อื่นๆ โปรดระบุ

4. ตำแหน่งปัจจุบัน

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข

นักวิชาการสาธารณสุข

พยาบาลเทคนิค/พยาบาลวิชาชีพ

5. ท่านปฏิบัติงานมานาน

น้อยกว่า 5 ปี

5-10 ปี

10-15 ปี

16-20 ปี

มากกว่า 20 ปี

เฉพาะผู้วิจัย

SEX

AGE

EDUCAT

JOB

JOBTIM

6. ทำหน้าที่งานระดับวิชา (รง.,507) มาเป็นเวลานาน

- น้อยกว่า 1 ปี
 1-5 ปี
 6-10 ปี
 มากกว่า 10 ปี

7. ได้รับความรู้และประสบการณ์ด้านการเขียนบัตรอย่างไร(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- จากสถาบันการศึกษาก่อนมาปฏิบัติงาน
 จากการฝึกอบรมโดย สสจ. /สำนักงานระดับวิชา
 จากการหาประสบการณ์ด้วยตนเอง
 จากการแนะนำของผู้มีประสบการณ์
 อื่นๆ (โปรดกรณาระบุ.....)

เฉพาะผู้วิจัย

JOB506

EXPTIM

8. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานระดับวิชาในหน่วยงานขณะนี้ มีคน

9. นอกจากทำหน้าที่งานระดับวิชาแล้วท่านยังมีหน้าที่อื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติได้แก่

.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานรายงานโรคด้วยรายงาน 506,507

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องใดช่องหนึ่งตามความคิดเห็นของท่าน

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน รายงาน โรคด้วยรายงาน 506, 507	ระดับปัญหา					เฉพาะ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1.มีภาระหน้าที่ในความรับผิดชอบมาก						PROB1 <input type="checkbox"/>
2.ขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดทำ รายงาน 506, 507						PROB2 <input type="checkbox"/>
3.ขาดความรู้ความเข้าใจในการเก็บตัวอย่าง ส่งตรวจ						PROB3 <input type="checkbox"/>
4.การติดตามผลชันสูตรไม่ได้รับความ สะดวก						PROB4 <input type="checkbox"/>

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน รายงานโรคด้วยรายงาน 506, 507	ระดับปัญหา					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	เฉพาะผู้วิจัย
5.การเขียนรายงาน 506 มีขั้นตอนยุ่งยากมีช่องกรอกข้อมูลมากไม่สะดวก						PROB5 <input type="checkbox"/>
6.ท่านไม่สามารถเขียนรายงาน506 ได้ทันทีภายหลังได้รับการรักษาแล้ว						PROB6 <input type="checkbox"/>
7.ไม่สามารถกรอกข้อมูล/ได้ครบถ้วนเนื่องจากประวัติการเจ็บป่วยไม่เพียงพอหรืออ่านไม่ออก						PROB7 <input type="checkbox"/>
8.ไม่มีเวลาในการตรวจทานว่าได้เขียนรายงานครบถ้วนถูกต้องหรือไม่						PROB8 <input type="checkbox"/>
9.ไม่สามารถจัดทำรายงาน 507 ได้ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล เพราะมีขั้นตอนยุ่งยาก ไม่ได้มีเวลาติดตาม						PROB9 <input type="checkbox"/>
10.การรายงานโรคที่ชัดเจนต้องอาศัยผลขั้นสุดก่อน ก่อให้เกิดความล่าช้า						PROB10 <input type="checkbox"/>
11.ท่านไม่สามารถส่งรายงานได้สะดวกเนื่องจากกรณนามคมไม่สะดวก ระยะทางไกล						PROB11 <input type="checkbox"/>
12.ท่านไม่สามารถส่งรายงานได้สะดวกเนื่องจากมีภาระหน้าที่งานอื่น						PROB12 <input type="checkbox"/>
13.ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงาน 506 ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้						PROB13 <input type="checkbox"/>
14.เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดไม่สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคได้						PROB14 <input type="checkbox"/>
15.ไม่ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง						PROB15 <input type="checkbox"/>
16.ขาดการนิเทศ ติดตาม และสนับสนุนเกี่ยวกับงานเฝ้าระวังโรค						PROB16 <input type="checkbox"/>

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค/ผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ คุณภาพระบบเฝ้าระวังโรควัณโรคจังหวัดมหาสารคาม ปี 2546-2547

รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS (เฉพาะเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค)

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS ของเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ (เฉพาะเจ้าหน้าที่ สสอ.)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่เป็นจริงหรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ชื่อสถานบริการ.....

เฉพาะผู้วิจัย

1. เพศ ชาย หญิง

SEX

2. อายุ.....ปี

AGE

3. วุฒิกการศึกษา

EDUCAT

ประกาศนียบัตรพนักงานอนามัย

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

อื่นๆ โปรดระบุ

4. ตำแหน่งปัจจุบัน

JOB

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข

นักวิชาการสาธารณสุข

พยาบาลเทคนิค/พยาบาลวิชาชีพ

อื่นๆ โปรดระบุ

5. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานควบคุมวัณโรค/ผู้ประสานงาน

JOBTIM

น้อยกว่า 1 ปี

1-5 ปี

6-10 ปี

มากกว่า 10 ปี

6. ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานควบคุมวัณโรคโดย DOTS

ไม่มี มี ระบุ.....

เฉพาะผู้วิจัย

EXP

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS

1. การควบคุมวัณโรคเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยงานท่านมีอะไรเป็นปัญหาสำคัญ

ไม่มี มี.....ระบุปัญหาที่สำคัญ.....

2. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS หรือไม่

ไม่มี มี

3. หน่วยงานของท่านมีการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS อย่างไร

3.1 ด้านบุคลากรเป็นใคร (ตำแหน่ง/มีกี่คน/ทำงานอะไรบ้าง)

.....

3.2 ด้านการจัดบริการ (DOTS แบบไหน มีการแบ่งงานอย่างไร)

.....

4. ท่านได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS จากหน่วยงานใด/เพียงพอหรือไม่(ด้านบุคลากร,ด้านงบประมาณ,/วัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์,ด้านวิชาการ) ขอคูเอกสารประกอบ

หน่วยงาน..... เพียงพอ..... ไม่เพียงพอ.....

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS (เฉพาะจนท.คลินิกวัณโรค)

1. หน่วยงานของท่านมีการค้นหาวัณโรครายใหม่อย่างไร

เชิงรุก ระบุกิจกรรม.....

เชิงรับระบุกิจกรรม เช่น ตรวจเสมหะ/เอกซเรย์/อื่นๆ

.....

2. ผู้ป่วยรายใหม่ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค มีการส่งผู้ป่วยมาที่คลินิกอย่างไร/ ใครเป็นผู้ดำเนินการส่งผู้ป่วย

.....

ในกรณีที่ไม่ใช่วันที่มีคลินิกวัณโรค หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการอย่างไร

.....

3. การบันทึกข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทำอย่างไร และมีแบบฟอร์มบันทึกชนิดใดบ้าง

.....

4. หน่วยงานของท่านมีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาหรือไม่ ตรวจสอบอย่างไร และในกรณีที่พบผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นทะเบียนรักษาท่านดำเนินการอย่างไร

.....

5. หน่วยงานของท่านเคยตรวจสอบ ข้อมูลการตรวจวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยเพิ่มประวัติผู้ป่วยหรือเวชระเบียน กับข้อมูลการขึ้นทะเบียนจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ ตรวจสอบอย่างไร/ผลเป็นอย่างไร และมีการดำเนินการอย่างไร

.....

6. มีปัญหาอุปสรรคในการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย หรือไม่ อย่างไร

ไม่มี

มี.....ระบุ.....

วิธีการแก้ไข.....

.....

7. ท่านมีการจ่ายยาวัณโรคให้แก่ผู้ป่วยอย่างไร

.....

8. การเลือกพี่เลี้ยงผู้กำกับการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยใครเป็นคนเลือก และหลังขึ้นทะเบียนแล้วดำเนินการทำ DOTS ในทันทีหรือไม่ ถ้าไม่ได้ท่านทำอย่างไร

.....

.....

9. มีปัญหาอุปสรรคในการคัดเลือกพี่เลี้ยงผู้กำกับการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยหรือไม่
อย่างไร มีแนวทางแก้ไขอย่างไร

ไม่มี.....

มี.....ระบุ.....การแก้ไข.....

10. หน่วยงานของท่านมีวิธีการอื่นร่วมกับการทำ DOTS เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษา
ครบถ้วนตามกำหนดหรือไม่/อย่างไร

ไม่มี.....

มี.....ระบุ.....

11. ท่านให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติและพี่เลี้ยงครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ก่อนกินยา
ระหว่างกินยา และหลังการรักษาอย่างไรบ้าง

.....

.....

12. ท่านมีวิธีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและพี่เลี้ยง หลังการให้คำแนะนำหรือไม่

ไม่มี.....

มี.....ระบุ.....

13. มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค พี่เลี้ยงเป็นญาติหรือ อสม.อย่างไร กรณีพี่เลี้ยงเป็นเจ้าหน้าที่มี
การติดตามเยี่ยมหรือไม่

พี่เลี้ยงที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ ไม่มีการเยี่ยม มี.....ครั้ง/เดือน

พี่เลี้ยงที่เป็นเจ้าหน้าที่ ไม่มีการเยี่ยม มี.....ครั้ง/เดือน

14. ผู้ป่วยที่ขาดยาท่านทราบได้ด้วยวิธีไหน และดำเนินการแก้ปัญหาอย่างไร

.....

.....

15. มีปัญหาอุปสรรคในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและพี่เลี้ยงหรือไม่ ถ้ามีแก้ไขอย่างไร

ไม่มี.....

มี.....ระบุ.....การแก้ไข.....

16. ท่านมีการนัดผู้ป่วยเก็บเสมหะส่งตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา/ตรวจสอบวันนัดและดำเนินการ
เมื่อผู้ป่วยผิดนัดอย่างไร

นัดตรวจเสมหะ ไม่มี มี

ตรวจสอบวันนัด ไม่มี มี

ผิดนัดแล้วดำเนินการดังนี้ ระบุ.....

17. มีปัญหาอุปสรรคในการเก็บเสมหะส่งตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา หรือ ไม่มีแนวทางแก้ไขอย่างไร

ไม่มี.....

มี.....ระบุ.....การแก้ไข.....

18. กรณีมีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนใหม่,ผู้ป่วยมีปัญหาขณะรักษาอยู่,ผู้ป่วยขาดยาและผิดนัด ท่านมีการประสานงานกับใครบ้างและดำเนินการอย่างไร

มีปัญหาการรักษา ประสานใคร.....

ปัญหาการขาดยา ประสานใคร.....

19. มีปัญหาอุปสรรคในการประสานงานหรือไม่ แก้ไขอย่างไร

ไม่มี.....

มี.....ระบุ.....การแก้ไข.....

20. การรับโอนและส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานบริการใกล้บ้านดำเนินการอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ มีแนวทางแก้ไขอย่างไร

วิธีการส่งต่อ.....

ปัญหาอุปสรรค ไม่มี มี ระบุ.....แก้ไข.....

21. มีแผนการนิเทศติดตามการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS หรือไม่

มี ไม่มี เพราะเหตุใด.....

22. ช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับการนิเทศ/ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS ในเรื่องใดบ้าง นำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานอย่างไร

รับการนิเทศ ไม่เคย เคย ระบุ.....ประโยชน์.....

23. การประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคประเมินจากอะไร ประเมินอย่างไร

ผลเสมหะ เอกซเรย์ปอด ทั้งสองอย่าง

24. มีปัญหาอุปสรรคในการประเมินผลการรักษาหรือไม่ แก้ไขปัญหาอย่างไร

25. ท่านมีการจัดทำรายงานประเภทใดบ้าง และดำเนินการอย่างไร

case finding conversion การรักษาวิธีอื่น อื่นๆระบุ.....

26. ปัญหาอุปสรรคในการบันทึกและรายงานมีหรือไม่ อย่างไร

ไม่มี มี.....ระบุ

.....
**ส่วนที่ 4 การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS ของเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน
 วัณโรคระดับอำเภอ (จนท.สตอ.)**

1. ท่านมีการติดตามการดำเนินการค้นหาผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค และการเก็บเสมหะส่งตรวจของ
 สถานีอนามัยหรือไม่

.....

2. เมื่อเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคดำเนินการส่งผู้ป่วยวัณโรคให้ไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยเขต
 รับผิดชอบของท่าน ได้มีการแจ้งให้ท่านทราบทันทีหรือไม่/อย่างไร

.....

3. ท่านมีการติดตามดูแลการจัดหาที่เลี้ยง และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยวัณโรคและพี่เลี้ยงของ
 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอย่างไร

.....

4. ท่านมีการเบิกและจ่ายยาวัณโรคให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอย่างไร

.....

5. มีการติดตามการให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรค ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือไม่ อย่างไร และผล
 เป็นอย่างไร

ไม่มี มี

5.1 ถ้ามี ท่านทำอย่างไร.....

6. มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคและพี่เลี้ยงหรือไม่

ไม่มีการเยี่ยม มีการเยี่ยม

7. เมื่อพบผู้ป่วยหรือได้รับแจ้งว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับประทานยา/ขาดยา หรือผัดนัด ท่าน
 ดำเนินการอย่างไร.....

.....

8. ท่านได้ติดตามการเก็บเสมหะผู้ป่วยส่งตรวจเพื่อติดตามและประเมินผลการรักษา ของเจ้าหน้าที่
สถานีนามัยหรือไม่ อย่างไร

ไม่ได้ติดตาม

ติดตาม โดยวิธี ระบุ.....

9. การได้มาซึ่งข้อมูลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคท่านได้มาอย่างไร มีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่
คลินิกวัณโรคอย่างไร

.....

.....

10. มีปัญหาอุปสรรคในการติดตามข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ ถ้ามีแก้ไขอย่างไร

.....

.....

11. กรณีมีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนใหม่,ผู้ป่วยมีปัญหาขณะรักษาอยู่,ผู้ป่วยขาดยา,ผู้ป่วยผิดนัด ท่าน
มีการประสานงานกับใครบ้างและดำเนินการอย่างไร

.....

.....

12. มีปัญหาอุปสรรคในการประสานงานหรือไม่ แก้ไขอย่างไร

.....

.....

13. มีแผนการนิเทศติดตามการดำเนินงานควบคุมวัณโรค โดยระบบ DOTS หรือไม่

มี

ไม่มี

เพราะเหตุใด.....

.....

14. มีปัญหาอุปสรรคในการนิเทศหรือไม่

ไม่มี

มี

14.1 ถ้ามีปัญหาอุปสรรคในการนิเทศงาน ท่านทำอย่างไร

.....

.....

5. ท่านให้การนิเทศแก่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยอย่างไร

.....

.....

16. ช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการนิเทศ/ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS ในเรื่องใดบ้าง นำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานอย่างไร

.....
.....

17. หน่วยงานของท่านมีการจัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยระบบ DOTS หรือไม่/ สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบของท่านที่ยังไม่เคยได้รับการอบรมท่านดำเนินการอย่างไร

.....
.....

18. ท่านมีการติดตามผลการตรวจเสมหะ เพื่อประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างไร และหลังจากที่ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามเท่าใดจึงทราบผลการตรวจเสมหะ

.....
.....

19. มีปัญหาอุปสรรคในการติดตามประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร และมีวิธีการแก้ไขปัญหามาอย่างไร

.....
.....

20. ท่านจัดทำรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในช่วงใด

.....
.....

21. การโอนผู้ป่วยมีปัญหาอย่างไร

.....
.....

ภาคผนวก ข
แบบฟอร์มรายงานที่ใช้ในงานวิจัย

ตัวอย่าง
บัตรรายงานผู้ป่วย
แบบ รจ. 506

รายงานผู้ป่วยโรค กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
 โทร. 591 8582, 590-1731

เลขที่ 0 ของ สสจ.	17
เลขที่ 1 ของ สสจ.	10
เลขที่ 0 ของ สสอ.	
เลขที่ 1 ของ สสอ.	
เลขที่ 0 ของ ทพ./สอ.	21
เลขที่ 1 ของ ทพ./สอ.	

โรค

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> อหิวาตกโรค 01 | <input type="checkbox"/> โสภณ 24 | <input type="checkbox"/> พิษสุนัขบ้า 42 |
| <input type="checkbox"/> อหิวาต์ 02 | <input type="checkbox"/> มาดะฮัก 25 | <input type="checkbox"/> Leptospirosis 43 |
| <input type="checkbox"/> อาหารเป็นพิษ 03 | <input type="checkbox"/> มาดะฮัก ในทารกแรกเกิด 53 | <input type="checkbox"/> ส.รับไทฟัส 44 |
| <input type="checkbox"/> มีด Dysentery, unspecified 04 | <input type="checkbox"/> ไข้ดีงกี (Dengue fever) 66 | <input type="checkbox"/> แอนแทรกซ์ 45 |
| <input type="checkbox"/> Bacillary (Shigellosis) 05 | <input type="checkbox"/> ไข้เลือดออก (DHF) 26 | <input type="checkbox"/> ทริคิโนสิส 46 |
| <input type="checkbox"/> Amoebic 06 | <input type="checkbox"/> ไข้เลือดออกเฉียบ (DSS) 27 | โรคจากการประกอบอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> Eimeric fever 07 | <input type="checkbox"/> ไข้สมองอักเสบ (Encephalitis, unspecified) 28 | <input type="checkbox"/> ถูกพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ระบุ).....47 |
| <input type="checkbox"/> Typhoid 08 | <input type="checkbox"/> Japanese encephalitis 29 | <input type="checkbox"/> พิษจากโลหะหนัก (ระบุ).....48-49 |
| <input type="checkbox"/> Paratyphoid 09 | <input type="checkbox"/> มาลาเรีย <input type="checkbox"/> PF, <input type="checkbox"/> PV, <input type="checkbox"/> PM, <input type="checkbox"/> MIXED 30 | <input type="checkbox"/> พิษจากสารตัวทำลาย (ระบุ).....50 |
| <input type="checkbox"/> ไข้อักเสบ (Hepatitis, unspecified) 10 | <input type="checkbox"/> โรคปอดบวม (Pneumonia) 31 | <input type="checkbox"/> พิษจากแก๊สสารไอระเหย (ระบุ).....51 |
| <input type="checkbox"/> A 11 <input type="checkbox"/> D 69 | <input type="checkbox"/> วัณโรคปอด (ทุกรูปแบบ) 32 | <input type="checkbox"/> โรคปอดจากการประกอบอาชีพ (ระบุ).....64 |
| <input type="checkbox"/> B 12 <input type="checkbox"/> E 70 | <input type="checkbox"/> เยื่อหุ้มสมอง (TB, meningitis) 33 | <input type="checkbox"/> โรคจากปัจจัยทางกายภาพ (ระบุ).....67 |
| <input type="checkbox"/> C 13 | <input type="checkbox"/> ระบบอื่นๆ34 | <input type="checkbox"/> คางทูม 52 |
| <input type="checkbox"/> โรคพลง (haemorrhagic conjunctivitis) 14 | <input type="checkbox"/> โรคเรื้อน 35 | <input type="checkbox"/> อาการภายหลังได้รับวัคซีน (AEFI) (ระบุ)..... |
| <input type="checkbox"/> ไข้หวัดใหญ่ 15 | <input type="checkbox"/> อุทราศาสตร์โรคติดต่อ 36 | <input type="checkbox"/> โรคอื่นๆ (ระบุ)..... |
| <input type="checkbox"/> หัดเยอรมัน 16 | <input type="checkbox"/> กามโรค | |
| <input type="checkbox"/> สุกใส 17 | <input type="checkbox"/> อีพิลีส (ระบุ) และ.....37 | |
| <input type="checkbox"/> ไข้หวัดใหญ่หรือหวัด 18 | <input type="checkbox"/> หนอนใน 38 | |
| <input type="checkbox"/> ไข้กาฬหลังเข็น 19 | <input type="checkbox"/> หนอนในเทียม 39 | |
| <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนปวกเปียกแบบเฉียบพลัน (AFP) 65 | <input type="checkbox"/> แผลริมอ่อน 40 | |
| <input type="checkbox"/> โปอีโมเนอซิส 20 | <input type="checkbox"/> กามโรคของช่องและท่อน้ำเหลือง 41 | |
| <input type="checkbox"/> หัด 21 | <input type="checkbox"/> กามโรคอื่น (ระบุ).....41/3 | |
| <input type="checkbox"/> หัดเยอรมัน (ระบุ).....22 | | |
| <input type="checkbox"/> ไข้ฉี่หนู 23 | | |

ผู้รายงาน นายชวีย์ งานสม นามผู้ป่วย งานสม H.N. 953/42
 5. ชื่อ - นามหรือผู้ปกครอง (สำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี) อาชีพของบิดา-มารดา.....

เพศ	อายุ	ภาวะสมรส	เชื้อชาติ	งานที่ทำ
<input checked="" type="checkbox"/> ชาย	ปี 30	<input type="checkbox"/> โสด	<input checked="" type="checkbox"/> ไทย	ค้าขาย
<input checked="" type="checkbox"/> หญิง	เดือน.....	<input checked="" type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> จีน	()
	วัน..... ()	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....	()

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย
 บ้านเลขที่/ถนน 112 หมู่ที่ 4 ตำบล บางขวาง อำเภอ บางกรวย จังหวัด นนทบุรี ในเขตเทศบาล ในเขตสุขาภิบาล นอกเขต

วันเริ่มป่วย	วันที่พบผู้ป่วย	สถานที่รักษา	ประเภทผู้ป่วย
วันที่ 5 ()	วันที่ 6 ()	<input type="checkbox"/> ร.พ.ศูนย์ <input type="checkbox"/> คลินิกของราชการ <input type="checkbox"/> คลินิก รพ.เอกชน	<input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก
เดือน ม.ค. ()	เดือน ม.ค. ()	<input type="checkbox"/> ร.พ.ทั่วไป <input type="checkbox"/> พ.อ. <input type="checkbox"/> บ้าน	<input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน
พ.ศ. 42 ()	พ.ศ. 42 ()	<input checked="" type="checkbox"/> ร.พ.เอกชน <input type="checkbox"/> ร.พ.ราชการใน กทม.	

อาชีพผู้ป่วย	วันที่ตาย	ชื่อผู้รายงาน	สถานที่ทำงาน	จังหวัด	วันที่เขียนรายงาน
<input type="checkbox"/> นาย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ทราบ วันที่..... ()	วันที่..... ()	ชวีย์	รพ.คำเนินสะดวก	ราชบุรี	6 ม.ค. 42
<input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ เดือน..... ()	เดือน..... ()				()
<input type="checkbox"/> ยังไม่ทราบ พ.ศ..... ()	พ.ศ..... ()				()

วันที่รับรายงานของ สสจ. () วันที่รับรายงานของ สสอ. 7 ม.ค. 42 () วันที่รับรายงานของกองระบาดวิทยา ()

ให้ทำเครื่องหมาย X ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ และกรอกรายละเอียดในช่องว่างให้ครบถ้วนและชัดเจน ยกเว้นใน ()

TU 1.8.04 (TB Register)

District TB No.	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	บ้านเลขที่	เลข	ชาย	หญิง	ชื่อ	วันที่เกิด	วันที่รับรักษา	ประวัติการรักษา	ผลการรักษา				หมายเหตุ
												0	2 (3)	5	เมื่อสิ้นสุดการรักษา	
											P <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	N <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Cu <input type="checkbox"/> Com <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Def <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/>
											P <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> CAT..... อื่นๆ.....	N <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Cu <input type="checkbox"/> Com <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Def <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/>
											P <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> CAT..... อื่นๆ.....	N <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Cu <input type="checkbox"/> Com <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Def <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/>
											P <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> CAT..... อื่นๆ.....	N <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Lab.No. Lab.No. Lab.No.	Cu <input type="checkbox"/> Com <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Def <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/>

หมายเหตุ
 CAT = Category 1 2 3
 P = Pulmonary TB
 EP = Extrapulmonary TB
 C = Cavity
 NC = Non Cavity
 N = New
 R = Relapse
 T In = Transfer in
 O = Other
 Rx after default
 F = Failure
 TAD = Transfer out
 O = Other
 Cu = Cure
 Com = Complete
 Die = Died
 F = Failed
 Def = defaulted
 To = Transfer out

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

1. แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา
นายแพทย์ 8
สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
2. นายแพทย์พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง
นายแพทย์ 8 ด้านเวชกรรมป้องกัน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
3. ดร. นิรมล เมืองโสม
นักวิชาการสาธารณสุข 8
สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น