

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาของปัญหา

วัณโรคจัดเป็นโรคติดต่อชนิดร้ายแรง มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียชนิด มัยโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส (*Mycobacterium tuberculosis*: MTB) เชื้อดังกล่าวนี้สามารถแพร่กระจายจากคนหนึ่ง ไปสู่อีกคนหนึ่งได้ทางอากาศคือโดย การจาม หรือไอรดกัน หรือเพียงพูดคุยกันเท่านั้น สามารถโจมตี ที่ส่วนใดของร่างกายเราก็ได้ แต่โดยปกติมันมักจะเข้าสู่โคมที่ปอดของมนุษย์เป็นส่วนใหญ่ (กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์, 2547; ศูนย์เอกสาร องค์การอนามัยโลก, 2541) ในปี พ.ศ.2534 องค์การ อนามัยโลกประมาณว่ามีประชากรจำนวน 1,700 ล้านคนติดเชื้อวัณโรคทำให้เกิดผู้ป่วยใหม่ 8 ล้านคน ต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคปีละ 3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ เนื่องมาจากผลกระทบการระบาดของวัณโรคควบคู่กับการ ระบาดของโรคเอดส์ ปัญหาการเพิ่มขึ้นของวัณโรคด้านยาหลายขนาน (Multidrug resistance tuberculosis: MDRTB) การควบคุมวัณโรคในระดับชาติและระดับนานาชาติถูกละเลย หรือขาด ประสิทธิภาพเพียงพอ (ภาสกร อัครเสวี, 2542; CDC, 2542) ต่อมา พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลก ประมาณว่า ประชากรติดเชื้อวัณโรคร่วมกับติดเชื้อไวรัสเอดส์มีจำนวน 5.2 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ใน ประเทศยากจนหรือกำลังพัฒนา ซึ่งมีทรัพยากรด้านสาธารณสุขจำกัด ประชากรกลุ่มนี้มีโอกาสป่วย เป็นวัณโรคสูงมาก ทำให้แนวโน้มของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นอีกมากในอนาคต วัณโรคนับเป็นปัญหา ทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีผู้ติดเชื้อวัณโรค มากเป็นอันดับที่ 17 ของโลก โดยพบผู้ติดเชื้อร้อยละ 15-30 หรือประมาณ 18 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจาก วัณโรคประมาณ 6,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 10,000 คน (สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2548) การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในปัจจุบัน ทำให้สถานการณ์ทวีความ รุนแรงมากขึ้น เนื่องจากทำให้มีผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มจำนวนขึ้นโดยวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่พบมากเป็น อันดับหนึ่งในผู้ป่วยเอดส์ วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญ เป็นสาเหตุการป่วยการตาย และการแพร่ ระบาดทุกภูมิภาคทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่ติดต่อทางลมหายใจ ยิ่งทำให้การแพร่ระบาดรวดเร็ว โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่กันอย่างแออัด ในระยะที่มีปัญหาโรคเอดส์แพร่ระบาด ยิ่งทำให้ปัญหา วัณโรคแพร่กระจายมากขึ้น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์จะพบติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วยร้อยละ 25-30 สูงกว่าคน ปกติถึง 12 เท่าตัว (สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข, 2548) จนกลายเป็นภาวะฉุกเฉินของ โลก กลายเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพบได้ 1 ใน 5 ของโรค

ฉวยโอกาสทั้งหมด กระทรวง สาธารณสุข, 2548)

จากรายงานเฝ้าระวังโรคของสำนักงานเขตป้องกันและควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา สถานการณ์วัณโรคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 – 2547 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีแนวโน้มสูงขึ้น ปีที่มีรายงานสูงสุด ได้แก่ พ.ศ.2546 มีอัตราสูงกว่าระดับประเทศ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา, 2548)

จังหวัดมหาสารคาม ได้รับรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2543-2547) พบอัตราป่วยอยู่ใน 10 อันดับแรกของจังหวัดมาตลอด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2548) นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ที่สำคัญ โดยพบว่า อัตราป่วยในปี พ.ศ. 2543 เท่ากับ 25.00 ต่อแสนประชากร แต่ลดลงในปี พ.ศ. 2545 หลังจากนั้น มีแนวโน้มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2546-2547 โดยมีอัตราป่วย 22.20 และ 23.40 ต่อแสนประชากรตามลำดับ บ่งบอกถึงแนวโน้มผู้ป่วยวัณโรคน่าจะสูงขึ้นได้ในอนาคต

จากการรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบเฝ้าระวัง (รง.506,507) ของจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2543 -2547 พบว่าได้รับรายงานน้อยกว่าการรายงานจากการขึ้นทะเบียนรักษา (รบ.1 ก 04) ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยได้รับรายงานน้อยกว่าการรายงานจาก รบ.1 ก 04 มากกว่าร้อยละ 100 โดยพบจำนวนผู้ป่วยใน รง. 506, 507 อยู่ในช่วง 164-319 ราย ส่วนผู้ป่วยในรบ.1 ก 04 พบในช่วง 421– 502 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2547)

ระบบการรายงานผู้ป่วยวัณโรคจากระบบรง. 506, 507 นั้นมีเครือข่ายครอบคลุมทั่วประเทศ เงื่อนไขในการรายงานที่สำคัญ จะเป็นวัณโรคที่พบเชื้อหรือมีการตรวจจากผลพยาธิวิทยา (รหัสในรง. 506, 507 เป็น รหัส32) จากการศึกษาครั้งนี้หมายถึงวัณโรคปอด ซึ่งมีความแตกต่างในบางส่วนของ การรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ทะเบียนรักษา (รบ.1ก 04) โดยมีผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยจากการเอกซเรย์ปอด และอื่นๆ ด้วย (ภาสกร อัครเสวี, 2542) ซึ่งทั้ง 2 ระบบสามารถบอกให้เราถึงแนวโน้มของปัญหาได้นำไปสู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ แต่จากการได้รับรายงานที่น้อยกว่าความเป็นจริงข้างต้น ซึ่งเป็นปัญหาที่อาจเนื่องมาจาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆที่จะส่งผลให้เกิดผลเสียต่อระบบการเฝ้าระวังโรคได้ เช่น จากการรักษาและรายงานที่

ล่าช้าเกิดจากปัจจัยการรับรู้ผลประโยชน์ในการตรวจรักษาน้อย (OR=9.21, 95% CI=5.07-16.72) การรับรู้อุปสรรคในการไปตรวจรักษามาก (OR=6.67, 95% CI=3.63 –12.25) (สุพรรณิ อินตะนัย, 2538) การรายงานความครบถ้วน (ร้อยละ 57.19) และความถูกต้อง (ร้อยละ 69.50) ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (นวลปราง ประทุมศรี, 2545)รวมทั้งอุปสรรคอื่นๆที่สำคัญ เช่น ปัญหาขาดแคลน เจ้าหน้าที่ที่ ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพระบบเฝ้าระวังโรควัณโรค จึงมีความสำคัญและจำเป็น ผู้วิจัยจึงสนใจที่

จะศึกษาเพื่อปัญหาที่เกิดขึ้น และจะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการวางแผน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัด ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. คำถามการวิจัย

คุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัด ใหญ่ จังหวัดมหาสารคามเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาคุณภาพระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัด ใหญ่ จังหวัดมหาสารคามปี พ.ศ.2546-2547

วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.1 เพื่อประเมินความครบถ้วน ถูกต้อง และความทันเวลา ของรายป่วยโรคไข้หวัด ใหญ่ระบบรายงาน 506, 507 ของจังหวัดมหาสารคามปี พ.ศ.2546 - 2547

3.2 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้หวัด ใหญ่ ของเจ้าหน้าที่คลินิกไข้หวัด ใหญ่ /เจ้าหน้าที่ระดับวิทยา / ผู้ประสานงานไข้หวัด ใหญ่ระดับอำเภอ จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2547 ตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

3.2.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยไข้หวัด ใหญ่

3.2.2 การวินิจฉัยโรค

3.2.3 รูปแบบการรักษา

3.2.4 การติดตามผลการรักษา

3.2.5 ผู้สัมผัสได้รับการตรวจ (Contract tracing)

3.2.6 การรายงานผู้ป่วย

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยทำการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้หวัด ใหญ่จาก 11 อำเภอ 2 ถึงอำเภอ จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2546 – วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2547 จากบัตรรายงานผู้ป่วย(รง 506) บัตรเปลี่ยนแปลงรายงานผู้ป่วย(รง.507)เวชระเบียนผู้ป่วยไข้หวัด ใหญ่ และทะเบียนการรักษาผู้ป่วยไข้หวัด ใหญ่ (รบ.1 ก 04) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2546 – ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2547 และศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้หวัด ใหญ่ในปี พ.ศ. 2547 จากแบบคัดลอกข้อมูลผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ ของเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา / เจ้าหน้าที่คลินิกไข้หวัด ใหญ่ / ผู้ประสานงานไข้หวัด ใหญ่ระดับอำเภอ

5. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

5.1 ผู้ป่วยวัณโรค ในที่นี้ผู้ศึกษาหมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่แพทย์วินิจฉัย และมีผลการย้อมเสมหะพบเชื้อ คือ ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ

5.2 คุณภาพของข้อมูล หมายถึง ความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลาของการรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบรายงานผู้ป่วย 506, 507 รบ.1 ก 04 และเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรค

5.2.1 ความครบถ้วน คือ ความครบถ้วนของการรายงานรายผู้ป่วยวัณโรคของ รายงาน 506, 507 เทียบกับ รบ.1 ก 04 เวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรค และความครบถ้วนของข้อมูลการรายงาน

5.2.2 ความถูกต้อง คือ ความถูกต้องของตัวแปรแบบรายงาน 506, 507 เมื่อเปรียบเทียบกับ รบ.1 ก 04 และเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรค

5.2.3 ความทันเวลา ของการส่งรายงาน 506, 507 กำหนดระยะเวลาระหว่างวันพบผู้ป่วยถึงวันที่ส่งรายงาน โดยกำหนดสอ.ส่งภายใน 5 วัน รพช./รพท. ส่งภายใน 3 วัน สสอ. ส่งภายใน 6 วัน สสจ.ส่งภายใน 7 วัน (มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ, 2548)

5.3 แบบรายงานผู้ป่วย 506, 507 (รง. 506, 507) แบบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่อยู่ในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในที่นี้หมายถึง วัณโรค ที่มีรหัสในแบบรายงาน 506 คือ รหัส 32 และบัตรเปลี่ยนแปลงรายงานผู้ป่วย 507 เป็นบัตรสำหรับรายงานการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ข้อมูลต่างๆ หลังจากรายงานแบบรายงาน 506 แล้ว

5.4 ทะเบียนรักษาวัณโรค (รบ.1 ก 04) หมายถึง แบบรายงานผู้ป่วยวัณโรคคลินิกวัณโรคของหน่วยบริการสุขภาพเข้าสู่ทะเบียนการรักษาหรือทะเบียนกลางวัณโรค ตั้งแต่ระดับอำเภอจนถึงส่วนกลาง

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานของระบบเฝ้าระวังโรควัณโรค ที่นำไปใช้ประโยชน์ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วและทันเวลามากยิ่งขึ้น

6.2 ทราบปัญหาในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรควัณโรค เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขในการปฏิบัติงานวัณโรคต่อไป

6.3 เป็นแนวทางในการพัฒนาด้านคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรควัณโรค ทั้งในจังหวัดมหาสารคามและจังหวัดอื่นๆ