

การประเมินมาตรฐาน“คลินิกวัณโรคคุณภาพ”
ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน

โดย

ผกาวัลย์ แดหว่า

กลุ่มพัฒนาวิชาการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
กรมควบคุมโรค ปี 2557

บทคัดย่อ

การประเมิน มาตรฐาน คลินิกวัณโรคคุณภาพ (QTBC) ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ วิธีการประเมินนี้ได้ยึดแนวทางการประเมินมาตรฐานตามคู่มือ ประเมินมาตรฐาน คลินิกวัณโรคคุณภาพ ซึ่งสามารถสะท้อนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของสถานพยาบาล ในขั้นตอนต่างๆจนทำให้เกิดความสำเร็จในการรักษาและส่งผลกระทบต่ออัตราการลดจำนวนผู้ป่วยและลดการเสียชีวิต การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ โดยคัดเลือก จากอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็น 3 ลำดับแรกของจังหวัดและสุ่มเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของอำเภอที่เหลือ ของแต่ละจังหวัด รวมทั้งหมด 28 อำเภอ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เป็นแบบประเมินมาตรฐาน คลินิกวัณโรคคุณภาพ ได้รับการออกแบบและพัฒนาโดยผู้ประเมินและทีมประเมินจากสำนักวัณโรคและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยมีเนื้อหาการ ประเมินมาตรฐานการดำเนินงานวัณโรค 10 มาตรฐาน มาตรฐาน ละ 2 ตัวชี้วัด รวมทั้งหมด 20 ตัวชี้วัด แต่ละตัวชี้วัดมี 5 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน โรงพยาบาล ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป ผลการประเมินพบว่าจำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป จำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 39.29 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช คือร้อยละ 45 โรงพยาบาล ที่มีคะแนนประเมินสูงที่สุดเท่ากับ 99 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 64 คะแนน เมื่อพิจารณาผลการประเมินของโรงพยาบาลทั้งหมด 28 โรงพยาบาล โดยจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ เรียงลำดับจาก มากที่สุด 6 ลำดับแรก ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดที่ 4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยสูตรยา 2HRZE/4HR จำนวน 28 โรงพยาบาล(ร้อยละ 100) 2) ตัวชี้วัดที่ 1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค จำนวน 27 โรงพยาบาล (ร้อยละ 96.4) 3) ตัวชี้วัดที่ 6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกราย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วนจำนวน 27 โรงพยาบาล (ร้อยละ 96.4) 4) ตัวชี้วัดที่ 9.2 ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน (Confirmed MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกรายและได้รับการรักษาถูกต้องทุกราย จำนวน 27 โรงพยาบาล (ร้อยละ 96.4) 5)ตัวชี้วัดที่ 6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort จำนวน 26 โรงพยาบาล (ร้อยละ 92.9) และ 6) ตัวชี้วัดที่ 7.2 จัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจำนวน 26 โรงพยาบาล (ร้อยละ 92.9) ตามลำดับ ผลการประเมินคลินิกทุกแห่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยสูตรยา 2 HRZE/4HR ซึ่งให้เห็นว่าแพทย์ผู้ให้การรักษา ให้การรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานทุกแห่ง ในขณะเดียวกัน ผลการประเมินยังพบว่า ตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ เรียงลำดับจากน้อยที่สุด 3 ลำดับ ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดที่ 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด จำนวน 4 โรงพยาบาล (ร้อยละ 14.3) ซึ่งให้เห็นว่า ปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากผู้ป่วยวัณโรค ได้รับการตรวจวินิจฉัยล่าช้า จากตัวผู้ป่วยเองหรือสถานบริการ 2) ตัวชี้วัดที่ 10.1 อัตรา

ความสำเร็จการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ จำนวน 10 โรงพยาบาล (ร้อยละ 35.7) แสดงให้เห็นถึง ความสำเร็จของการรักษายังไม่ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย ในระหว่างการรักษา เช่นผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยและผู้สูงอายุ และ 3) ตัวชี้วัดที่ 3.1 การตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการ และเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค จำนวน 14 โรงพยาบาล (ร้อยละ 50) แสดงให้เห็นถึงความตระหนักของบุคลากรที่เกี่ยวข้องบางส่วนในการตรวจประเมินคุณภาพ ที่ยังไม่ครอบคลุม สรุปโดยสังเขป ประเด็นสาระสำคัญของการประเมิน ครั้งนี้ เพื่อให้ บุคลากรสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ สามารถใช้ประโยชน์จาก ผลการประเมิน อาทิ 1) การพัฒนาระบบงานด้านการดูแลและรักษาผู้ป่วยวัณโรค 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรควัณโรคเชิงรุก ในพื้นที่เป้าหมายของ 7 จังหวัด และ 3) การแก้ปัญหา อุปสรรคเพื่อให้การดำเนินงานวัณโรคบรรลุผลสำเร็จต่อไป

Abstract

The assessment of standards for “Quality Tuberculosis Clinics (QTBC)” in 7 provinces of upper region of the South was aimed at evaluating the results of the TB implementation services following the QTBCs. The framework for the assessment, which was followed by the guideline of QTBC, could reflect standard healthcare services to TB patients by healthcare providers and hence the treatment success and the consequences that could reduce the numbers of TB patients and deaths. The QTBCs from 7 provinces was selected both from the 3 districts of each province that were ranked at high risk and from 10% of the remainder. Totally, 28 districts were used throughout this assessment. The assessment form (QTBC3) initially designed and developed by the principal evaluators and the team members from the Bureau of Tuberculosis and 11 Regional Offices of Disease Prevention and Control (ODPC) was tested for the validity and reliability by TB experts. The QTBC3-based assessment relied on standards, indicators, and rating of scores. The QTBCs consisted of 10 standards of TB care (two indicators each), or totally 20 indicators. Each indicator was rated by 5 scores, that is, the QTBCs had 100 scores in total. The hospital that had ≥ 90 scores was considered qualified. Assessment results showed there were 11 (39.29%) out of 28 surveyed clinics that were QTBC3-qualified with the overall 100 scores. Meanwhile, these QTBC3-qualified hospitals were below the target (46.43% = 13 Districts) that was set by the ODPC Region 11 Nakhon Si Thammarat. With respects to the indicators analyzed for all 28 QTBCs, the results showed there were 6 indicators of corresponding to the hospitals with the highest ranked scores: 1) Indicator 4.1: All new TB cases treated with 2HRZE/4HR (28 clinics, 100%), 2) Indicator 1.1: Responsible QTBC health staff fully competent to provide healthcare services (27 clinics, 96.4%), 3) Indicator 6.1: Registration of newly laboratory-confirmed pulmonary TB patients and records (27 clinics, 96.4%), 4) Indicator 9.2: Registration of confirmed MDR-TB cases that all receive the treatment correctly (27 clinics, 96.4%), 5) Indicator 6.2: Complete reporting of 3-month intervals by the registry to the Provincial Public Health Office not exceeding than 14 days after a follow-up cohort (26 clinics, 92.9%), and 6) Indicator 7.2: The availability of TB clinic apart from other facilities wherein the vulnerable patients may pose the risk for the TB infection (26 clinics, 92.9%), respectively. Findings of the qualified QTBCs that met the assessment criterion all new TB cases treated with 2HRZE/4HR indicated that the physicians followed the prescription of restricted TB treatment. In addition, the results also revealed 3 indicators of corresponding to the hospitals with the lowest ranked scores as follows: 1) Indicator 3.2: The proportion of newly laboratory-confirmed pulmonary TB adult patients in all TB patients (4 clinics, 14.3%), suggesting patients reluctant to seek diagnosis or perhaps diagnosis service delay, 2) Indicator 10.1: The success rate of newly laboratory-confirmed pulmonary TB adult patients (10 clinics, 35.7%), suggesting unachievable treatment

among the TB patients due to direct or total deaths of HIV and TB co-infections and the elderly, and 3) Indicator 3.1: The qualitatively qualified microscopic exam of sputa according to the Department of Disease Control (14 clinics, 50%), suggesting low compliance and awareness for health personnel such that a lot quality assurance was not coverage by the external quality assessment. Taken together, the significance of this assessment would be beneficial for health personnel and other authorized persons at all levels in several ways: 1) the development of treatment and cares for TB patients, 2) Active surveillance, prevention, and control for TB in hotspots of 7 provinces, 3) the appropriate solutions of problems that can achieve further TB implementation services.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา และแพทย์หญิงศิริลักษณ์ ไทยเจริญ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาวิชาการ เป็นอย่างสูง ที่ให้การสนับสนุนการประเมินครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมผู้เชี่ยวชาญได้แก่ แพทย์หญิงเพชรวรรณ พิงรัมย์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไข เพิ่มคุณค่าให้กับผลการประเมินฉบับนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่เขต รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมือการประเมินมาตรฐาน “คลินิกวันโรคคุณภาพ” ในเขต 11 ปี พ.ศ. 2557 ครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ ทุกท่านของโรงพยาบาลที่เป็นเป้าหมายการประเมิน ที่สนับสนุนทีมประเมินและร่วมลงพื้นที่ ขอขอบคุณคณะทำงานและผู้ร่วมลงพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การดำเนินงานครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

ผกาวัลย์ แดหวา

กันยายน 2557

สารบัญ

เรื่อง	หน้า	
บทคัดย่อ	ก	
Abstract		ข
กิตติกรรมประกาศ	ค	
สารบัญ	ง-จ	
สารบัญตาราง	ฉ	
บทที่ 1 บทนำ	1	
ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา	1	
วัตถุประสงค์	2	
นิยามศัพท์เฉพาะ		3
ประโยชน์ที่ได้รับจากการประเมิน		3
บทที่ 2 เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง		4
รายละเอียดมาตรฐานและการประเมิน		4
การประเมินผลการปฏิบัติงาน		23
วันโรค	39	
บทที่ 3 วิธีดำเนินการประเมิน		40
ประชากร และกลุ่มเป้าหมาย		40
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา		40
การเก็บรวบรวมข้อมูล		45
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล		45
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล		46
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	5	8
สรุปผลการประเมิน	5	8
อภิปรายผลการประเมิน	5	8
ข้อเสนอแนะ	5	9
บรรณานุกรม		60

เรื่อง หน้า

ภาคผนวก 6

3

ภาคผนวกที่ 1 แบบฟอร์มการให้คะแนนผลการประเมินมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” ปี 2557
(QTBC3)

ภาคผนวกที่ 2 มาตรฐานสากลการดูแลรักษาวัณโรค (International Standards for Tuberculosis
Care: ISTC)

ภาคผนวกที่ 3 หนังสือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ที่ สช 0418.2/315
ลงวันที่ 30 มกราคม 2557

สารบัญตาราง

- ตารางที่ 1 ผลคะแนนการประเมินคลินิกวัณโรคคุณภาพ แยกรายสถานบริการในเขต ๑๑
- ตารางที่ 2 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political commitment)
- ตารางที่ 3 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก (Early TB case detection)
- ตารางที่ 4 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค (TB diagnosis)
- ตารางที่ 5 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 4 การรักษาวัณโรค (TB treatment)
- ตารางที่ 6 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 5 บริหารจัดการยาวัณโรค (Anti TB drug management)
- ตารางที่ 7 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB records and reports)
- ตารางที่ 8 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล (TB infection control)
- ตารางที่ 9 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV)
- ตารางที่ 10 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคคือยา (Programmatic Management of Drug-resistant TB: PMDT)
- ตารางที่ 11 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค (Treatment outcome)
- ตารางที่ 12 ผลการประเมินแยกตามรายตัวชีวิต

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปีงบประมาณ 2557 นี้ กรมควบคุมโรคได้กำหนด “การป้องกันควบคุมวัณโรคเชิงรุกในพื้นที่เป้าหมาย (HL402)” เป็นหนึ่งใน 10 จุดเน้น ตามแผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพปีงบประมาณ 2557 - 2561 โดย “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” เป็นมาตรการสำคัญของจุดเน้นนี้ เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแล รักษาผู้ป่วย รวมทั้งการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ซึ่งส่งเสริมให้บรรลุวัตถุประสงค์ทุกด้านของการควบคุมวัณโรค ต่อไปและยังเป็นตัวชี้วัด ของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ในเกณฑ์การประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้วย

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยครั้งใหม่จำนวนมากถึงปีละ 86,000 ราย และวัณโรคเป็นหนึ่งใน 10 สาเหตุการตายที่สำคัญในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โดยทั้ง 10 สาเหตุมีโรคติดต่อเพียง 3 โรค คือ ปอดอักเสบ วัณโรค และโรคเอดส์ คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้ทบทวนการดำเนินงาน วัณโรคของประเทศไทยในช่วงเดือนสิงหาคม 2556 และให้ข้อเสนอแนะว่าประเทศไทยต้องเร่งรัดการเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาเนื่องจากในปี 2555 พบว่ามีอัตราความสำเร็จในการรักษาเพียงร้อยละ 82 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายคือ การขาดการรักษา และการเสียชีวิต

กรมควบคุมโรคให้การสนับสนุนทางนโยบายเพื่อเร่งรัดการเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษา และปีงบประมาณ 2557 นี้ กรมควบคุมโรคได้กำหนด “การป้องกันควบคุมวัณโรคเชิงรุกในพื้นที่เป้าหมาย (HL402)” เป็นหนึ่งใน 10 จุดเน้น ตามแผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพปีงบประมาณ 2557-2561 ซึ่ง “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” เป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญ ที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง

คลินิกวัณโรค เป็นจุดเริ่มต้น ของการนำผู้มีอาการสงสัยวัณโรคให้ได้รับการตรวจวินิจฉัย และเป็นจุดศูนย์กลางของการรักษาและดูแลผู้ป่วยวัณโรค การประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรค เป็นกลไกสำคัญในการสร้างหลักประกันให้ผู้ป่วยมั่นใจในคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการดูแลรักษาวัณโรค ทั้งยังเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเพื่อรู้ข้อดี ข้อจำกัดของคลินิกวัณโรคแต่ละแห่ง และสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพคลินิกวัณโรคของตนเองอย่างต่อเนื่อง วิธีการประเมินยึดหลักของความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) เพื่อให้ผลการประเมินสะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกวัณโรคที่ผ่านมา มีผลการดำเนินงานดีขึ้นตามลำดับการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 โดยมีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน ในปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 60 ปี 2553 ร้อยละ 62 ปี 2554 ร้อยละ 69 ปี 2555 ร้อยละ 70 โดยหัวข้อที่ไม่ผ่านการประเมินส่วนใหญ่คือ (ก) ผู้ป่วยวัณโรคที่สมหะพบเชื้อมีผู้ที่ไม่ใช่ญาติเป็นผู้ดูแลการกินยา (ข) การได้รับยาต้านไวรัสในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี (ค) อัตราความสำเร็จในการรักษา และ (ง) อัตราการขาดการรักษา เป็นต้น

การปรับปรุงวิธีการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ ยังมีความจำเป็น เพื่อให้สอดคล้องกับองค์ความรู้และระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนข้อเสนอแนะตามมาตรฐานสากลต่างๆ เช่น มาตรฐานสากลการดูแลรักษาวัณโรค (International Standards of TB Care: ISTC) เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากการจัดบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ อันจะส่งผลต่อการลดอัตราป่วย อัตราตาย และการแพร่กระจายเชื้อของ วัณโรค จนกระทั่งไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขนำผลที่ได้จากการประเมินไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการดูแลและรักษาผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนเป็นแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และแก้ไขปัญหาอุปสรรคเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จต่อไป

พื้นที่เป้าหมาย

อำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง หมายถึง อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูง 3 อันดับแรกของแต่ละจังหวัด รวมกับ ร้อยละ 10 ของอำเภอที่เป็นพื้นที่ปกติ (อำเภอที่เหลือจากพื้นที่เสี่ยงสูงในแต่ละจังหวัด)

ระยะเวลาที่ประเมิน

ครั้งที่ 1 (เดือนธันวาคม 2556)

โรงพยาบาลทุกแห่งในอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงและสุ่มร้อยละ 10 ในอำเภอที่เป็นพื้นที่ปกติประเมินตนเอง โดยดำเนินการไตรมาสแรก และส่งผลการประเมินให้ สคร. ภายในวันที่ 1 มกราคม 2557

ครั้งที่ 2 (เดือนเมษายน-มิถุนายน 2557)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ประเมินโรงพยาบาลทุกแห่งในอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง และสุ่มร้อยละ 10 ในอำเภอที่เป็นพื้นที่ปกติโดยดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2557 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก

- เวย์ระเบียบผู้ป่วยนอก (OPD card) ข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรค (TB 01) ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) ทะเบียนชั้นสูตรวัณโรค (TB 04) เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละแผนก/กลุ่ม/ฝ่าย
- ลงสำรวจพื้นที่การปฏิบัติงานจริงของหน่วยบริการแต่ละแห่ง
- สรุปผลการประเมินให้กับผู้บริหารและทีมผู้ปฏิบัติงานวัณโรคของแต่ละสถานบริการ

สมมติฐานการประเมิน

สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ผ่านเกณฑ์การประเมิน “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” อย่างน้อยร้อยละ 45

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่กำหนดให้เป็นหน่วยบริการที่รองรับการประเมินมาตรฐานคลินิกเวชโรคคุณภาพ
2. คลินิกเวชโรคคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐานโดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป
3. มาตรฐาน หมายถึง มาตรฐานการจัดบริการดูแลรักษา ป้องกัน ควบคุม วัคซีน สำหรับสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย 10 มาตรฐานรวม 20 ตัวชี้วัด ซึ่งแต่ละตัวชี้วัดมี 5 คะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการประเมิน

ประโยชน์ทางตรง

1. บุคลากรสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการดูแลและรักษาผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนเป็นแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการควบคุมวัณโรคระดับประเทศ และระดับสากล
2. ทราบศักยภาพในการดำเนินงานด้านโรควัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข
3. เพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข

ประโยชน์ทางอ้อม

1. ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากการจัดบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับซึ่งส่งผลให้ลดอัตราป่วย อัตราตาย และการแพร่เชื้อของวัณโรคจนกระทั่งไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อประเมินการดำเนินงานมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” ของหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบนที่รับผิดชอบ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวทางการดำเนินงานควบคุมตาม International Standards for Tuberculosis Care (ISTC) ที่ประเทศไทยกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ดังนี้

- 2.1 รายละเอียดมาตรฐานและการประเมิน
- 2.2 การประเมินผลการปฏิบัติงาน
- 2.3 วัณโรค

2.1 รายละเอียดมาตรฐานและการประเมิน

2.1.1. แนวทางการประเมินมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคคุณภาพ”

การประเมิน มีเครื่องมือ ขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อสนับสนุนให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือ และสะท้อนคุณภาพบริการ ได้อย่างแท้จริง

ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ประเมิน “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” ในปี 2557 ปรับปรุงโดยอาศัยแนวทางเดิมในปี 2556 และ หลักการของมาตรฐานสากลการดูแลรักษาวัณโรค (International Standards for Tuberculosis Care: ISTC) รวมทั้ง High quality DOTS expansion ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกการประเมินประกอบด้วย 10 มาตรฐานรวม 20 ตัวชี้วัด ซึ่งแต่ละตัวชี้วัดมี 5 คะแนน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political commitment)

ตัวชี้วัด 1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค

คำอธิบาย ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคต้องผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานคลินิกวัณโรคตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติ 2 วัน(หากใช้เวลาเพียง 1 วันไม่สามารถนับได้)

“หลักสูตรมาตรฐาน” หมายถึง การอบรมที่ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไป (สาเหตุ การแพร่กระจายเชื้อ เป้าหมายการควบคุมวัณโรค ยุทธศาสตร์ในการควบคุมวัณโรค)
2. ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค
3. การจำแนกประเภทและการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย
4. การเลือกสูตรยา
5. การตรวจเสมหะเพื่อติดตามการรักษา
6. การรักษาต่อ สำหรับผู้ที่รักษาไม่ต่อเนื่อง
7. การส่งต่อผู้ป่วย
8. แบบบันทึก ทะเบียนและรายงาน

9. การประเมินผล
10. วันโรคในเด็ก
11. วันโรคและโรคเอดส์
12. การบริหารจัดการยา การสนับสนุนผู้ป่วยแบบ DOT (Directly Observed Treatment)
13. การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค
14. การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ
15. การบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (Programmatic Management of Drug-resistant TB: PMDT)
16. การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล
17. การดูแลรักษาวัณโรคตามมาตรฐานสากล

ทั้งนี้หน่วยงานที่จัดอบรมเป็น สำนักวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรค หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีบุคลากรที่รับผิดชอบแน่นอน และมีศักยภาพ มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานได้ และมีผู้ทำงานทดแทนกันได้

วิธีคิดคะแนน

- “5 คะแนน” คือ มีผู้รับผิดชอบ อย่างน้อย 2 คน และผ่านการอบรม 1 คน
- “4 คะแนน” คือ มีผู้รับผิดชอบ 1 คน และผ่านการอบรม 1 คน
- “3 คะแนน” คือ มีผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 2 คน ไม่ผ่านการอบรมทั้งสองคน
- “2 คะแนน” คือ มีผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 1 คน ไม่ผ่านการอบรม
- “1 คะแนน” คือ มีพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้หมุนเวียน มาปฏิบัติงานที่

คลินิกวัณโรค ซึ่ง ไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบที่แน่นอน แต่มีการขึ้นทะเบียนและการจัดทำรายงานวัณโรค

“0 คะแนน” คือมีพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้หมุนเวียน มาปฏิบัติงานที่คลินิกวัณโรค ซึ่ง ไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบที่แน่นอน โดยไม่มีการขึ้นทะเบียนและการจัดทำรายงานวัณโรค

แนวทางการประเมิน ตรวจสอบเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งของการเข้าอบรม

1. หนังสืออนุมัติของหน่วยงานให้เข้าอบรม
2. ใบลงทะเบียน (ใบเซ็นชื่อ) เข้าอบรมที่หน่วยงานจัดอบรม

หมายเหตุ

หากผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคเป็นคนเดิม ปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไปให้อนุโลมนับว่า “ผ่านการอบรม” ได้หากเคยรับผิดชอบวัณโรคในหลายโรงพยาบาล (เช่น ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล ก. นาน 8 เดือน และย้ายไปปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล ข. นาน 18 เดือน อนุโลมให้รวมเวลาปฏิบัติงาน 2 ปี และ 4 เดือน ได้)

ตัวชี้วัด 1.2 มีกิจกรรมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคในภาพรวมของโรงพยาบาล

คำอธิบาย การดำเนินงานวัณโรคต้องอาศัยการสนับสนุนจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การนำเสนอ

ความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคของโรงพยาบาลในการประชุมต่างๆ ที่มีผู้บริหารเข้าร่วมประชุมด้วย

จะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้ระดมข้อคิดเห็น กำกับติดตาม วิเคราะห์ปัญหา ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อผลักดันให้เกิดความร่วมมือ พัฒนา และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานวัณโรคภายในโรงพยาบาล

วิธีคิดคะแนน มีรายงานการประชุม หรือการจดบันทึกการประชุม

“5 คะแนน” คือ อย่างน้อย 5 ครั้งภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา

“4 คะแนน” คือ อย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา

“3 คะแนน” คือ อย่างน้อย 3 ครั้งภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา

“2 คะแนน” คือ อย่างน้อย 2 ครั้งภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา

“1 คะแนน” คือ อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา

“0 คะแนน” คือ ไม่มี

แนวทางการประเมิน ตรวจสอบเอกสารที่เป็นรายงานการประชุม หรือการจดบันทึก (เช่นสมุดจดบันทึกส่วนตัว) การประชุม ของคณะกรรมการคณะใดๆ ในระดับต่างๆ ระดับใดระดับหนึ่ง ที่รวมเนื้อหาวัณโรคในวาระการประชุม ดังนี้

ก. ระดับหน่วยงาน เช่น คณะกรรมการ Patient Care Team (PCT) ที่ประชุมทุกเดือน ซึ่งมีผู้เข้าประชุมจากแผนกต่างๆในหน่วยงาน

ข. ระดับอำเภอ เช่น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ)

ค. ระดับจังหวัด เช่น คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวล.) ซึ่งประชุมทุกเดือน หากในรายงานการประชุมระบุ “รพ. ก” ได้แจ้งในที่ประชุมเรื่อง ผู้ป่วยขาดยามาก จึงขอให้หน่วยงานภายในจังหวัดประสานงานติดตามผู้ป่วยดังกล่าว “รพ. ก.” สามารถนับรายงานการประชุมนี้ได้

มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก (Early TB case detection)

ตัวชี้วัด 2.1 จัดทำทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรค อย่างครบถ้วน

คำอธิบาย สมุดทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรค (TB 04) หมายถึง สมุดที่มีการบันทึกการตรวจเสมหะผู้ป่วย หรืออาจใช้ Program คอมพิวเตอร์ (ถ้ามี) ในการบันทึกข้อมูลที่มีตัวแปรเช่นเดียวกันกับ TB04

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Primary data) เกี่ยวกับผลตรวจเสมหะของผู้ป่วยวัณโรคและผู้สงสัยป่วยเป็นวัณโรค

2. เพื่อใช้ตรวจทานความถูกต้องของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีชื่อ นามสกุลเหมือนกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบ อายุ เพศ สามารถระบุผู้ป่วยได้ถูกต้อง

3. เพื่อประเมิน positivity rate รวมทั้งประเมินสัดส่วนของเพศในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย

4. เพื่อใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกับทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03)

5. เพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการประกันคุณภาพการตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์

วิธีคิดคะแนน ทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัน โรคจำนวน 1 เดือนล่าสุดที่สามารถประเมินได้ มีข้อมูลครบถ้วน “ครบถ้วน” หมายถึง มีการบันทึก 8 ตัวแปรพื้นฐานได้แก่

1. วัน เดือน ปี ที่ตรวจ
2. Lab serial number
3. H.N.
4. ชื่อ และนามสกุล
5. เพศ
6. อายุ
7. เหตุผลในการส่งตรวจ (วินิจฉัย/ติดตามผล)
8. ผลตรวจเสมหะ

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยในทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัน โรคเดือนล่าสุด มีข้อมูลครบถ้วน 8 ตัวแปร
ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยในทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัน โรคเดือนล่าสุด

“5 คะแนน” คือ ครบถ้วนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

“4 คะแนน” คือ ครบถ้วนร้อยละ 75 - 79

“3 คะแนน” คือ ครบถ้วนร้อยละ 70 - 74

“2 คะแนน” คือ ครบถ้วนร้อยละ 65 - 69

“1 คะแนน” คือ ครบถ้วนร้อยละ 60 - 64

“0 คะแนน” คือ ครบถ้วนต่ำกว่าร้อยละ 60

แนวทางการประเมิน ตรวจสอบทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัน โรค(TB 04) ที่ห้องปฏิบัติการ (บันทึกในสมุดหรือคอมพิวเตอร์ได้แต่ต้องสามารถตรวจสอบได้) โดยใช้ 1 เดือนล่าสุดที่สามารถประเมินได้และตรวจสอบทุกรายในเดือนที่ตรวจ กรณีที่ทะเบียน TB 04 แยกกันระหว่าง OPD และ IPD ให้ตรวจดูทั้งสองแห่ง
ตัวชี้วัด 2.2 การวินิจฉัยวัน โรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจเสมหะ 3 ตัวอย่างโดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจเสมหะ 2 ตัวอย่าง
คำอธิบาย

(1) ตรวจเสมหะ 3 ตัวอย่างโดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจเสมหะ 2 ครั้งโดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า

(2) เหตุผลสำคัญ 3 ข้อที่ต้องตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ คือ

- ก. เป็นวิธีที่ง่าย รวดเร็ว ประหยัดในการวินิจฉัยวัณโรค
- ข. ช่วยระบุความรุนแรงของวัณโรค ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยได้
- ค. ช่วยระบุผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคได้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้การวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบโดยอาศัยการตรวจเสมหะเป็นหลัก ซึ่งเป็นกลวิธีในการป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาด

วิธีคิดคะแนน

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ ที่ขึ้นทะเบียนในช่วงที่ประเมินตรวจสอบ 3 ครั้ง โดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้าก่อนหึ่งปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจสอบ 2 ครั้ง

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ที่ขึ้นทะเบียนในช่วงที่ประเมิน

“5 คะแนน” คือ ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 75 - 79

“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 70 - 74

“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 65 - 69

“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 60 - 64

“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 60

แนวทางการประเมิน

ก. รพช. ประเมินผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ที่ขึ้นทะเบียน 1 ไตรมาสล่าสุดที่สามารถประเมินได้

ข. รพช./รพท. ประเมินผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ที่ขึ้นทะเบียน 1 เดือนล่าสุดที่สามารถประเมินได้โดยใช้ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) ตรวจสอบกับทะเบียนชั้นสูตร (TB 04) และบัตรบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วย (TB 01)

มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค (TB diagnosis)

ตัวชี้วัด 3.1 การตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการและเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (EQA/LQAS)

คำอธิบาย

1. การประเมินคุณภาพการตรวจสอบตามวิธีการและเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (EQA/LQAS) หมายถึง มีระบบการเก็บสไลด์ AFB เพื่อการสุ่มตรวจ ประกอบด้วย

1.1 มีการเก็บสไลด์ทุกแผ่นที่ตรวจสอบหาเชื้อ AFB ไว้ในกล่องเก็บสไลด์อย่างเป็นระบบเพื่อการ QA/LQAS

1.2 มีใบรายงานการสุ่มสไลด์ (QA1) และ/หรือมีใบ ตอบผลการประเมินการตรวจสอบสไลด์ AFB (QA3) ในปีที่ผ่านมา หรือ Cohort ที่ผ่านมา

2. EQA/LQAS (External Quality Assessment by Lot Quality Assurance Sampling) คือระบบการประกันคุณภาพภายนอกด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มโดยการคำนวณทางสถิติเพื่อให้ได้ตัวแทนของสไลด์ AFB ที่ผ่านการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์แล้วในระยะเวลา 1 ปี มาตรวจสอบซ้ำ

2.1 สุ่มสไลด์จากสมุดทะเบียนการบันทึกผลการชั้นสูตรเสมหะ (TB 04) หรือจากข้อมูลที่ถูกรวบรวมไว้ ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้ได้ตัวแทนสไลด์ที่ตรวจผลแล้วจำนวน 60 แผ่นต่อปี

2.2 แบ่งการสุ่มและตรวจสอบซ้ำเป็น 3 ครั้งๆละ 20 แผ่นต่อ 1 ไตรมาส (มีการเปลี่ยนจากเดิม 26 แผ่นในปี 2556 เปลี่ยนใหม่เป็น 20 แผ่น ในปี 2557 เนื่องจากค่า sensitivity & specificity ของการควบคุมคุณภาพของประเทศไทยมีการทบทวนใหม่)

3. การสุ่มสไลด์ให้ดำเนินการโดยผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับจังหวัด หรือผู้ได้รับมอบหมายที่ได้ผ่านการอบรมแล้ว และต้องไม่ใช่เจ้าหน้าที่ชั้นสูตรผู้ปฏิบัติการตรวจสไลด์ AFB ของห้องปฏิบัติการนั้นๆ วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีระบบของการคงคุณภาพของการตรวจข้อมเชื้อในระดับที่ยอมรับได้

“5 คะแนน” คือ มีระบบการเก็บสไลด์ และไม่มี HFP /HFN ไม่มี QE

“4 คะแนน” คือ มีระบบการเก็บสไลด์ และไม่มี HFP/HFN ไม่มี LFP/LFN แต่มี QE

“3 คะแนน” คือ มีระบบการเก็บสไลด์ และไม่มี HFP/HFN แต่มี LFP/LFN

“2 คะแนน” คือ มีระบบการเก็บสไลด์ แต่ไม่มี feedback ของผลการอ่านล่าสุด

“1 คะแนน” คือ มี HFP /HFN

“0 คะแนน” คือ ไม่มีระบบการเก็บสไลด์เพื่อการสุ่มตรวจ

หมายเหตุ

ก. High False Positive (HFP) หมายถึง ข้อเท็จจริงเป็น Negative แต่ห้องปฏิบัติการรายงาน 1+, 2+, 3+

ข. High False Negative (HFN) หมายถึง ข้อเท็จจริงเป็น 1+, 2+, 3+ แต่ห้องปฏิบัติการรายงาน Negative

ค. Low False Positive (LFP) หมายถึง ข้อเท็จจริงเป็น negative แต่ห้องปฏิบัติการรายงานจำนวนเชื้อที่พบ (1-9 AFB)

ง. Low False Negative (LFN) หมายถึง ข้อเท็จจริงเป็น positive ชนิดจำนวนเชื้อที่พบน้อย (1-9 AFB) แต่ห้องปฏิบัติการรายงาน Negative

จ. Quantification Error (QE) หมายถึง มีผลตรวจระหว่างข้อเท็จจริงและห้องปฏิบัติการแตกต่างกัน 2 ระดับ

แนวทางการประเมิน

ก. สังเกตและสอบถามการเก็บสไลด์เพื่อการสุ่มตรวจ

ข. ตรวจสอบใบรายงานการสุ่มสไลด์ (QA1)และ ใบตอบผลการประเมินการตรวจสอบสไลด์ AFB (QA3)

ตัวชี้วัด 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด

คำอธิบาย

1. คุณภาพการวินิจฉัยวัณโรคเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม

2. ผู้ใหญ่ หมายถึง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความเหมาะสม (Adequacy) ของการวินิจฉัยวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์
2. เพื่อประเมินคุณภาพการค้นหาวัณโรคในผู้มีอาการสงสัยวัณโรค
3. เพื่อประเมินการให้น้ำหนัก (Weight) การวินิจฉัยวัณโรคปอดที่เสมหะไม่พบเชื้อหรือที่ไม่มีผล

ตรวจสอบของหน่วยบริการ

วิธีคิดคะแนน ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ประเมิน

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ประเมิน

“5 คะแนน” คือ ร้อยละ 55 - 65

“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 50- 54 หรือ 66 - 70

“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 45 - 49 หรือ 71 - 75

“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 40 - 44 หรือ 76 - 80

“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 35 - 39 หรือ 81 - 85

“0 คะแนน” คือ น้อยกว่าร้อยละ 35 หรือ มากกว่าร้อยละ 85

หมายเหตุ องค์การอนามัยโลกแนะนำ ร้อยละ 65 แต่ประเทศไทยซึ่งมีระบบสุขภาพที่ดี เช่น โรงพยาบาลทุกแห่งมีเครื่องเอกซเรย์ปอด หรือประชาชนส่วนใหญ่มีการประกันสุขภาพ จึงมีศักยภาพในการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบได้มากขึ้น มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นเกณฑ์การให้คะแนนจึงกำหนดให้ร้อยละ 55 -65 ซึ่งเป็นระดับที่ได้คะแนนสูงสุด ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยของประเทศไทยปี 2554 คือ ร้อยละ 63

แนวทางการประเมิน ตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03)

มาตรฐานที่ 4 การรักษาวัณโรค (TB treatment)

ตัวชี้วัด 4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายได้รับการรักษาด้วยระบบยา 2HRZE/4HR

คำอธิบาย

1. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วย(ก) New M+ (ข) New M- หรือ (ค) EP ซึ่งไม่เคยรักษามาก่อนหรือเคยรักษาไม่เกิน 1 เดือน

2. 2HRZE/4HR หมายถึงการใช้ยา 4 ชนิดใน 2 เดือนแรก ซึ่งได้แก่ Isoniazid,Rifampicin, Pyrazinamide,Ethambutol และ 2 ชนิดใน 4 เดือนหลัง ซึ่งได้แก่ Isoniazid,Rifampicin

วัตถุประสงค์เพื่อประสิทธิผลการรักษาสูงสุด

วิธีคิดคะแนน

รพช. ประเมินผู้ป่วยใหม่ทุกราย ที่ขึ้นทะเบียน 1 ไตรมาสล่าสุดที่สามารถประเมินได้

รพช./รพท. ประเมินผู้ป่วยใหม่ทุกราย ที่ขึ้นทะเบียน 1 เดือนล่าสุดที่สามารถประเมินได้

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกราย ซึ่งขึ้นทะเบียนในช่วงที่ประเมิน ได้รับการรักษาด้วย
ชนิดยา ขนาด และระยะเวลาถูกต้องตามแนวทางแผนงานวัณโรคแห่งชาติ

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกราย ซึ่งขึ้นทะเบียนในช่วงที่ประเมิน

“5 คะแนน” คือ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 75 - 79

“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 70 - 74

“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 65 - 69

“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 60 - 64

“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 60

แนวทางการประเมิน

1. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยจาก TB01/OPD Card หรือ TB03 โดยตรวจสอบสูตรยา (ชนิด) ขนาด (เทียบกับน้ำหนัก) ระยะเวลา โดยประเมินข้อมูลจากเดือนที่ 0 ของการรักษา เพราะผู้ป่วยบางรายอาจมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาภายหลัง เนื่องจากเกิดการแพ้ยา หรือ มีผลทดสอบความไวต่อยาที่พบว่าคือยาวัณโรคบางขนาน

2. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยเฉพาะ โรคตับ โรคไต ไม่นำมาประเมิน แต่ให้ใช้สูตรยาและขนาดตามแนวทางแผนงานวัณโรคแห่งชาติ

3. หากข้อมูลใน TB03 และใน แผ่นประวัติการรักษาอื่นๆ ไม่ตรงกัน ให้ใช้ลายมือแพทย์เป็นเอกสารอ้างอิง เพราะอาจเกิดกรณีการคัดลอกผิดพลาดได้

ตัวชี้วัด 4.2 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมีฟี่เลี้ยงดูแลการกินยา (DOT)

คำอธิบาย

1. การรักษาโดยการกำกับการกินยาต่อหน้า หมายถึง การมีฟี่เลี้ยงดูแลการกินยาทุกวัน(Directly Observed Treatment: DOT) โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย วัณโรคเสมหะบวก(ทั้งใหม่ กลับเป็นซ้ำ รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลวหรือรักษาซ้ำภายหลังขาดยา) ตลอดระยะเวลาการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับยา Rifampicin

2. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมากกว่าร้อยละ 50 ต้องมีฟี่เลี้ยงเป็นบุคลากรสาธารณสุข (ผู้ให้บริการที่โรงพยาบาล/PCU/รพ.สต.)

3. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่มีฟี่เลี้ยงซึ่งไม่ใช่นักสาธารณสุข (ต้องไม่ใช่ “บุคคลในบ้านเดียวกัน”) ให้ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด (การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในระยะเข้มข้น และเดือนละครั้งในระยะต่อเนื่อง) ทั้งนี้ วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน คือ เพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ให้คำแนะนำ ประเมินผู้สัมผัสโรค ซึ่งไม่เท่ากับการโทรศัพท์ หรือ นัดให้ผู้ป่วยมาพบที่ โรงพยาบาล

4. ฟี่เลี้ยง หมายถึง บุคลากรสาธารณสุข หรือ ผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข (ต้องไม่ใช่ “บุคคลในบ้านเดียวกัน”) และเป็นที่ยอมรับจากผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขให้ดูแลผู้ป่วยกินยาทุกวัน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด และป้องกันการดื้อยา

วิธีคิดคะแนน

ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียน 1 ไตรมาสล่าสุดที่สามารถประเมินได้ มีพีทีเคื่องดูแลการกินยา (DOT) และมีบุคลากรสาธารณสุขเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในระยะเข้มข้น

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียน 1 ไตรมาสล่าสุดที่สามารถประเมินได้มีบุคลากรสาธารณสุขเป็นพีทีเคื่องดูแลการกินยา (DOT) หรือมีพีทีเคื่องที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข (ต้องไม่ใช่ “บุคคลในบ้านเดียวกัน ”) แต่มีบุคลากรสาธารณสุขเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในการรักษาระยะเข้มข้น และเดือนละครั้งในระยะต่อเนื่อง

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียน 1 ไตรมาสล่าสุดที่สามารถประเมินได้

“5 คะแนน” คือ ตั้งแต่ ร้อยละ 50 ขึ้นไป

“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 40 - 49

“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 30 - 39

“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 20 - 29

“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 10 - 19

“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 10

แนวทางการประเมิน

1. สอบถามเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบTB01/ สมุดDOT /DOT Card เพื่อยืนยันว่ามีกรกินยาต่อหน้าพีทีเคื่อง
2. สุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สอบถาม และตรวจสอบยาอย่างน้อย 1 ราย สำหรับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่มีพีทีเคื่องซึ่งไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข

3. ตรวจสอบทีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่มีพีทีเคื่องซึ่งไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข มาตรฐานที่ 5 บริหารจัดการยาวัณโรค (Anti-TB drug management)

ตัวชี้วัด 5.1 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First-line Drugs) มีเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม (ส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัย และเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษา)

คำอธิบาย

1. ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง หมายถึงยาที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อได้แก่ Isoniazid:H,Rifampicin:R,Pyrazinamide:Z,Ethambutol: และEStreptomycin:S (กรณี รพช. ไม่มี Streptomycin เพราะไม่มีผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ ให้อนุโลมว่าไม่ขาดยารายการนี้)

2. ยาเพียงพอ หมายถึง ยาวัณโรคไม่ขาดแคลน ไม่ขาดช่วงของการรักษาวัณโรค (No drug interruption) และยอดยาคงคลังในจุด minimum stock พอในการรักษาผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เดือน

3. ผู้ปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมเป็นเภสัชกรเท่านั้น

4. กิจกรรมของการส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษา เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับยาวัณโรค ความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง การค้นหา/ให้การปรึกษา เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นต้น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอ ขนาดถูกต้อง ตลอดระยะเวลาการรักษาและป้องกันการเกิด
วัณโรคคือยา

วิธีคิดคะแนน

“5 คะแนน” คือมียารักษาวัณโรคพื้นฐานครบทุกรายการเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม
อย่างน้อย 2 ครั้ง ตลอดการรักษาโดยมีเอกสารหรือมีการบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม

“4 คะแนน” คือมียารักษาวัณโรคพื้นฐานครบทุกรายการเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม
อย่างน้อย 1 ครั้ง ตลอดการรักษา แต่ไม่มีเอกสารหรือไม่มีการบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม

“3 คะแนน” คือมียารักษาวัณโรคพื้นฐานครบทุกรายการเพียงพอ แต่ไม่มีการบริหารทางเภสัชกรรม

“2 คะแนน” คือมียารักษาวัณโรคพื้นฐานขาด 1 รายการ

“1 คะแนน” คือมียารักษาวัณโรคพื้นฐานขาด 2 รายการ

“0 คะแนน” คือมียารักษาวัณโรคพื้นฐานขาดมากกว่า 2 รายการ

แนวทางการประเมิน 1 ตรวจสอบยาในคลังยา โดยนับผู้ป่วยใน TB03 ใน 1 ไตรมาส และเปรียบเทียบกับยาที่
มีในคลังยา

2. ตรวจสอบเอกสารหรือการบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมเช่น Pharmacist’s note หรือ OPD card
ตัวชี้วัด 5.2 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First-line Drug) มีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐาน

คำอธิบาย

1. ยารักษาวัณโรคมีคุณภาพ หมายถึง ยารักษาวัณโรคที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการรักษา
โรคได้ และมีลักษณะกายภาพภายนอกของยาที่ไม่มีลักษณะแตกหัก ร้าว เยิ้ม เปลี่ยนสี ตกตะกอน เป็นต้น
เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนว่ามีการจัดเก็บตามมาตรฐาน

2. การจัดเก็บตามมาตรฐาน ได้แก่

2.1 เก็บพ้นแสง

2.2 ห้องมีอุณหภูมิต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25 องศาเซลเซียส

2.3 ห้องมีความชื้นสัมพัทธ์ (Relative Humidity: RH) ต่ำกว่าร้อยละ 60

2.4 มีระบบ FEFO (First expired First out)

3. สถานที่ซึ่งมีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือนให้ประเมิน โดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกับคลังยา
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคุณภาพดีที่สุด

วิธีคิดคะแนน

“5 คะแนน” คือ คลังยา และสถานที่ใดๆที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียาที่มีลักษณะทาง
กายภาพภายนอกปกติ มีการจัดเก็บตามมาตรฐาน และมีการจดบันทึกระดับอุณหภูมิและความชื้นทุกวัน

“4 คะแนน” คือ คลังยา และสถานที่ใดๆที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียาที่มีลักษณะทาง
กายภาพภายนอกปกติ มีการจัดเก็บตามมาตรฐาน และมีการจดบันทึกระดับอุณหภูมิและความชื้นไม่ครบทุก
วัน

“3 คะแนน” คือ คลังยา และสถานที่ใดๆที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียาที่มีลักษณะทางกายภาพภายนอกปกติ แต่ไม่จัดเก็บตามมาตรฐานบางข้อในคำอธิบายข้อ 2.1 - 2.4

“2 คะแนน” คือ คลังยา และสถานที่ใดๆที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียาที่มีลักษณะทางกายภาพภายนอกปกติ แต่ไม่จัดเก็บตามมาตรฐานทุกข้อในคำอธิบายข้อ 2.1 - 2.4

“1 คะแนน” คือ คลังยา และสถานที่ใดๆที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียา 1 รายการที่มีลักษณะทางกายภาพภายนอกผิดปกติ

“0 คะแนน” คือ คลังยา และสถานที่ใดๆที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียามากกว่า 1 รายการที่มีลักษณะทางกายภาพภายนอกผิดปกติ

แนวทางการประเมิน

ก. สุ่มยารักษาโรคแนวที่หนึ่งทุกชนิด จากยาที่เก็บในคลังยา รวมทั้งสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาไว้เกิน 1 เดือน โดยสุ่มชนิดละ 1 แผง/กล่อง

ข. ตรวจสอบลักษณะกายภาพของเม็ดยา และยาฉีด ที่มีใช้ในคลินิกเวชโรค โดยยาที่อยู่ในแผงพลาสติกใสหรือสีขาให้สังเกตลักษณะแตกหัก ร้าว เยิ้ม เปลี่ยนสี ส่วนยาที่เก็บในแผงกระดาษฟรอยด์ ให้สังเกตการบวม (เนื่องจากมีอากาศเข้าแผงยา) การฉีกขาดของแผงยา หรือให้บีบแผงยา

ค. ตรวจสอบผลิต วันหมดอายุ และมีการจัดเรียงยาแบบยาที่จะหมดอายุก่อนจะถูกนำมาใช้ก่อน (First expired First out: FEFO)

ง. ตรวจสอบการจดบันทึกระดับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ทุกวันในเดือนล่าสุดที่ประเมินได้ โดยตรวจที่คลังยา รวมทั้งสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาเกิน 1 เดือน

ตัวอย่าง เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์

รวมทั้งแบบฟอร์มการบันทึกการวัดอุณหภูมิ (23.1 งบฯเชลเซียส)

และความชื้นสัมพัทธ์ (ร้อยละ 53)

มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB records and reports)

ตัวชี้วัด 6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ทุกราย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน
คำอธิบาย

1. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ครบทุกราย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ที่ห้องปฏิบัติการชันสูตร (TB04) เท่ากับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ในทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) ทั้งนี้หากยอดผู้ป่วยไม่เท่ากันเนื่องจากส่งต่อ (Refer out) ไปโรงพยาบาลอื่น หรือรับมา (Refer in) จากโรงพยาบาลอื่น ให้อนุโลมได้

2. กรอกข้อมูล “ครบถ้วน” หมายถึง มีการบันทึก 7 ตัวแปรพื้นฐานในทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) ครบถ้วน ได้แก่

2.1 อายุ

2.2 เพศ

2.3 กลุ่มผู้ป่วย (ไทย ไม่ใช่ไทย เรือนจำ)

2.4 วัน เดือน ปี ที่ขึ้นทะเบียน

2.5 ผลเสมหะ (AFB) ก่อนเริ่มรักษา (เดือนที่ 0)

2.6 อวัยวะที่เป็นวัณโรค (ปอดและ/หรือนอกปอด)

2.7 ยาที่ใช้รักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการประเมินผลการค้นหาผู้ป่วย ผลการรักษาระยะเข้มข้น และผลสำเร็จของการรักษา ตลอดจนการดูแลเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ รวมทั้งการบริหารจัดการวัณโรคคือยา (Programmatic management of drug-resistant TB: PMDT)

วิธีคิดคะแนน มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อทุกรายที่เป็นคนไทย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน ใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นคนไทยใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้มีการบันทึก 7 ตัวแปรครบถ้วน

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นคนไทยใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้

“5 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนครบทุกราย และกรอกข้อมูลครบถ้วนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

“4 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนครบทุกราย และกรอกข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 75 - 79

“3 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนครบทุกราย และกรอกข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 70 - 74

“2 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนครบทุกราย และกรอกข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 65 - 69

“1 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนครบทุกราย และกรอกข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 60 - 64

“0 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนไม่ครบทุกราย หรือกรอกข้อมูลครบถ้วนต่ำกว่าร้อยละ 60

แนวทางการประเมิน

ก. ตรวจสอบผู้ป่วยในทะเบียนชั้นสูตร (TB04) กับทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03)

ข. ตรวจสอบจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ถ้ามี)

ค. ตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึก 7 ตัวแปรใน TB03

ตัวชี้วัด 6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort

คำอธิบาย รายงานรอบ 3 เดือน ครบถ้วน หมายถึง

1. TB07 ของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนตามรอบรายงานล่าสุดที่ประเมินได้
2. TB07/1 ของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนตามรอบรายงานล่าสุดที่ประเมินได้
3. TB08 ของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนตามรอบรายงานล่าสุดที่ประเมินได้
4. TB/HIV 01 ของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนตามรอบรายงานล่าสุดที่ประเมินได้

5. PMDT07 ของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนตามรอบรายงานล่าสุดที่ประเมินได้
วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ผลการวินิจฉัย รักษา และดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา และนำผลการวิเคราะห์
ใช้เป็นแนวทางการกำหนดปัญหาและดำเนินการแก้ไขให้เหมาะสม

วิธีคิดคะแนน

“5 คะแนน” คือมีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนของผู้ป่วยไทยครบทั้ง 5 รายงานและส่งรายงานให้
สสจ. ทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort

“4 คะแนน” คือมีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนของผู้ป่วยไทยครบทั้ง 5 รายงานแต่ส่งรายงานให้
สสจ. ไม่ทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort

“3 คะแนน” คือ มีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนของผู้ป่วยไทยครบอย่างน้อย 4 รายงานและส่ง
รายงานให้ สสจ. ทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort

“2 คะแนน” คือมีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนของผู้ป่วยไทยครบอย่างน้อย 4 รายงานและส่ง
รายงานให้ สสจ. ไม่ทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort

“1 คะแนน” คือมีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนของผู้ป่วยไทยครบอย่างน้อย 3 รายงานและส่ง
รายงานให้ สสจ. ทันภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort

“0 คะแนน”คือ มีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนของผู้ป่วยไทยครบน้อยกว่า 3 รายงาน
แนวทางการประเมิน

ก. ตรวจสอบสำเนารายงานรอบ 3 เดือน

ข. ตรวจสอบสำเนาหนังสือส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
โดยประเมินวันที่ซึ่ง สสจ. ลงเลขรับ หรือ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่ลงวันที่ รพ.ส่งถึง ผู้รับผิดชอบงานของ
สสจ.

มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล (TB infection control)

ตัวชี้วัด 7.1 บริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการ
รักษาแบบผู้ป่วยนอก (แผนกผู้ป่วยนอกแผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตร และแผนกเภสัชกรรม)

คำอธิบาย มีบริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับการตรวจวินิจฉัยผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วย วัณโรคที่
แผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

1. มีการแจ้งเวียนรายละเอียดช่องทางด่วน/พิเศษให้ทุกแผนกที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทราบ เริ่ม
ตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงสิ้นสุดการรักษา

2. มีกระบวนการคัดกรองผู้มีอาการสงสัย และผู้ป่วยวัณโรคได้แก่ แบบฟอร์มคัดกรองวัณโรค มีการ
บันทึกผลการวินิจฉัยของผู้มีอาการสงสัยวัณโรค

3. มีป้ายประชาสัมพันธ์แนะนำให้ผู้มีอาการไอ สวมหน้ากากอนามัยเพื่อปิดปากและจมูก (Surgical
mask)

4. การทำสัญลักษณ์ที่บัตรผู้ป่วยเพื่อการบริการที่รวดเร็วสำหรับช่องทางด่วน/พิเศษ

5. บุคลากรของจุดตรวจต่างๆ ได้แก่ แผนกเอกซเรย์ แผนกเภสัชกรรม แผนกชันสูตร และแผนกผู้ป่วยนอก อธิบายความหมายของสัญลักษณ์ผู้ป่วยที่ใช้ช่องทางด่วน/พิเศษ ได้ถูกต้อง
วัตถุประสงค์ เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อวัน โรคในสถานพยาบาล
วิธีคิดคะแนน

“5 คะแนน” คือมี 5 ข้อตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ

“4 คะแนน” คือมี 4 ข้อตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ

“3 คะแนน” คือมี 3 ข้อตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ

“2 คะแนน” คือมี 2 ข้อตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ

“1 คะแนน” คือมี 1 ข้อตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ

“0 คะแนน” คือไม่มีเลยตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ

แนวทางการประเมิน

1. ตรวจสอบเอกสารการแจ้งเวียน (เช่น SOP หรือ รายงานการประชุม) ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตร และแผนกเภสัชกรรมในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

2. ตรวจสอบแบบฟอร์มการคัดกรองวัน โรคที่ใช้ในกระบวนการคัดกรอง

3. สังเกตป้ายประชาสัมพันธ์แนะนำให้ผู้ที่มีอาการ ไอสวมหน้ากากอนามัยเพื่อปิดปากและจมูก ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตร และแผนกเภสัชกรรม

4. ตรวจสอบสัญลักษณ์ที่บัตรผู้ป่วยเพื่อการบริการที่รวดเร็วสำหรับช่องทางด่วน/พิเศษ

5. สอบถามบุคลากรของจุดตรวจต่างๆ ได้แก่ แผนกเอกซเรย์ แผนกเภสัชกรรม แผนกชันสูตร และแผนกผู้ป่วยนอก อธิบายความหมายของสัญลักษณ์ผู้ป่วยที่ใช้ช่องทางด่วน/พิเศษ ได้ถูกต้อง

ตัวชี้วัด 7.2 การจัดสถานที่ของคลินิกวัน โรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัน โรค

คำอธิบาย

1. คลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัน โรค หมายถึงคลินิกที่รักษาผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น คลินิกเด็ก คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกโรคไต คลินิกผู้ป่วยเอดส์คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. การจัดสถานที่อย่างเหมาะสม หมายถึง

2.1 คลินิกทั้งสองประเภทไม่อยู่ติดกันและ/หรือคลินิกให้บริการผู้ป่วยคนละวัน

2.2 ไม่ใช้ระบบปรับอากาศในคลินิกวัน โรค

2.3 คลินิกวัน โรคมีการระบายอากาศสู่ภายนอกได้ มีการเปิดหน้าต่าง

วัตถุประสงค์ เพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อวัน โรคในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย

วิธีคิดคะแนน

“5 คะแนน” คือ มีข้อ 2.1, 2.2 และ 2.3

“4 คะแนน” คือ มีเฉพาะข้อ 2.1 และ 2.2

“3 คะแนน” คือ คลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ (เด็ก เบาหวาน โรคไต โรคเอดส์) แต่คลินิกให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกัน โดยคลินิกวัณโรคเปิดให้บริการในช่วงบ่าย และมีข้อ
2.2
และ 2.3

“2 คะแนน” คือ คลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ (เด็ก เบาหวาน โรคไต โรคเอดส์) แต่คลินิกให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกัน โดยคลินิกวัณโรคเปิดให้บริการในช่วงบ่าย และมีข้อ
2.2
แต่ไม่มีข้อ 2.3

“1 คะแนน” คือ คลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ (เด็ก เบาหวาน โรคไต โรคเอดส์) แต่คลินิกให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกัน โดยคลินิกวัณโรคเปิดให้บริการในช่วงเช้า และมีข้อ
2.2
และ 2.3

“0 คะแนน” คือ ไม่มีการจัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคตาม 3 ข้อข้างต้น
แนวทางการประเมิน สังเกต สอบถามการให้บริการตรวจรักษาวัณโรคที่ติดผู้ป่วยนอกและตรวจเอกสารที่เกี่ยวข้อง

มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV)

ตัวชี้วัด 8.1 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV

คำอธิบาย ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี โดยเจ้าหน้าที่ และมีผลตรวจ HIV

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาได้ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการดูแลรักษาทันทีหากพบว่าติดเชื้อเอชไอวี ร่วมด้วย

วิธีคิดคะแนน ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ มีผลตรวจ HIV

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนในไตรมาสเดียวกัน

วิธีคิดคะแนน

“5 คะแนน” คือ มากกว่าร้อยละ 90

“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 86 - 90

“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 81 - 85

“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 76 - 80

“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 71 - 75

“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70

แนวทางการประเมิน ตรวจสอบข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) และรายงาน TB/HIV01

ตัวชี้วัด 8.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค

คำอธิบาย ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องได้รับยาต้านไวรัสทุกรายระหว่างรักษาวัณโรค

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี

วิธีคิดคะแนน

ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ โดยมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค

ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียน ใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ โดยมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย

“5 คะแนน” คือ ตั้งแต่ ร้อยละ 70 ขึ้นไป

“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 65 - 69

“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 60 - 64

“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 55 - 59

“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 50 - 54

“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 50

หมายเหตุ กรณีไม่มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ประเมิน ทำให้ไม่สามารถประเมินได้ ให้ย้อนไปจนถึงรอบรายงานที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากย้อนไป 1 ปีแต่ยังไม่มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี อนุโลมให้คะแนนเต็มในข้อนี้

แนวทางการประเมิน ตรวจสอบข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค(TB03) และรายงาน TB/HIV01

มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (Programmatic Management of Drug-resistant TB: PMDT)

ตัวชี้วัด 9.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (History of previous treatment) มีผลตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin

คำอธิบาย

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษามาก่อน หมายถึง ผู้ป่วยชนิดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ผู้ป่วยรักษาซ้ำ ภายหลังล้มเหลว (TAF) และ ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังขาดยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน (TAD) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

2. การทดสอบความไวต่อยาวัณโรคแนวที่หนึ่งให้ไม่น้อยอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้เข้าถึงกระบวนการทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (The access of TB patients to DST)

2. เพื่อกำกับกระบวนการดำเนินงาน เช่น

ก) ระยะเวลาการส่งตรวจและได้รับการแจ้งผล

ข) ผลการตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (The yield of MDR-TB cases)

ค) การเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานจำแนกตามประเภทผู้ป่วย

ง) ความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคดื้อยาหลายขนาน ซึ่งหมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจนถึงวันที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน เป็นต้น

วิธีคิดคะแนน

ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน ที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ มีผลตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin

ตัวตั้ง (Nominator) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษามาก่อนที่เป็นคนไทยในช่วงเวลาที่ประเมิน มีผลการทดสอบความไวต่อยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin

ตัวหาร (Denominator) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษามาก่อนที่เป็นคนไทยในช่วงเวลาที่ประเมิน

“5 คะแนน” คือ เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 90 (เนื่องจาก contamination rate, solid method <5%, liquid method <10%)

“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 85 - 89

“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 80 - 84

“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 75 - 79

“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 70 - 74

“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 70

หมายเหตุ กรณีไม่มีผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อนขึ้นทะเบียนในไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ ทำให้ไม่สามารถคิดคะแนนได้ จึงอนุโลมให้คะแนนเต็มในข้อนี้

แนวทางการประเมิน ตรวจสอบข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) และรายงาน PMDT 07 สำหรับผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ประเมิน

ตัวชี้วัด 9.2 ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน (Confirmed MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกราย และได้รับการรักษาถูกต้องทุกราย

คำอธิบาย ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน (Confirmed MDR-TB) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลทดสอบความไวต่อยา พบว่า คือยา Isoniazid และ Rifampicin

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานเข้าถึงระบบการรักษาและการดูแล และเข้าสู่ระบบการรายงานวัณโรค ซึ่งเป็นมาตรฐานของประเทศ

วิธีคิดคะแนน

การขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกรายและได้รับการรักษาถูกต้องทุกรายมีรายละเอียดดังนี้

1. ขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกราย
2. ประเภทผู้ป่วยถูกต้องทุกราย
3. ได้รับการรักษาทุกราย
4. สูตรยาถูกต้องทุกราย (ยานี้ด 1 ชนิด และยากินอย่างน้อย 4 ชนิดที่มีผลทดสอบความไวต่อยา พบว่า “ไม่คือยา”)

5. มีหลักฐานการส่งเพาะเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงที่ฉีดยา (กรณีผู้ป่วยเพิ่งเริ่มกินยายังไม่ครบ กำหนดการตรวจเพาะเชื้อ อนุโลมให้ได้คะแนนข้อนี้

- “5 คะแนน” คือมีครบ 5 ข้อ
- “4 คะแนน” คือมีข้อ 1 - 4
- “3 คะแนน” คือมีข้อ 1 - 3
- “2 คะแนน” คือมีข้อ 1 - 2
- “1 คะแนน” คือมีข้อ 1
- “0 คะแนน” คือไม่มีทุกข้อ

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใน TB03 ที่เป็นคนไทยใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ ที่ผลทดสอบความไวต่อยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง ไม่พบว่าเป็น MDR-TB ทำให้ไม่สามารถประเมินได้ จึงอนุโลมให้คะแนนเต็ม

แนวทางการประเมิน

1. ประเมินผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใน TB03 ที่เป็นคนไทย ใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อ (MDR-TB) เมื่อส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคแนวที่ 1 (DST) ผลตรวจพบว่าเป็น Confirmed MDR -TB (คือยา Isoniazid และ Rifampicin)

2. ตรวจสอบข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) และ รายงาน PMDT07 รวมทั้งทะเบียน PMDT03 สำหรับผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ประเมิน

3. ตรวจสอบข้อมูลจากการบันทึกการรับ-ส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยาของห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล

มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค(Treatment outcome)

ตัวชี้วัด 10.1 อัตราความสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ

คำอธิบาย

1. อัตราความสำเร็จของการรักษา หมายถึงอัตราการรักษาหายรวมกับอัตราการรักษาครบในผู้ป่วยรายใหม่เสมอพบเชื้อที่เป็นคนไทย

2. รักษาหาย (Cure) หมายถึง ผู้ป่วยใหม่ที่มีเสมอพบเชื้อเมื่อวินิจฉัย ซึ่งกินยาสม่ำเสมอจนครบกำหนด มีผลเสมอพบเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมอพบเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย

3. รักษาครบ (Completed) หมายถึง ผู้ป่วยใหม่ที่มีเสมอพบเชื้อเมื่อวินิจฉัยและรักษาครบแต่ไม่มีผลเสมอพบเมื่อสิ้นสุดการรักษา

วัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินการแพร่เชื้อวัณโรคและป้องกันการเกิดวัณโรคคือยา

วิธีคิดคะแนน

ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย ซึ่งเป็นวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ (New M+) ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้

หมายเหตุ หากใน 1 รอบรายงานมีผู้ป่วย New M+ ต่ำกว่า 10 ราย ให้ประเมิน 2 รอบรายงานรวมกัน

ตัวชี้วัด หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อที่เป็นคนไทย ที่ขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ โดยมีผลการรักษาหาย หรือ รักษาครบ

ตัวหาร หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อที่เป็นคนไทย ที่ขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาส
 ค่าสุดท้ายที่ประเมินได้วิธีคิดคะแนน

“5 คะแนน” คือ เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 90

“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 85 - 89

“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 80 - 84

“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 75 - 79

“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 70 - 74

“0 คะแนน” คือต่ำกว่าร้อยละ 70

(อัตราการความสำเร็จในการรักษาปี 2555 แยกรายจังหวัดพบว่า ค่าสูงสุด คือ ร้อยละ 93 และค่าต่ำสุดคือ ร้อยละ 68)

แนวทางการประเมิน ประเมินจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค(TB03)และ ตรวจสอบจากรายงาน TB08
 ตัวชี้วัด 10.2 อัตราการขาดยา มากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ
 ค่าอธิบาย อัตราการขาดยา (Default rate) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อรายใหม่ที่ขาด
 การรักษาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้กินยาครบถ้วนจนหาย
 วิธีคิดคะแนน ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ(New M+) ที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนใน
 1 ไตรมาสค่าสุดท้ายที่ประเมินได้

หมายเหตุ หากใน 1 รอบรายงานมีผู้ป่วย New M+ ต่ำกว่า 10 ราย ให้ประเมิน 2 รอบรายงานรวมกัน
 ตัวตั้ง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1
 ไตรมาสค่าสุดท้ายที่ประเมินได้ ที่ขาดการรักษาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน

ตัวหาร หมายถึง จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นคนไทย ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1
 ไตรมาสค่าสุดท้ายที่ประเมินได้

วิธีคิดคะแนน

“5 คะแนน” คือ เท่ากับหรือ น้อยกว่า ร้อยละ 1

“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 2

“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 3

“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 4

“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 5

“0 คะแนน” คือมากกว่าร้อยละ 5

แนวทางการประเมิน ประเมินจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) และ ตรวจสอบจากรายงาน TB08

2.2 การประเมินผลการปฏิบัติงาน

2.2.1 แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงาน

การประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการที่สำคัญกระบวนการหนึ่งของการบริหารงานบุคคล ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญของบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานว่ามีความสามารถในการปฏิบัติงานเพียงใดโดยพิจารณาจากปริมาณและคุณภาพของงานที่แต่ละคนได้ปฏิบัติไปแล้วระยะหนึ่งเพื่อนำผลไปเป็นข้อมูลในการพิจารณาความดีความชอบ หรือเพื่อปรับปรุงสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานให้ดีขึ้นหรือในกรณีอื่น ๆ ที่เหมาะสมซึ่งผลที่ได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานดังกล่าวนี้ ผู้บริหารของหน่วยงานนั้นๆ สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนหรือประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ อีกทั้งยังเป็นการให้โอกาสผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชาได้ทบทวนการปฏิบัติงานของตนที่ผ่านมา แนวความคิดในเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานนี้ได้ถูกจัดให้เป็นระบบ และนำมาใช้อย่างแพร่หลายในสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศสและประเทศอื่นๆ ในทวีปยุโรป (สมพงษ์ เกษมสิน , 2526) วิธีการเกี่ยวกับการประเมินผลปฏิบัติงานที่ได้วิวัฒนาการมาโดยลำดับและได้มีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงแก้ไขกันตลอดมาเหตุว่าวิทยาการต่างๆ ได้เจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วมีผลทำให้ความซับซ้อนในการปฏิบัติงานมีมากขึ้นดังนั้น การประเมินผลการปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องหาวิธีการที่จะช่วยให้การประเมินผลปฏิบัติงานมีความถูกต้องและแม่นยำขึ้น (ตำราญ มีแจ้ง, 2539)

2.2.2 ความหมายของการประเมินผลการปฏิบัติงาน

คำว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานหรือการประเมินผลงาน มีคำในภาษาอังกฤษที่ใช้อยู่หลายคำ เช่น Performance Evaluation, Performance Review, Performance Appraisal, Performance Rating, Performance Assessment, และ Performance Review เป็นต้น ซึ่งคำเหล่านี้ล้วนหมายถึง การประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งสิ้น ความหมายของการประเมินผลการปฏิบัติงาน นักวิชาการต่างๆ ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

เฮยล (Heyel,1982;835) ให้ความหมายว่า “การประเมินผลการปฏิบัติงานเป็น กระบวนการของการประเมินค่าของการปฏิบัติงานและคุณสมบัติของคนงานตามลักษณะงานที่เขาทำ ทั้งนี้เพื่อจุดประสงค์ในการบริหารงาน รวมทั้งการบรรจุ แต่งตั้ง การคัดเลือกเพื่อเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง การขึ้นเงินเดือน ค่าจ้าง และจุดประสงค์อื่นๆ”

ส่วนมันดีและนอ (Mondy and Noe, 1990 : 382) ได้กล่าวว่า “การประเมินผลการปฏิบัติงาน คือ ระบบที่จัดขึ้นอย่างเป็นทางการเพื่อประเมินค่าการปฏิบัติงานของบุคคล”

คาร์เรลล์คูซมิตส์ และ อัลเบิร์ต (Carrell, Kuzmits and Albert, 1992) ให้ความหมายไว้สอดคล้องกันว่า “การประเมินผลการปฏิบัติงาน คือ กระบวนการของการประเมินพฤติกรรมของลูกจ้างในองค์กร”

นักวิชาการไทยที่ให้แนวคิดในเรื่องความหมายของการประเมินผลการปฏิบัติงาน มีดังนี้ ชงชัย สันติวงษ์ (2540:251) ได้กล่าวว่า “การประเมินผลการปฏิบัติงาน หมายถึง กิจกรรมทางด้านการบริหารงานบุคคลที่เกี่ยวข้องกับวิธีการที่หน่วยงานพยายามจะกำหนดให้ทราบแน่ชัดได้ว่า พนักงานของตนสามารถปฏิบัติงานได้ประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ” ซึ่งสอดคล้องกับปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535:267) ให้

ความหมายว่า “เป็นกิจกรรมทางด้านการบริหารงานบุคคลที่เกี่ยวข้องกับวิธีการที่หน่วยงานจัดขึ้นเพื่อวัดผล การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งด้านคุณลักษณะและผลงานที่ปฏิบัติไปแล้ว ” และ ชูศักดิ์ เทียงตรง (2528:4) ได้ให้ทัศนะว่า “การประเมินผลการปฏิบัติงาน หมายถึงการประเมินค่าของบุคคลผู้ปฏิบัติงานและ คุณลักษณะต่างๆ ที่มีคุณค่าต่อการปฏิบัติงานภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างแน่นอนภายใต้การสังเกตจด บันทึกลงและการประเมินผลโดยหัวหน้างานบนพื้นฐานความเป็นระบบและมีมาตรฐานเดียวกันมีเกณฑ์ที่ ปฏิบัติไว้อย่างประสิทธิภาพและเป็นธรรมโดยทั่วกัน ” กล่าวโดยสรุป การประเมินผลการปฏิบัติงาน คือ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการประเมินคุณค่าของการทำงานของบุคคลทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพและคุณสมบัติ ของบุคคลากรในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์ที่แน่ชัด

2.2.3.ความสำคัญของการประเมินผลการปฏิบัติงาน

จำเนียร จวงตระกูล (2531) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้ ดังนี้

1) ความสำคัญต่อพนักงาน

ตามปกติแล้วพนักงานผู้ปฏิบัติงานในองค์กรย่อมต้องการทราบผลการปฏิบัติงานของตนเองว่ามี คุณภาพ อย่างไรเป็นที่พอใจของผู้บังคับบัญชาหรือไม่เพื่อที่จะได้ปรับปรุงและพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น ใน ทำนองเดียวกันการพิจารณาให้ ความดีความชอบแก่พนักงานย่อมต้องอาศัยการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาปรับเงินเดือน การเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งจะเห็นได้ว่าชีวิตการทำงานและอนาคต ของพนักงานนั้นขึ้นอยู่กับ การประเมินผลการปฏิบัติงาน

2) ความสำคัญต่อผู้บังคับบัญชา

องค์กรใดๆย่อมมีหน้าที่และรับผิดชอบต่อความสำเร็จขององค์กร ดังนั้นผู้บังคับบัญชาจึง จำเป็นต้องพิจารณาใช้มาตรการทุกวิถีทางที่จะส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งผลการปฏิบัติงานของผู้ได้บังคับบัญชา ของตนให้ได้มาตรฐานอยู่เสมอซึ่งต้องอาศัยการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานและนำผลที่ได้จาก การประเมินนำไปใช้ในการบริหารงานต่อไป

3) ความสำคัญต่อองค์กร

อาจกล่าวได้ว่าความสำเร็จขององค์กรมาจากผลการปฏิบัติงานของพนักงานในองค์กร ซึ่งการ ประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานเป็นเครื่องมือสำคัญสิ่งหนึ่งของผู้บริหารงานในองค์กรในอันที่จะนำ ผลการประเมินไปเป็นข้อมูลในการตัดสินใจบริหารขององค์กรให้เจริญก้าวหน้าต่อไป

2.2.4 หลักการในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

ในการประเมินผลการปฏิบัติงานนั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลโดยตรง จึงอาจเกิดความผิดพลาดใน การประเมินได้ง่าย เพื่อลดข้อผิดพลาดจึงควรคำนึงถึงหลักต่างๆดังที่นักวิชาการได้เสนอไว้ ดังนี้

ศรีอรุณ เรศานนท์(2532:152) ได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับหลักการในการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้ สรุปได้ ดังนี้

1) การแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ประเมินการปฏิบัติงานจะต้องคัดเลือกให้เหมาะสม ในบางองค์กรใช้ผู้ พิจารณา 2 คน เพื่อความรอบคอบ คนแรกเป็นหัวหน้าผู้ควบคุมโดยตรง และคนที่สองเป็นผู้บังคับบัญชาของ ฝ่ายนั้น

2) ผู้ทำหน้าที่พิจารณาการปฏิบัติงาน ควรจะมีความเข้าใจในหลักการ วัตถุประสงค์และวิธีการ โดยตลอด หากมีการร่วมกันพิจารณาควรร่วมกันก่อนว่าจะดำเนินการอย่างไร เพื่อให้วิธีการนั้นถูกต้องยิ่งขึ้น

3) ผู้พิจารณาต้องมีความยุติธรรม

4) วิธีการหรือข้อเสนอใดๆที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณา ควรจะนำมาใช้เพื่อให้การพิจารณานั้นถูกต้องยิ่งขึ้น

5) กำจัดความรู้สึกที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลออกจากกันแล้วก็ยากที่จะทำให้การประเมินเป็นไปอย่างถูกหลักเกณฑ์ได้

ส่วนเสนาะ ดิยาว (2534) ได้เสนอหลักการที่สอดคล้องที่จะช่วยลดข้อผิดพลาดในการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้ 4 ประการ

1) การแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ประเมิน การปฏิบัติงานจะต้องคัดเลือก ให้เหมาะสมอย่างน้อยประกอบด้วย ผู้บังคับบัญชาโดยตรง และผู้บังคับบัญชาของฝ่ายงานหรือหัวหน้าแผนก

2) ผู้ที่จะทำหน้าที่พิจารณาการปฏิบัติงาน ควรจะมีความเข้าใจในหลักการ วัตถุประสงค์ และวิธีการ โดยตลอด ด้วยวิธีร่วมปรึกษาหารือกันเสียก่อนว่าจะดำเนินการกันอย่างไร

3) ต้องระลึกละเอียดเสมอว่าการพิจารณาจะมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกของพนักงาน การพิจารณาจะกระทำในรูปใดไม่สำคัญเท่ากับว่าวิธีการนั้นให้ความยุติธรรมแก่พนักงาน

4) ผู้ทำหน้าที่ประเมินต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของพนักงานผู้พิจารณาจะต้องขจัดความรู้สึกที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวเองกับพนักงาน

สรุปได้ว่าหลักการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ดีนั้น ควรพิจารณาตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป และต้องมีความยุติธรรม อีกทั้งผู้ทำการประเมินจะต้องมีความเข้าใจในหลักการ วัตถุประสงค์ และวิธีการ โดยตลอด จึงสามารถทำให้การประเมินผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.2.5 ลักษณะการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ดี

ในการประเมินผลการปฏิบัติงานต้องอาศัยบุคคลที่สามารถวางตัวเป็นกลางได้เป็นอย่างดีปราศจากอคติในการประเมินผลผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนและจะต้องสร้างความเข้าใจในเรื่องเกณฑ์หรือมาตรฐานให้ เป็นไปในแนวทางเดียวกันเพื่อให้การประเมินผลเป็นไปอย่างบริสุทธิ์ยุติธรรม และมีมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ระบบประเมินต้องตอบสนองลักษณะของงานและเป้าหมายของแต่ละบุคคลได้อย่างน่าพอใจ ดังที่ ชูศักดิ์ เทียงตรง (2525) ได้สรุปลักษณะของระบบการประเมินผลที่ดี ไว้ดังนี้

1) มีความน่าเชื่อถือได้

มีความน่าเชื่อถือได้ หมายถึง ความคงเส้นคงวาของผลการประเมินหลายๆครั้ง ความคงเส้นคงวา นี้เห็นได้จาก

(1) เมื่อผู้ประเมิน ประเมินบุคคลหลายๆครั้ง และผลที่ออกมาเหมือนกันเช่นนี้ มีความคงเส้นคงวา (Consistency) และผู้ประเมินอาจกลับมาประเมินอีกหลังจากนั้น 2 - 4 สัปดาห์ โดยประเมินภายในขอบเขต

ของสิ่งที่ปรากฏอยู่เดิม คืองานไม่เปลี่ยนไป และนำไปเปรียบเทียบกับผลประเมินเดิม ถ้าผลเหมือนกันอีก แสดงว่ามีความคงเส้นคงวา

(2) เมื่อผู้ประเมินหลายๆคน คอยสังเกตผู้ปฏิบัติงานคนเดียวกันในการทำงาน และนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบกัน ถ้าสอดคล้องกันแสดงว่ามีความคงเส้นคงวา

2) ความเที่ยงตรง

ความเที่ยงตรง หมายถึง ความตรงต่อวัตถุประสงค์ของการประเมิน กล่าวคือ ในการประเมิน ต้องการให้ผลการประเมินที่ปรากฏอยู่ในเกณฑ์ที่ดี หมายความว่า บุคคลนั้นทำงานดีจริงๆ การวัดความเที่ยงตรงของการประเมินไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะงานน้อยชนิดนักจะมีมาตรฐานสำหรับที่จะเทียบให้เห็นอย่างเด่นชัด ความเที่ยงตรงในการประเมินอาจจะวัดได้โดยการประเมินเปรียบเทียบกับบันทึกของคณงาน และการปฏิบัติงาน ซึ่งหาได้สำหรับงานบางอย่างเท่านั้น วิธีการอื่นที่จะตัดสินความเที่ยงตรงของการประเมิน คือการเปรียบเทียบความก้าวหน้าของบุคคลในหน่วยงาน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นจากการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง และการเพิ่มเงินเดือน ดังนั้นการจะวัดความเที่ยงตรงของแบบการประเมิน จึงต้องอาศัยระยะเวลาอันก่อนที่จะสรุปออกมาได้

3) สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้

แบบการประเมินนั้นจะต้องสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มงานที่จะประเมิน มีองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆที่สามารถนำมาใช้วัดลักษณะงานนั้นๆได้ นอกจากนั้นยังจะต้องสามารถเข้าใจได้ง่าย ประหยัด สะดวกในการใช้การแปลความหมายของคะแนนและมีความยืดหยุ่นในการใช้กับผู้ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ทางด้านความสามารถและประสบการณ์

2.2.6. กระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงาน

ในเรื่องกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงาน ได้มีนักวิชาการกล่าวถึงกระบวนการหรือขั้นตอนการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้ ดังนี้

มันดี และนอ (Mondy and Noe, 1990) ได้เสนอกระบวนการในการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้ 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- 2) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานของการปฏิบัติงาน
- 3) รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน
- 4) ประเมินผลการปฏิบัติงาน
- 5) แจงและอธิบายผลการประเมินกับผู้ได้บังคับบัญชา

คาร์เรลล์ , คูซมิตส์และอัลเบิร์ต (Carrell,Kuzmits and Albert, 1992) ได้เสนอถึงขั้นตอนที่ดีในการพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจะต้องมีการอภิปรายกันระหว่างผู้ประเมินกับผู้ถูกประเมิน มีขั้นตอนดังนี้

- 1) กำหนดความต้องการการปฏิบัติงาน
- 2) เลือกวิธีการในการประเมินผลที่เหมาะสม

- 3) ฝึกรวมผู้ทำการประเมิน
- 4) อภิปรายรวมถึงวิธีที่จะใช้ประเมิน
- 5) ประเมินให้สอดคล้องกับมาตรฐานของการปฏิบัติงาน
- 6) อภิปรายการประเมินร่วมกัน
- 7) กำหนดวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานในอนาคต

ชูศักดิ์ เทียงตรง (2528) ได้กล่าวถึงกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้สอดคล้องกัน ดังนี้

- 1) กำหนดความมุ่งหมายในการประเมิน
- 2) เลือกรวิธิการประเมินให้เหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะงาน และความมุ่งหมายที่ตั้งไว้
- 3) กำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน
- 4) ทำความเข้าใจกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- 5) กำหนดช่วงเวลาการประเมินผลให้เหมาะสมกับลักษณะของงาน
- 6) กำหนดตัวผู้ประเมินผลการปฏิบัติงาน
- 7) จำแนกประเภทผู้ถูกประเมินที่จะใช้เกณฑ์ประเมินเหมือนกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน

กระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแนวคิดของเฮเยิล (Heyel , 1982) มีขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- 2) การกำหนดแบบและลักษณะของสิ่งที่จะประเมิน
- 3) การกำหนดและการฝึกรวมผู้ทำการประเมิน
- 4) การกำหนดวิธีการประเมิน
- 5) การวิเคราะห์ผลและการนำผลการประเมินไปใช้

2.2.7 ขั้นตอนกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงาน

- 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

ในการประเมินผลการปฏิบัติงานจำเป็นที่จะต้องมีความชัดเจนว่าจะประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่ออะไร เพื่อให้การดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ นักวิชาการต่างๆ ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้ ดังนี้

เฮนเดอร์สัน (Henderson , 1984 : X) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อนำไปใช้ในประเด็นต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้

- 1) การตัดสินใจที่เกี่ยวกับการให้ค่าตอบแทน
- 2) วัตถุประสงค์ของการฝึกรวม
- 3) การพัฒนาผู้ปฏิบัติงาน
- 4) การตั้งเกณฑ์การคัดเลือกบุคคลากร
- 5) การตัดสินใจที่เกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงาน เช่น การเลื่อนตำแหน่ง การโยกย้าย
- 6) การให้พ้นออกจากงาน

7) การวางแผนกำลังคน

เกรน(Crane , 1986:) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้สรุปได้ดังนี้

- 1) เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลย้อนกลับให้ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงผลการปฏิบัติงานของตน
- 2) เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการเปลี่ยนแปลง แก้ไขพฤติกรรมอันจะทำให้ผลการปฏิบัติงานมี

ประสิทธิภาพมากขึ้น

- 3) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการมอบหมายงาน การเลื่อนตำแหน่ง และการให้ค่าตอบแทน
- 4) เพื่อขจัดผู้ที่มีการปฏิบัติงานต่ำ
- 5) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำโครงการฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพ
- 6) เพื่อปรับปรุงให้ค่าตอบแทนกับผู้ปฏิบัติงาน
- 7) เพื่อเป็นข้อมูลในการคาดคะเนเกี่ยวกับการคัดเลือกและการโยกย้ายบุคคล

จำเนียร จวงตระกูล (2531 : 19-23) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้ดังต่อไปนี้

- 1) เพื่อทราบค่าผลการปฏิบัติงานโดยทั่วไปของผู้ปฏิบัติงาน
- 2) เพื่อทราบจุดเด่นของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อนำจุดเด่นนั้นมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่
- 3) เพื่อทราบจุดด้อยของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อจะได้หามาตรการแก้ไขปรับปรุงจุดด้อยนั้นๆ
- 4) เพื่อทราบคุณสมบัติที่จำเป็นแก่การเลื่อนขั้นที่มีความเจริญก้าวหน้า
- 5) เพื่อทราบระดับศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อนำศักยภาพนั้นมาใช้ประโยชน์อย่าง

เต็มที่

- 6) เพื่อเสริมสร้างและรักษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานขององค์กร

สรุปได้ว่า วัตถุประสงค์หลักของการประเมินผลการปฏิบัติงานสามารถ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ

- 1) การประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อพิจารณาผลตอบแทน
- 2) การประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อพิจารณาการปฏิบัติงาน
- 3) การประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อพิจารณาความสามารถหรือศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน

2.2.8. การกำหนดแบบและลักษณะของสิ่งที่จะประเมิน

เมื่อได้กำหนดวัตถุประสงค์แล้วขั้นตอนต่อไปคือการดำเนินงานในการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้จะต้องสร้างแบบประเมินขึ้นในแบบประเมินผลควรกำหนดลักษณะงานที่ต้องการประเมินไว้ โดยทั่วไปแล้วการกำหนดคุณสมบัติและลักษณะของงานที่จะประเมินควรกำหนดดังนี้ (สมาน รังสิ โยภฤษฎ์, 2535)

- 1) คุณภาพของงาน
- 2) ความสามารถในการปฏิบัติงาน
- 3) ความรู้ความสันทัดชัดเจนในหน้าที่การงาน
- 4) ความไว้วางใจในการปฏิบัติงาน
- 5) ความคิดริเริ่ม

- 6) ความสามารถในการเรียนรู้งาน
- 7) ความสามารถในการปรับตัวเอง
- 8) ความรู้สึกรับผิดชอบต่องานในหน้าที่
- 9) การให้ความร่วมมือและประสานงาน
- 10) ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น
- 11) การติดต่อกับผู้อื่น
- 12) การตัดสินใจ

2.2.9 การกำหนดวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน

วิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นวิธีที่จะช่วยให้การประเมินผลการปฏิบัติงานมีความถูกต้อง และแม่นยำยิ่งขึ้น ซึ่งมีอยู่หลายวิธีแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์มีนักวิชาการได้ให้แนวคิดไว้ดังต่อไปนี้
 ประชาย เปี่ยมสมบูรณ์ (2532 : 17-49) แบ่งวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานออกเป็น 5 วิธี ดังนี้

1) วิธีประเมินค่า (Rating Method)

เทคนิคประเมินค่าอย่างเป็นทางการ (Conventional Rating Technique) เป็นเทคนิคเก่าแก่ที่สุด ผู้ทำหน้าที่ประเมิน ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นหรือผู้บังคับบัญชาโดยตรง แบบฟอร์มการประเมินค่า ประกอบด้วยข้อความต่างๆ ซึ่งสะท้อนความรู้ คุณลักษณะ บุคลิกภาพและผลงานของผู้ถูกประเมิน

2) เทคนิคประเมินมิติงาน (Job Dimension Technique) เทคนิคนี้พยายามแก้ปัญหของเทคนิคแรก ที่มุ่งเน้นบุคลิกลักษณะของผู้ถูกประเมิน จนมองข้ามความสำคัญของผลงานโดยตรง ด้วยเหตุนี้เทคนิคประเมินมิติของงานจึงมุ่งเน้นความสำคัญของงานโดยตรง

3) เทคนิคประเมินค่าทางพฤติกรรม (Behavioral Anchored Rating Technique /Scales) ซึ่งมีชื่อย่อในภาษาอังกฤษว่า “BARS” หรือ “บาร์ส” เทคนิคนี้มีประเด็นสำคัญคือ ทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาในแต่ละตำแหน่งต้องร่วมมือซึ่งกันและกัน โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่หนึ่ง เป็นการระบุมิติที่สำคัญๆของงานในตำแหน่งที่จะประเมิน

ขั้นที่สอง ผู้ถูกประเมินและผู้ประเมินร่วมกันพรรณนา หลากๆตัวอย่างของพฤติกรรมแท้จริงที่ปรากฏในงานนั้นๆ ที่ตรงกับระดับต่างๆของการปฏิบัติงาน

ขั้นที่สาม จำแนกตัวอย่าง ที่ได้มาตามมิติต่างๆของงาน

ขั้นที่สี่ ผู้ทรงคุณวุฒิทำหน้าที่ให้ความคิดเห็น สำหรับแต่ละข้อความของพฤติกรรม

ขั้นที่ห้า กำหนดคะแนนเฉลี่ยของแต่ละข้อความของพฤติกรรมในงานข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกันเป็นส่วนมาก จะได้รับการจัดลำดับความสำคัญเข้าในแบบฟอร์มเพื่อใช้ในการประเมินแต่ละมิติของงานต่อไป

4) วิธีจัดลำดับ (Ranking Method)

(1) เทคนิคจัดลำดับโดยตรง (Straight Ranking Technique) เป็นเทคนิคจัดลำดับบุคคลากร โดยอาศัยปัจจัยบางประการ เช่น ประสิทธิภาพ ผลงาน หรือคุณค่าต่อองค์กร ขั้นตอนการประเมินเริ่มจาก

ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นพิจารณาเลือกบุคคลากรที่เด่นที่สุดและด้อยที่สุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า จากนั้นพิจารณาเลือกบุคคลากรที่เด่นและด้อยลำดับถัดไปจนกระทั่งพิจารณาครบหมดทั้งกลุ่ม

(2) เทคนิคจัดลำดับการแจกแจงบังคับ (Forced Distribution Ranking Technique) กำหนดให้ผู้ประเมินแจกแจงผู้ถูกประเมินออกเป็นกลุ่มๆ เช่น กลุ่มผลงานเป็นเลิศ กลุ่มผลงานปานกลาง ฯลฯ นอกจากนี้การพิจารณากลุ่มยังจำเป็นต้องได้รับการจำแนกให้เป็นไปตามการแจกแจงปกติ ซึ่งมีลักษณะเป็นรูประฆังคว่ำ เทคนิคนี้จึงเป็นเทคนิคที่พยายามจำแนกผู้ถูกประเมินออกเป็นหลายกลุ่มที่สามารถเปรียบเทียบกันได้

(3) เทคนิคจับคู่เปรียบเทียบ (Paired-Comparison Technique) เป็นเทคนิคที่พยายามลดอัตวิสัยของผู้ประเมินให้น้อยลง จากการเปรียบเทียบระหว่างบุคคล

5) วิธีการตรวจสอบ (Checklist Methods)

(1) เทคนิครายการตรวจสอบอย่างง่าย (Simple Checklist Technique) เป็นเทคนิคที่มีการกำหนดแบบฟอร์มสำหรับการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า แบบฟอร์มดังกล่าวมักประกอบด้วยข้อความต่างๆ ที่สะท้อนถึงผลการปฏิบัติงาน

(2) เทคนิคการตรวจสอบกำหนดน้ำหนัก (Weighted Checklist Technique) ประกอบด้วยข้อความจำนวนหนึ่งพรรณนาถึงประเภทและระดับถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานหรือกลุ่มของงานแต่ละข้อความจะมีคะแนน หรือน้ำหนักที่แตกต่างกัน โดยพิจารณาจำแนกตามความสำคัญของพฤติกรรมที่มีต่อการปฏิบัติงานโดยส่วนรวม ข้อความที่ใช้มีทั้งที่สะท้อนลักษณะผลงานในเชิงบวกและลบ ผู้ประเมินมีหน้าที่เลือกเฉพาะข้อความที่ตรงหรือใกล้เคียงกับพฤติกรรมของผู้ถูกประเมินเท่านั้น

(3) เทคนิคการบังคับเลือก (Forced Choice Checklist Technique) มีลักษณะเป็นแบบฟอร์มซึ่งจะแยกย่อยออกตามมิติต่างๆของลักษณะงานภายใต้แต่ละมิติ ประกอบด้วย 3 ถึง 5 ข้อความ ทั้งนี้เพราะหลักการของเทคนิคการบังคับเลือกก็คือ ในการปฏิบัติงานบุคคลากรจะแสดงทั้งพฤติกรรมที่ยอมรับได้และไม่อาจยอมรับได้ ผู้ประเมินจะต้องใช้ดุลยพินิจ ในการเลือกข้อความ 2 ข้อความ จากข้อความต่างๆ ภายใต้แต่ละมิติข้อความหนึ่งที่จะต้องเลือกจะเป็นข้อความที่บ่งบอกถึงพฤติกรรมในการทำงานของผู้ถูกประเมินได้มากที่สุด ส่วนอีกข้อความหนึ่งก็จะเป็นข้อความที่บ่งบอกถึงพฤติกรรมในการทำงานของผู้ถูกประเมินได้น้อยที่สุด

6) วิธีทบทวนพรรณนาโวหาร (Narrative Descriptive Review Methods)

(1) เทคนิคการเขียนเรียงความ (Essay Technique) ผู้ประเมินจะพรรณนาถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของผู้ถูกประเมินในประเด็นที่สำคัญต่าง ๆ ลักษณะของมาตรวัด อาจมี 2 อย่าง คือ มาตรวัดแบบไม่ต่อเนื่อง มาตรวัดแบบต่อเนื่อง (Continuous Scal) ซึ่งทั้งสองอย่างวัดขนาดความมากน้อยของคุณสมบัติที่ต้องการจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด มีสิ่งที่แตกต่างกัน คือ มาตรวัดแบบต่อเนื่อง ความแตกต่างระหว่างของไม่ต่อเนื่องความห่างบนมาตรวัดไม่เท่ากัน เช่น ห่างกันเป็นอัตราส่วนเป็นจำนวน 5 เท่า ๆ กัน ส่วนมาตรวัดแบบไม่ต่อเนื่องความห่างบนมาตรวัดไม่เท่ากันภาพประกอบ 3 แบบประเมินผลประเภทมาตรวัดต่อเนื่องและมาตรวัดแบบไม่ต่อเนื่อง (เสนาะ ดีเยาว์, 2534)

(2) การตรวจสอบรายการ (Check –List) แบบของการประเมินวิธีนี้ประกอบด้วยข้อความต่างๆที่กล่าวถึงคุณสมบัติของพนักงานเกี่ยวกับพฤติกรรมของการปฏิบัติงานทุกข้อความจะเขียนให้เห็นถึงลักษณะที่แตกต่างกัน ผู้ประเมินจะเลือกข้อความที่ใกล้เคียงที่สุดกับคุณสมบัติของแต่ละคน แล้วนำเอาผลไปให้คะแนนตามความสำคัญ ผู้ทำหน้าที่ประเมินจะได้เลือกข้อความที่ใกล้เคียงกับคุณสมบัติของพนักงานที่กำลังพิจารณาวิธีนี้ข้อความที่ชัดเจนเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้เลือกได้เหมาะสมกับคุณสมบัติของคน (เสนาะ ดิยาวี, 2534)

7) การจัดลำดับ (Ranking Plan)

เป็นวิธีวัดความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยวิธีจัดลำดับความสำคัญซึ่ง เสนาะ ดิยาวี (2534) ได้กล่าวถึงสรุปได้ว่า วิธีนี้ใช้พิจารณาคุณสมบัติระหว่างบุคคลทั้งหมดอยู่ในกลุ่มเดียวกันเพื่อเปรียบเทียบว่าใครอยู่ในลำดับใด อาจวัดเป็นขั้นต่างๆ เช่น สูง กลาง ต่ำ หรือใช้การเปรียบเทียบเป็นคู่ๆ วิธีจัดคู่นั้นต้องใช้คนงานคนใดคนหนึ่งเปรียบเทียบกับคนอื่นทั้งหมดเสร็จแล้วนำคนงาน เปรียบเทียบกับคนงานที่เหลือทั้งหมด (เว้นคนงาน ก) ต่อจากนั้น นำคนงาน ค เปรียบเทียบกับคนงานที่เหลืออีกต่อไปยกเว้น ก และ ข จนหมดทุกคน ผู้ประเมินจะต้องกาเครื่องหมายไว้ที่ชื่อของคนงานที่ตนเห็นว่ามีความสามารถเหนือกว่าใครในแต่ละบัตรกาเครื่องหมายจนครบทุกคู่แล้วจึงบวกจำนวนเครื่องหมายแต่ละคู่ได้รับกาเครื่องหมายมากที่สุดจะถือว่าปฏิบัติงานที่ดีที่สุดทั้งหมดที่เปรียบเทียบกัน

การประเมินแบบจัดอันดับมีวิธีปฏิบัติดังนี้ คือ เรียงลำดับคนงานตั้งแต่ดีที่สุดจนถึงด้อยที่สุดสำหรับความสามารถในการปฏิบัติงานทั้งหมด หรือสำหรับคุณสมบัติเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้ทำการประเมินจะต้องใช้บัตรจำนวนหนึ่ง ซึ่งมีชื่อคนงานที่จะประเมินทั้งหมด เมื่อตรวจพิจารณาคุณสมบัติต่างๆ แล้ว ผู้ประเมินจะจัดเรียงคนงานเหล่านั้นเป็นลำดับตั้งแต่ที่ดีที่สุดจนถึงด้อยที่สุด

8) การกระจาย (Force Distribution)

เพื่อป้องกันความอคติที่จะเกิดขึ้นจากการประเมินผลการปฏิบัติงานเพราะผู้ประเมินจะต้องกระจายคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานออกเป็นเป็นรูปโค้งปกติ เช่น จะเลือกคนร้อยละ 10 ให้อยู่ในช่วงที่ดีที่สุด ร้อยละ 20 สำหรับคนที่มีคุณสมบัติรองลงมาร้อยละ 40 อยู่ในคุณสมบัติปานกลางร้อยละ 20 เป็นพวกที่อยู่ในช่วงค่อนข้างต่ำ และสุดท้ายร้อยละ 10 อยู่ในช่วงต่ำที่สุดของกลุ่ม วิธีนี้ถือว่าจากคนทั้งกลุ่มจะแยกคุณสมบัติของคนได้ 5 ชั้น คือ ชั้นที่ดีที่สุด ีรองลงมา ปานกลาง ค่อนข้างต่ำ และต่ำที่สุดในกลุ่ม ผู้ที่อยู่ในช่วงหนึ่งทั้ง 5 ช่วงนั้น ถือเอาคุณสมบัติโดยการเปรียบเทียบคุณสมบัติเป็นหลัก

วิธีนี้มีข้อบกพร่องที่สำคัญเพราะกำหนดขึ้นมาจากสมมติฐานที่ผิดความจริง การที่คุณสมบัติของคนจะกระจายเป็นรูปโค้งปกติ (Normal Distribution) นั้นต้องเป็นข้อมูลที่ปกติและมีข้อมูลจำนวนมาก แต่ในการคัดเลือกคนเข้ามาทำงานองค์กรจะต้องเป็นข้อมูลที่ปกติและมีข้อมูลจำนวนมาก แต่จะต้องคัดคนที่มีคุณสมบัติไม่ได้ออกเสียก่อน คนที่ทำงานส่วนใหญ่ถือว่ามีความสามารถดีหรือปานกลาง ซึ่งการกระจายของคุณสมบัติของคน จึงมีลักษณะเป็นรูปเบ้ และยิ่งกว่านั้นถ้าคนในองค์กรมีน้อย การกระจายนี้เป็นรูปโค้งปกติจึงเป็นไปได้ (เสนาะ ดิยาวี , 2534)

9) การบันทึกเหตุการณ์สำคัญ (Critical Incident)

เป็นการใช้สมุดบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน โดยบันทึกเหตุการณ์ที่สำคัญของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนมีพฤติกรรมที่มีผลต่อการปฏิบัติงานอย่างไร มีข้อบกพร่องอะไรบ้าง ในการบันทึกเหตุการณ์ จะแยกคุณลักษณะแต่ละประเภทออกให้ชัดเจน เช่นการตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบ ความถูกต้องของงาน การได้ผลผลิตการบันทึกเหตุการณ์จะช่วยหัวหน้างานในเรื่องความจำ และป้องกันการประเมินอย่างคลุมเครือ

วิธีนี้อาจไม่ใช่เทคนิคการประเมินผลโดยตรง แต่เป็นการบันทึกข้อมูลเพื่อการประเมินผล สิ่งที่เราควรระวังคือผู้ปฏิบัติงานอาจถูกควบคุมอย่างใกล้ชิด จนไม่เป็นตัวของตัวเองและเกิดความระแวง

10) การทบทวนการปฏิบัติงาน (Field Review)

การประเมินวิธีนี้มีลักษณะคล้ายกับการสัมภาษณ์ ซึ่งปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535) กล่าวไว้สรุปได้ว่า ผู้ทำการสัมภาษณ์ คือ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารงานบุคคล ซึ่งสอบถามโดยตรงจากหัวหน้าหน่วยงานในฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวกับงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของเขา ผู้ทำการสัมภาษณ์จะจดบันทึกข้อมูลต่างๆ ส่งไปให้กับผู้บังคับบัญชาเพื่อพิจารณาแก้ไขวิธีนี้ไม่เป็นที่นิยมมากนักเนื่องจากผลของการสัมภาษณ์ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร และอีกประการหนึ่งผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้ปฏิบัติงานมักจะไม่พอใจผลการสัมภาษณ์เนื่องจากเขามีหน้าที่ดูแลอยู่แล้ว

11) การเขียนรายงาน (Free-Form Essay)

เป็นการเขียนข้อความที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพนักงานแต่ละคน โดยไม่มีแบบอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ ผู้เขียนรายงานอาจเสนอความเห็นใดๆ ก็ได้ วิธีนี้หัวหน้าจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ ข้อมูลที่ได้มาอาจเป็นทั้งความจริงหรือไม่ก็ได้ ผู้พิจารณาจะต้องมีการสังเกตที่ดีและมีความสามารถในการวิเคราะห์ ซึ่งต้องอาศัยเวลามาก (ศรีอรุณ เรศานนท์,2532)

12) การประเมินโดยกลุ่ม (Group Appraisal)

วิธีนี้กระทำกันเป็นกลุ่มประกอบด้วยหัวหน้าโดยตรงของพนักงาน และหัวหน้างานอื่นอีกสามหรือสี่คน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ผู้เห็นการปฏิบัติงานหรือพฤติกรรมของคณงานด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่างานของเขาต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นๆ จึงสามารถให้ความเห็นและข้อเสนอแนะได้ กลุ่มบุคคลดังกล่าวจะต้องมีคนใดคนหนึ่งเป็นประธานหรือผู้ประสานงาน ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในการอภิปราย โดยปกติก็ได้แก่หัวหน้าโดยตรงของคณงานทั้งสอง

ในการประชุมปรึกษากันดังกล่าว หัวหน้าโดยตรงจะต้องอธิบายลักษณะงานและหน้าที่ที่คณงานปฏิบัติ แล้วกลุ่มก็จะอภิปรายถึงมาตรการที่จะนำมาใช้ว่าจะกำหนดระดับไว้อย่างไร จากนั้นจึงพิจารณาความสามารถการปฏิบัติงาน และความประพฤติของพนักงานที่กล่าวถึงแล้วสรุปผลออกมา วิธีนี้จะป้องกันไม่ให้หัวหน้าโดยตรงของคณงานมีอคติในการพิจารณา เพราะการพิจารณาจากหลายๆ คนย่อมรอบคอบกว่า (เสนาะ ดิยาวี ,2534)

13) การประเมินตามผลงาน (Appraisal by Result)

การประเมินผลการปฏิบัติงานวิธีนี้ถือเอาผลของการทำงานเป็นเกณฑ์การพิจารณาร่วมกันระหว่างหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างกันและกัน มีหลักการดังที่ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535) ได้กล่าวไว้มีดังนี้

- (1) หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานในความรับผิดชอบร่วมกันศึกษาถึงลักษณะที่ต้องปฏิบัติ เสร็จแล้วก็จะรายงานหน้าที่และปริมาณงานของแต่ละคน
- (2) ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนกำหนดจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติร่วมกับหัวหน้า ซึ่งทั้งสองฝ่ายต้องตกลงกันจนมีความเห็นสอดคล้องกัน และความเห็นนั้นไม่ขัดแย้งกับจุดมุ่งหมายหลักของหน่วยงาน
- (3) กำหนดหลักเกณฑ์ในการวัดและประเมินผลการปฏิบัติงาน
- (4) หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานร่วมกันประเมินผลงานด้วยกัน โดยอาศัยเกณฑ์และจุดมุ่งหมายดังกล่าวร่วมกัน
- (5) หัวหน้างานคอยให้การชี้แนะแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของงาน
- (6) การประเมินผลการปฏิบัติงานวิธีนี้ใช้ผลงานเป็นหลักการประเมินงานด้วยวิธีดังกล่าว ผู้ประเมินอาจจะใช้วิธีการหลายๆ วิธีการได้ แล้วแต่จะพิจารณาให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ และสิ่งที่ต้องการจากการประเมินผลการปฏิบัติงานนั้นๆ

2.2.10 การวิเคราะห์ผลและการนำผลการประเมินไปใช้

การวิเคราะห์ผลจากแบบประเมิน เป็นขั้นตอนสุดท้าย และเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดขั้นตอนหนึ่งในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ผู้ที่ทำการวิเคราะห์จะต้องศึกษาวิเคราะห์แบบเป็นคนๆ ไปอย่างถี่ถ้วนแล้วบันทึกไว้ในแบบถาวร (Performance Record) ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ตามต้องการ เนื่องจากผลการวิเคราะห์จะบอกให้ทราบถึงการทำงานของนักประเมินว่าดีหรือไม่อย่างไร มีสิ่งใดต้องปรับปรุงแก้ไข (สมาน รังสิโยภักดิ์, 2535)

2.2.11 การใช้ผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน

ประโยชน์ของการประเมินผลการปฏิบัติงาน มีไม่น้อยเพียงใด ข้อมขึ้นอยู่กับการนำผลการประเมินการปฏิบัติงานนั้นไปใช้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด สิ่งที่เห็นกันโดยทั่วไป ก็คือการนำเสนอไปใช้ในการพิจารณาความดีความชอบประจำปี ในการนำผลการประเมินการปฏิบัติงานไปใช้อาจแยกได้เป็น 2 อย่าง คือการนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดและการแจ้งผลการปฏิบัติงาน (เสนาะ ดิยาวี, 2534)

- 1) การนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ในเรื่องวัตถุประสงค์ อาจกำหนดไว้หลายอย่างแต่แยกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ
 - (1) เพื่อกำหนดค่าตอบแทน ข้อนี้นี้เป็นวัตถุประสงค์ที่ใช้กันเป็นส่วนใหญ่และเห็นได้ชัดเจนคือ ใช้ในเรื่องการปรับค่าจ้างประจำปี ตลอดจนผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เงินโบนัส รางวัลพิเศษ
 - (2) เพื่อเปลี่ยนแปลงตำแหน่ง เป็นการนำเอาผลการประเมินไปใช้ในการเลื่อนตำแหน่งงานรวมถึงการโยกย้ายตำแหน่งงานและการลดตำแหน่งด้วย

(3) เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงาน ได้แก่ การกระตุ้นจูงใจพนักงานด้วยวิธีต่างๆ ที่ทำให้พนักงานตื่นตัวและปรับปรุงตัวเองวิธีนี้มักนำไปใช้ในการวางแผนฝึกอบรมพัฒนาพนักงานและรวมถึงการวางแผนอาชีพด้วย

(4) เพื่อเลิกจ้าง การประเมินในขั้นตอนนี้มักจะใช้ในระยยะทดลองงานตามสัญญาการจ้างงานเมื่อผลงานปฏิบัติออกมาต่ำกว่ามาตรฐานก็จะมีหลักฐานพอสำหรับการเลิกจ้าง

2) การแจ้งผลการประเมินการ วิธีนี้เป็นการนำเอาผลการประเมินการปฏิบัติงานไปใช้โดยตรงโดยมีสมมติฐานว่า ผู้ปฏิบัติงานต้องการรู้ว่าตนเองทำงานเป็นอย่างไร การแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงานเป็นการบอกให้ผู้ปฏิบัติงานรู้ว่าตนเองทำงานเป็นอย่างไรในแง่ของแบบการประเมิน อันเป็นการชี้ให้เห็นถึงขีดความสามารถของพนักงานแต่ละคนในทัศนะขององค์กร

การแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงาน เป็นวิธีการกระทำที่ยึดถือหลักของข้อมูลย้อนกลับ คือ บอกให้พนักงานรู้ และขณะเดียวกันผู้บังคับบัญชาที่ประเมินก็ได้รับข้อมูลย้อนกลับจากพนักงานด้วย การแจ้งผลการประเมิน เป็นวิธีการในการสร้างความเข้าใจระหว่างกันด้วย โดยผู้บังคับบัญชาต้องการอะไรจากผู้ใต้บังคับบัญชาก็ปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของผู้บังคับบัญชา

การแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงานให้พนักงานรับรู้มีกระบวนการที่สำคัญอยู่ 5 ขั้นตอน ดังที่ เสนาะ ดิยาว์ (2534) ได้กล่าวไว้ คือ

(1) ขั้นการวางแผน ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของการแจ้งการกำหนดหัวข้อที่จะต้องแจ้ง แนวทางการแจ้งให้ทราบ และข้อเสนอแนะหรือข้อแก้ไขในการปรับปรุง

(2) ขั้นการเตรียมข้อมูล ก่อนแจ้งจะต้องรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการปฏิบัติงานให้มากที่สุด เพื่อจะได้พิจารณาคุณสมบัติของผู้ถูกประเมินได้ถูกต้อง ในการเตรียมข้อมูลจะต้องอาศัยทะเบียนประวัติ การบันทึกงาน การสังเกตพฤติกรรมและหลักฐานอื่นใด

(3) ขั้นการดำเนินการ ได้แก่ การพบปะกันระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ปฏิบัติงานเป็นขั้นตอนที่มีความยุ่งยาก และโอกาสจะเกิดการขัดแย้งมีมากหากผู้ดำเนินการขาดหลักการและความเป็นธรรม ผู้บังคับบัญชาจะต้องมีความจริงใจในการรับฟังปัญหาและต้องตัดสินใจ ในการดำเนินการให้พนักงานแสดงความคิดเห็น

(4) ขั้นการสร้างบรรยากาศที่ดี การสร้างบรรยากาศมีความสำคัญมากเพราะจะทำให้ได้รับความร่วมมือจากฝ่ายปฏิบัติงาน การสร้างบรรยากาศรวมถึงการเลือกเวลาที่เหมาะสม เลือกสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ปราศจากการรบกวนจากภายนอก การแจ้งให้ทราบล่วงหน้า การใช้คำพูดที่แสดงความเข้าใจและก่อให้เกิดความร่วมมือ การเริ่มต้นและการจบการพูดคุยกันด้วยความเป็นกันเอง และการวางตัวที่เหมาะสม

(5) ขั้นการติดตามผล ขั้นตอนนี้กระทำเมื่อเสร็จสิ้นทุกขั้นตอนแล้ว เพื่อหาว่าการแจ้งให้ทราบเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ในส่วนของการติดตามผลก็คือว่าได้มีการกำหนดกิจกรรมเพื่อให้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือไม่ เช่น มีโครงการอบรมสัมมนา ศึกษาเพิ่มเติมหรือการประชุมหารือหรือไม่ ตลอดจนการทบทวนความก้าวหน้าของโครงการต่างๆ เป็นระยะๆ อย่างใกล้ชิด

2.2.12 ประโยชน์ของการประเมินการปฏิบัติงาน

การประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นขั้นตอนที่สำคัญ ขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการบริหารงานบุคคล เพราะเป็นการกระทำเพื่อให้ทราบค่าของคนว่าเขามีความรู้ความสามารถมากน้อยเพียงใด สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพิจารณาบุคคลอย่างมีเหตุผล ประโยชน์ที่สำคัญของการประเมินผลการปฏิบัติงาน ได้มีนักวิชาการได้กล่าวไว้ดังนี้

อุทัย หิรัญโต (2531 : 146-147) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้ดังนี้

- 1) ใช้พิจารณาความสามารถของบุคคล เพื่อปรับปรุงตนเอง และวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ
- 2) ใช้ประโยชน์ในการพิจารณาความดีความชอบให้เป็นไปด้วยความเป็นธรรม
- 3) ใช้ประโยชน์ในการเลื่อนตำแหน่ง ฐานะ การโยกย้ายคนให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ
- 4) ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบุคคล หรือ กำหนดวิธีการฝึกอบรมให้ถูกต้องกับความจำเป็น หรือ ปัญหาที่ประสบเป็นเครื่องจูงใจให้เจ้าหน้าที่แข่งขันทำงาน หรือให้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่

เริงศักดิ์ ปานเจริญ (2533) เขียนถึงประโยชน์ของการประเมินผลการปฏิบัติงานไว้ดังนี้

การให้พนักงานเป็นผู้จัดทำรายงานเป้าหมายงานหลักด้วยตนเอง และเสนอผู้บังคับบัญชาโดยตรงของเขาเป็นผู้ทบทวนประเมินผลจะเป็นหนทางขจัดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเป้าหมายของงานการทบทวนประเมินผลทำให้ผู้บังคับบัญชาต้องพิจารณาจุดอ่อน และจุดแข็งของพนักงานเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ และต้องวัดผลงานที่ทำได้เทียบกับความรับผิดชอบที่ได้กำหนดไว้แล้วทำให้พนักงานรู้สถานการณ์ของตัวเอง การประเมินผลจะให้โอกาสดีที่หัวหน้ากับลูกน้องจะได้พูดคุยปรึกษาหารือกัน อีกทั้งเป็นโอกาสเหมาะมากที่ผู้บังคับบัญชาจะพิจารณาให้ความช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงการทำงานของคนในบังคับบัญชา หรือเตรียมการเพิ่มความรับผิดชอบให้ลูกน้อง การประเมินยังเป็นแหล่งข้อมูลในการวางแผนขององค์กรอีกด้วย กล่าวคือ การพิจารณาทบทวนผลการทำงานจะให้ข้อมูลที่เป็นหลักอ้างอิงสำหรับการตัดสินใจเลื่อนขั้น และโยกย้าย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนบุคลากร อันเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนองค์กรอีกทอดเป็นสิ่งที่สนับสนุน คำจูงใจความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง เนื่องจากความเข้าใจผิดจะขจัดออกไปในช่วงการสัมภาษณ์ หลังการประเมินผล ผู้ได้บังคับบัญชาจะมีโอกาสแสดงความคิดเห็นของเขาในกรณีที่หน้าที่การงานการทบทวนประเมินผลยังเป็นหลักที่ใช้อ้างอิงในการเจรจาเรื่องค่าจ้างและเงินเดือนที่เที่ยงธรรม บริษัทบางแห่งใช้ผลการประเมินเป็นหลักในการพิจารณาเพิ่มค่าจ้างและเงินเดือนของพนักงานด้วยการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานใหม่ วิธีการและเทคนิคในการคัดเลือกและสรรหาพนักงานสามารถกระทำได้อย่างมีเหตุผลดี ตัวอย่างเช่น สามารถตรวจสอบสมรรถนะ การทำนายผลการทดสอบได้จากการประเมินผลในการตั้งมาตรฐานของผลการทำงานนั้น ผู้บังคับบัญชาจะต้องขอความคิดเห็นและปรึกษาหารือกับผู้ได้บังคับบัญชา และในระหว่างการสัมภาษณ์หลังประเมินผล ผู้ได้บังคับบัญชายังมีโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็นของเขา ทั้งสองสิ่งนี้ทำให้ผู้ได้บังคับบัญชาเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมและบางทีอาจจะเพิ่มความพอใจงานของเขาขึ้นมาด้วย นอกจากนี้ การที่เขามีส่วนช่วยตั้งเป้าหมายของตัวเอง จะทำให้ปัญหาการโต้แย้งเกี่ยวกับสิ่งที่คาดหวังจากตัวเขาลดน้อยลงไปได้มาก

พะยอม วงศ์สารศรี (2540) ได้กล่าวว่า การประเมินผลพนักงานเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากของการบริหารงานบุคคล ประโยชน์ของการประเมินผลการปฏิบัติงานมีดังนี้

- 1) ปรับปรุงการปฏิบัติงาน
- 2) ช่วยพัฒนาตัวพนักงาน
- 3) ช่วยให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- 4) เป็นช่องทางขยับขยายเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน
- 5) เป็นมาตรการนำมาใช้พิจารณาค่าจ้างเงินเดือน
- 6) ช่วยฝ่ายบุคคลด้านค่าจ้างพนักงาน

ชัยนันท์ นันทพันธ์ (2550) ได้กล่าวไว้ว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานมีบทบาทในการพัฒนาองค์กรในแง่ต่างๆ สรุปดังนี้

- 1) เป็นการสำรวจตรวจสอบว่าองค์กรและผู้บริหารมีศักยภาพและความสามารถเพียงใด เป็นการตรวจสอบการพัฒนาองค์กรในทุกระดับ เพื่อให้ทราบว่าองค์กรมีจุดเด่นและจุดด้อยที่ต้องส่งเสริมและปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อย่างไรบ้าง
- 2) เป็นการประเมินประสิทธิผล ประสิทธิภาพในการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งนำมาใช้ในการบริหารงานได้
- 3) เป็นการกำหนดทิศทางในอนาคตที่มีพื้นฐานและข้อมูลรองรับ กล่าวคือ นำผลจากการประเมินมาใช้ในการวางแผนเพื่อกำหนดอนาคตขององค์กรได้
- 4) เสริมสร้างและพัฒนาองค์กรให้มีความเข้มแข็ง เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนจุดแข็งในการบริหารงาน
- 5) ทำให้การทำงานมีเป้าหมาย และเพิ่มความรอบคอบระมัดระวังในการทำงานยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า การประเมินผลการปฏิบัติงาน มีประโยชน์ต่อกระบวนการบริหารงานบุคคลตามระบบคุณธรรม (Merit System) เป็นอย่างมาก ช่วยให้ผู้บริหารสามารถพิจารณาตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง และความยุติธรรมในขั้นตอนต่างๆ ของการบริหารงานบุคคล นับตั้งแต่ การคัดเลือกคนเข้ามาทำงาน การมอบหมายการบำรุงรักษา การพัฒนาบุคลากร จนกระทั่งการให้ออกจากงาน

2.2.13 อุปสรรคในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

การประเมินผลการปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นเป็นงานที่ซับซ้อนอย่างยิ่ง เป็นทั้งงานที่ยากลำบาก และมีเรื่องสำคัญ จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ในการประเมินผลการปฏิบัติงานได้ในเรื่องนี้ เสนาะ ตีเขาว์ (2534) ได้กล่าวถึงอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ พอสรุปได้ดังนี้

- 1) การมีสมมุติฐานที่ผิดๆ อยู่ 4 ประการ คือ
 - (1) เชื่อว่าการประเมินการปฏิบัติงานของพนักงาน ได้กระทำอย่างถูกต้องและยุติธรรมซึ่งในความเป็นจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น นโยบาย วิธีการ ลักษณะขององค์กร และคุณสมบัติของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

(2) เป็นความผิดพลาดทางด้านระบบ ขององค์กร เพราะเมื่อองค์กรกำหนดวิธีการใดวิธีการหนึ่งแล้ว จะถือปฏิบัติทั้งองค์กรในเรื่องขององค์กร ประเมินการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กรซึ่งจริงๆแล้ว ไม่มีวิธีการใดที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เมื่อวิธีการไม่สมบูรณ์ผลที่ได้มาก็มักจะผิดพลาด

(3) ผู้บังคับบัญชาที่ทำหน้าที่ประเมิน มักจะเชื่อตนเองมากเกินไป

(4) ทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาไม่ชอบวิธีการประเมินซึ่งมักจะทำแบบเป็นพิธีรีตอง

2) อุปสรรคทางความนึกคิด

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้การประเมินนั้นเป็นไปได้ถูกต้องหรือผิดพลาดได้ สิ่งที่มีผลกระทบต่อการประเมินการปฏิบัติงาน คือ

(1) ผู้บังคับบัญชาอาจไม่สบายใจและเป็นกังวลว่าการปฏิบัติงานของเขาจะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาไม่พอใจหากผลออกมาไม่ดีผู้บังคับบัญชาอาจไม่พอใจระบบหรือวิธีการที่กำหนดนั้น โดยเฉพาะเขาต้องมึนงานและภาระมากขึ้นจึงรู้สึกเบื่อหน่ายผู้บังคับบัญชาบางคนอาจลังเลใจที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับบุคคลอื่น เพราะว่าการตัดสินใจนั้นกระทบกระเทือนต่องานและอนาคตของเขา

(2) ผู้ใต้บังคับบัญชามักจะไม่พอใจต่อการกระทำของหัวหน้า จึงมักมีปฏิกิริยาต่อผลที่ออกมา อันนี้ทำให้ผู้บังคับบัญชาไม่สบายใจ

(3) ผู้บังคับบัญชาบางคนทำการประเมินการปฏิบัติงานผู้ใต้บังคับบัญชา ในลักษณะที่เป็นการปรึกษาหารือ ประกอบการแนะนำสั่งสอน จึงทำให้ผลที่ออกมาไม่ตรงกับความจริง

3) อุปสรรคทางเทคนิค (Technical Pitfalls)

ทางด้านวิธีการวัดการปฏิบัติงานของคนงาน มีข้อยุ่งยากที่สำคัญสองอย่างคือ ประการแรก ข้อยุ่งยากในการกำหนดหลักเกณฑ์หรือบรรทัดฐาน (Criteria) สำหรับวัด เป็นการยากที่จะระบุหลักเกณฑ์ให้แน่ชัดออกมา เพราะหลักเกณฑ์ดังกล่าวไม่อาจแสดงออกมา เพราะหลักเกณฑ์ดังกล่าวไม่อาจแสดงออกมาเป็นตัวเลขได้ทั้งหมด ส่วนใหญ่หลักเกณฑ์มักออกมาในรูปแบบการบรรยาย คุณสมบัติจึงไม่อาจแสดงข้อแตกต่างระหว่างบุคคลได้ชัดเจน เช่น ผลออกมาว่าการปฏิบัติงานเป็นที่น่าพอใจหรือเหมาะสมดี จึงไม่รู้ว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ประการที่สอง ถึงแม้ว่าจะกำหนดหลักเกณฑ์ไว้ชัดเจน ข้อผิดพลาดก็อาจเกิดขึ้นได้ถ้าผู้ใช้ไม่เข้าใจวิธีการดังกล่าวอย่างแท้จริง ผลที่ออกมาจึงอยู่ที่วิธีการของผู้ใช้

2.3 วัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium ซึ่งเชื้อ Mycobacterium มีหลายชนิด ที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ Mycobacterium tuberculosis วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถ แพร่เชื้อได้ วัณโรค นอกปอดเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของการติดเชื้อไปยังอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เชื้อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น

เชื้อวัณโรคจัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC) เชื้อชนิดอื่นที่พบบ่อย เช่น Mycobacterium africanum พบได้ในแถบ อาฟริกา Mycobacterium bovis มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้ โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ

นอกเหนือจากเชื้อ Mycobacterium ดังกล่าวข้างต้นแล้ว อาจพบ Mycobacterium ชนิดอื่นๆ ซึ่งเดิมเรียกว่า Atypical Mycobacterium หรือ Mycobacterium other than tuberculosis (MOTT) ในปัจจุบัน เรียกว่า Nontuberculous Mycobacteria (NTM) มีมากกว่า 50 สายพันธุ์ ส่วนใหญ่ไม่ทำให้เกิด วัณโรค หรือโรคเรื้อน พบในสิ่งแวดล้อมทั้งในดินและน้ำหรือพบในสัตว์ เช่น นก วัว ควาย หรือพบในช่องคอของคน มักไม่ทำให้เกิดโรค และยังไม่มียารักษาว่าติดต่อกันโดยตรงจากคนไปสู่คน อย่างไรก็ตามปัจจุบันเริ่มมีความสำคัญ เนื่องจากอาจทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น Mycobacterium avium complex (MAC) ที่พบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมักจะมีปัญหาในเรื่องการรักษาด้วยยาวัณโรคต่างๆ ไปในกรณีที่ไม่มีการจำแนกชนิดของเชื้อ Mycobacterium ก่อน ด้รับยารักษาวัณโรค

การแพร่กระจายและพยาธิสภาพของวัณโรคปอด

เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายจากปอด หลอดลม หรือกล่องเสียงของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อผู้ป่วยไอ จาม พุดต่างๆ ตะโกน หัวเราะ หรือร้องเพลง เชื้อเหล่านี้จะอยู่ในละอองฝอย (droplets) ของเสมหะที่ออกมาสู่อากาศ อนุภาคของ droplets ขนาดใหญ่มากมักจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป เหลือส่วนที่เล็กที่สุดที่มีเชื้อวัณโรคจะลอยอยู่ในอากาศได้หลายชั่วโมง

การติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค (TB infection and TB disease)

เมื่อคนสูดหายใจเอาอากาศที่มีเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย droplets ของเชื้อวัณโรคที่มีขนาดใหญ่ จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรคแต่ส่วนที่มีขนาดเล็กๆ จะเข้าไปสู่ปอด เชื้อจะถูกทำลายด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย หากมีเชื้อที่ถูกทำลายไม่หมดเชื้อก็จะแบ่งตัวทำให้เกิดการติดเชื้อ (TB infection) ถ้าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงจะสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรค ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อ ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อวัณโรคจะไม่มีอาการป่วยและไม่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ มีเพียง ร้อยละ 10 เท่านั้นของผู้ที่ติดเชื้อที่จะป่วยเป็นวัณโรค (TB disease) โดยครึ่งหนึ่ง 5% จะป่วยเป็นวัณโรค ภายใน 2 ปีหลังการติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ที่เหลืออีก 5 % จะป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อไปแล้วนานหลายปี เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคตั้งแต่เด็ก โดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตภายใน 2 ปี

อาการสงสัยวัณโรคปอด

อาการที่สำคัญของวัณโรคปอด คือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้คือน้ำหนัก ลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้ (มักจะเป็นตอนบ่าย เย็น หรือตอนกลางคืน) ไอมีเลือดปน (hemoptysis) เจ็บหน้าอก หายใจขัด ในกรณีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี อาการไอ ไม่จำเป็นต้องนานถึง 2 สัปดาห์ หงื่อออกมากตอนกลางคืน เป็นข้อบ่งชี้ที่ควรสงสัยว่าผู้ป่วยอาจกำลังป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วย

การตรวจวินิจฉัยวัณโรค

1. การตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ เป็นวิธีการหลักของงานควบคุมวัณโรค

2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x- ray: CXR) มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยวัณโรค แม้มีความไวค่อนข้างสูงแต่ความจำเพาะไม่สูงแม้แต่รังสีแพทย์ หรือแพทย์ที่มีประสบการณ์มากๆ ยังจำแนกวัณโรคใน ระยะลุกลามจากวัณโรคระยะสงบหรือโรคอื่นๆ ได้ไม่คืนัก มีประโยชน์ช่วยกรองหาผู้มีเงาผิดปกติได้ อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยวัณโรคจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก อย่างเดียวไม่พอ ต้องมีการตรวจเสมหะควบคู่ไปด้วยทุกครั้ง

3. การตรวจเสมหะโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture)

เพื่อการยืนยันเชื้อวัณโรคและดูความมีชีวิตของเชื้อรวมทั้งการทดสอบความไว ในสภาพการณ์ปัจจุบัน นับว่าดีขึ้น เพราะโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคสามารถตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อได้

การส่งตัวอย่างเพาะเลี้ยงเชื้อ ควรทำกรณีใด

3.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (sputum smear negative pulmonary tuberculosis)

3.2 ผู้ป่วย MDR-TB ที่ต้องตรวจเสมหะเพื่อติดตามการรักษาในช่วงที่มีนิโคตา หลังจากนั้นทุกๆ 2 เดือนจนครบระยะเวลาการรักษา

3.3 ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคนอกปอด เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง วัณโรคเยื่อหุ้มปอดและอื่นๆ

4. การตรวจทางอณูชีววิทยา (molecular examination; nucleic acid amplification) เป็น Rapid identification ที่มีความรวดเร็วในการช่วยวินิจฉัยเชื้อ Mycobacterium tuberculosis (M. tuberculosis) และตรวจการดื้อยาของเชื้อวัณโรค โดยผลการตรวจวินิจฉัยแต่ละชนิดขึ้นกับเทคนิคต่างๆ ที่นำมาใช้ โดยเฉพาะตัวอย่างส่งตรวจที่พบเชื้อ AFB จะมีความไวในการตรวจพบสูง

วิธีการอื่นๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัยวัณโรค

-การทดสอบผิวหนัง (tuberculin skin test: TST) เป็นการทดสอบการติดเชื้อวัณโรค มีประโยชน์น้อยมากในการวินิจฉัยวัณโรค ยกเว้นในเด็กที่ไม่เคยได้รับวัคซีน BCG มาก่อน

-การตรวจ interferon gamma release assay (IGRA) เป็นการทดสอบเพื่อวินิจฉัยวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการประเมิน

การประเมินการดำเนินงานมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” ของหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้เกี่ยวข้องตามแบบประเมิน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในครั้งนี้ปรับปรุงโดยอาศัยแนวทางเดิมในปี 2556 และ หลักการของมาตรฐานสากลการดูแลรักษาวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการจัดบริการดูแลรักษาวัณโรค ปี พ.ศ. 2557 ของกรมควบคุมโรค

3.1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.1.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมาย สถานบริการสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาล,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน

3.1.2 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายโดยกำหนดอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง หมายถึง อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูง 3 อันดับแรกของแต่ละจังหวัด รวมกับ ร้อยละ 10 ของอำเภอที่เป็นพื้นที่ปกติ (อำเภอที่เหลือจากพื้นที่เสี่ยงสูงในแต่ละจังหวัด)

3.2 เครื่องมือการประเมิน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินครั้งนี้ ใช้แบบประเมิน QTBC3 เป็นแบบประเมินตัวชี้วัดที่นำมาใช้ประเมิน “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” ในปี 2557 ปรับปรุงโดยอาศัยแนวทางเดิมในปี 2556 และ หลักการของมาตรฐานสากลการดูแลรักษาวัณโรค(International Standards for Tuberculosis Care: ISTC) รวมทั้ง High quality DOTS expansion ตามแนะนำขององค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นการประเมินในภาพรวมของระบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของพื้นที่นั้นๆ การประเมินประกอบด้วย 10 มาตรฐานรวม 20 ตัวชี้วัด ซึ่งแต่ละตัวชี้วัดมี 5 คะแนน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย (High quality DOTS expansion) การดำเนินการควบคุมวัณโรคเป็นการดำเนินงานที่จะดำเนินการให้ประสบความสำเร็จได้ต้องมีการรับทราบและการสนับสนุนจากผู้บริหารของหน่วยงาน จะต้องมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีการทำงานเป็นทีมที่ต้องประกอบด้วยบุคลากรที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้บริหารต้องให้ความสำคัญในการสนับสนุนใน 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค โดยผู้บริหารเห็นความสำคัญในการจัดส่งบุคลากรที่ได้รับมอบหมายงานของคลินิกวัณโรคได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีความรู้ในการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานตามแนวทางของแผนงานวัณโรคกำหนดอย่างน้อย 2 คนเพื่อ

หากผู้รับผิดชอบคนใดคนหนึ่งไม่อยู่อีกคนสามารถปฏิบัติงานแทนได้ตามมาตรฐานเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.2 มีกิจกรรมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคในภาพรวมของโรงพยาบาล เนื่องจาก การดำเนินงานควบคุมวัณโรคเป็นการดำเนินงานภายใต้ทีมงานที่ประกอบด้วยวิชาชีพหลายวิชาชีพ และจากหลายแผนก ที่ต้องมีการทำงานที่ประสานกันที่ต่อเนื่องและเป็นแนวทางเดียวกัน ระบบงานในบางวิชาชีพ อาจมีข้อกำหนดที่ไม่ครอบคลุมการประสานงานเป็นทีม จำเป็นต้องมีการประชุมเพื่อปรับระบบการจัดการ ภายในทีมให้มีความเห็นและดำเนินงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยมีผู้บริหารหรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นหัวหน้าทีมในการประชุม เพื่อหาข้อสรุปในการประชุมแต่ละครั้ง

มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก (Standard 1, 2, 3 of ISTC) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค เป็นกิจกรรมในขั้นตอนแรกของการดำเนินงานควบคุมวัณโรคมีความจำเป็นต้องมีระบบการบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยที่ครบถ้วน สมบูรณ์และถูกต้องนำไปสู่การวินิจฉัยที่เป็นไปตามมาตรฐาน ตามตัวชี้วัด ดังนี้

2.1 การจัดทำทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรคอย่างครบถ้วนมีความสำคัญหลายประการได้แก่

- เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Primary data) เกี่ยวกับผลตรวจเสมหะของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ สงสัยป่วย เป็นวัณโรค

- เพื่อใช้ตรวจทานความถูกต้องของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีชื่อ นามสกุล เหมือนกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบ อายุ เพศ สามารถระบุผู้ป่วยได้ถูกต้อง

- เพื่อประเมิน positivity rate รวมทั้งประเมินสัดส่วนของเพศในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย

- เพื่อใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกับทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03)

- เพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการประกันคุณภาพการตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์

ซึ่งการจัดทำทะเบียนชั้นสูตรให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์ได้ต้องมีการประสานข้อมูลกันระหว่าง ห้องชั้นสูตรกับผู้ออกใบส่งตรวจ และมีการแจ้ง/ส่งต่อข้อมูลไปยังผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคเพื่อการเตรียมการให้บริการต่อไป

2.2 การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจเสมหะ 3 ตัวอย่างโดย 1 ตัวอย่างเก็บ หลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจเสมหะ 2 ตัวอย่าง ในการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดมีทั้งผู้ป่วยที่เสมหะบวกและเสมหะลบ ซึ่งการวินิจฉัยวัณโรคเสมหะบวกตาม มาตรฐานการวินิจฉัยกำหนดไว้ว่าหากตรวจพบเสมหะบวกในเสมหะ 2 ตัวอย่าง หรือถ้าผลบวก 1 ตัวอย่าง และมีผล x-ray ปอดยืนยันนับเป็นการวินิจฉัยที่เป็นไปตามมาตรฐาน ในทางปฏิบัติไม่ค่อยพบข้อผิดพลาดในการวินิจฉัย แต่ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบ ผลการวินิจฉัย มีโอกาสที่จะผิดพลาดได้ง่ายถ้าไม่ได้ ปฏิบัติตามมาตรฐานการวินิจฉัย

มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค (Standard 5 of ISTC) ห้องชั้นสูตรที่มีคุณภาพและผ่านเกณฑ์การประเมิน สามารถให้ความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรคที่จะได้รับการวินิจฉัยวัณโรคได้ถูกต้องและแม่นยำ ตามตัวชี้วัดดังนี้

3.1 การตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการ และเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (EQA/LQAS) เป็นการดำเนินการเพื่อรับประกันความมั่นใจในคุณภาพของผลการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยการตรวจ AFB ว่าผลการตรวจถูกต้องเป็นที่เชื่อถือได้ ซึ่งการประเมินดำเนินการโดยให้ห้องชั้นสูตรผู้ที่ทำการตรวจย้อมสไลด์ AFB จัดเก็บสไลด์ทุกแผ่นที่ทำการตรวจนำมาจัดเรียงให้เป็นไปในแนวทางเดียวกับสมุดทะเบียนชั้นสูตร แล้วให้ผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัดที่ได้รับการอบรมวิธีการย้อมสไลด์เพื่อการประเมินตามที่กำหนดแล้วจัดส่งให้สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมาเป็นผู้ประเมิน ซึ่งการประเมินจะประเมินการย้อมและอ่านสไลด์ทั้งลักษณะทางกายภาพและการอ่านผลที่ต้องถูกต้องตรงกัน (agreement rate) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด สัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยในแต่ละช่วงการประเมินสามารถสะท้อนระบบการให้บริการการควบคุมวัณโรคได้อีกส่วนหนึ่ง ตั้งแต่ระบบการคัดกรอง, การตรวจวินิจฉัย, การเข้าถึงบริการการรับการรักษา รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยงหรือการสื่อสาร การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชนได้อาทิ ถ้าพบมีสัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกในสัดส่วนที่สูงมากๆ แสดงถึงการเข้าสู่การวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า สะท้อนให้เห็นว่าได้เกิดมีการแพร่กระจายเชื้อขึ้นแล้วในชุมชนและอาจมีการแพร่กระจายเชื้อในสถานบริการด้วยแล้วก็ได้ ซึ่งการหาสาเหตุก็ทำได้โดยการสืบค้นจากประวัติผู้ป่วยนำมารวบรวมเพื่อหาสาเหตุของการเข้าสู่ระบบบริการที่ช้าได้ เช่น ดูว่าก่อนการวินิจฉัยครั้งนี้ ผู้ป่วยเคยมาที่สถานบริการ(ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและรพ.สต.) ก็ครั้งอาจด้วยอาการไอหรือไม่ก็ตาม แล้วเราไม่ได้ให้การคัดกรองหรือส่งสัยวัณโรค กรณีนี้ก็ต้องไปปรับระบบการคัดกรองที่ต้องมีการถามถึงอาการไอในการซักประวัติที่ครอบคลุมขึ้น หากผู้ป่วยไม่เคยมารับบริการ เมื่อมารับการตรวจก็พบเป็นวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อเลย แสดงถึงประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการสำคัญของการตรวจค้นหาวัณโรค ต้องไปปรับระบบการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องวัณโรคในชุมชนเพิ่มขึ้นเพื่อลดระยะเวลาของการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนการให้ความรู้กับประชาชนเป็นการค้นหาผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องค้นหา เพราะถ้าประชาชนมีความรู้ เมื่อมีอาการจะมาแสดงตัวที่สถานบริการเอง

มาตรฐานที่ 4 การรักษาวัณโรค (Standard 8, 9 of ISTC)

4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยสูตรยา 2HRZE/4HR มีวัตถุประสงค์ เพื่อประสิทธิภาพการรักษาสูงสุด

เนื่องจากตามแนวทางของแผนงานวัณโรคแห่งชาติกำหนดให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้เริ่มรักษาด้วยสูตรยา 2HRZE/4HR ซึ่งเป็นสูตรมาตรฐานระยะสั้นที่ใช้ในปัจจุบันเป็นระบบ บยาที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีที่สุดในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายได้เกือบร้อยละ 100 ถ้าผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องจนครบกำหนดการรักษาและยานั้นยังมีคุณภาพ

4.2 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมีพิถีพิถันดูแลการกินยา (DOT) มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด และป้องกันการดื้อยา การรักษาวัณโรคต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ผู้ป่วยมีโอกาสจะรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ต่อเนื่องได้ จากปัจจัยต่างๆ ทั้งการปรับลดและ

เลือกทานยาบางขนานหรือไม่ครบตามขนาดที่กำหนด จากอาการข้างเคียงของยา (ในระยะแรกๆของการรักษา) การล้ม แม้แต่การหยุดการรับประทานเนื่องจากอาการดีขึ้น ทำให้ผลการรักษาไม่หายและก่อให้เกิดปัญหาของวัณโรคคือยาได้ จำเป็นต้องมีพี่เลี้ยงที่เชื่อถือได้มาช่วยดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการรักษาวัณโรค

มาตรฐานที่ 5 บริหารจัดการยาวัณโรค (High quality DOTS expansion) มีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้

5.1 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่งมีเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอ ขนาดถูกต้อง ตลอดระยะเวลาการรักษา ช่วยประหยัดประคอง ดูแล ให้คำแนะนำในกรณีผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงและเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากยารักษาวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการรักษาจนครบและป้องกันการเกิดคือวัณโรคยา

5.2 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่งมีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคุณภาพดีที่สุด ซึ่งตามมาตรฐานของวิชาชีพเภสัชกรรมได้กำหนดเป็นพื้นฐานที่นำมาใช้ในการประเมินเพื่อเป็นการตรวจสอบระบบอีกส่วนหนึ่ง

มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค (Standard 13, 21 of ISTC)

6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกราย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่เริ่มการรักษาทุกรายเป็นสิ่งสำคัญมาก จะเก็บข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญให้ครบถ้วน สมบูรณ์ เพื่อการติดตามกำกับการรักษาและการรายงานได้ ซึ่งต้องมีการตรวจสอบกับทะเบียนชั้นสูงตรเพื่อการขึ้นทะเบียนที่ครบถ้วนด้วย

6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort การจัดทำรายงานเป็นการนำข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค นำมารวบรวมเป็นงวดของการรายงาน งวดละ 3 เดือน ประกอบด้วย รายงานการค้นหาเพื่อประเมินผลการค้นหาผู้ป่วย คุสถานการณ์การป่วยเป็นวัณโรคมีความสำคัญทางด้านระบาดวิทยา, รายงานผลการรักษาของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นของผู้ป่วยที่เสมหะบวกเพื่อเป็นการประเมินเบื้องต้นเป็นสิ่งที่บ่งชี้ประสิทธิภาพ (ขั้นต้นของการรักษา) การเฝ้าระวังการล้มเหลวของการรักษา นำมาใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ปรับระบบบริการเป็นการเฝ้าระวังการล้มเหลวของการรักษา ,รายงานผลสำเร็จของการรักษาและรายงานการดำเนินงานการผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์รวมทั้งรายงานการบริหารจัดการวัณโรคคือยา ซึ่งรายงานแต่ละรายงานจะนำข้อมูลมาจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ที่มีช่วงระยะเวลาตามข้อกำหนดของแต่ละรายงาน

มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล (Standard 20 of ISTC) ความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานบริการสาธารณสุขบุคลากรมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคหากมีมาตรการ การควบคุมการติดเชื้อที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้มีการแพร่เชื้อในสถานบริการได้

7.1 บริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับการตรวจ ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (แผนกผู้ป่วยนอกแผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตรและแผนกเภสัชกรรม) การจัดระบบบริการในการคัดกรองผู้มีอาการสงสัย วัณโรคที่ครอบคลุมมีบริการช่องทางด่วน /พิเศษ สำหรับการตรวจวินิจฉัยผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรค ให้ผสมผสานไปกับการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป มีการแจ้งเวียนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบทั้งระบบเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานบริการ

7.2 การจัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย

มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ (Standard 14,15 of ISTC)

8.1 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาได้ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการดูแลรักษาทันทีหากพบว่าติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย

8.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรคมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเสียชีวิต ในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี มีรายงานผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มี เอชไอวีร่วมด้วยหากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้

มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคคือยา (Standard 11 of ISTC)

9.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (History of previous treatment) มีผลการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อนซึ่ง เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดวัณโรคคือยาหลายขนานได้เข้าถึงกระบวนการทดสอบความไวต่อยาวัณโรค เพื่อการค้นหาเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนานเข้าสู่ระบบการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

9.2 ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน (Confirmed MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกราย และได้รับการรักษาถูกต้องทุกราย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานได้รับการรักษาด้วยสูตรยาที่ถูกต้องและเหมาะสม มีการกำกับรักษาตามมาตรฐานและนำสู่การขึ้นทะเบียนตามประเภทผู้ป่วย เพื่อการจัดทำรายงานที่ถูกต้องต่อไป

มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค (Standard 21 of ISTC) เป็นการสรุปผลการรักษาเมื่อผู้ป่วยรักษาครบกำหนด โดยสรุปผลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนไปก่อนหน้านี้ 12 - 15 เดือน ผลการรักษาก็เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถสะท้อนประสิทธิภาพของระบบการควบคุมวัณโรคได้ดี

10.1 อัตราความสำเร็จ การรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อดูประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรค

10.2 อัตราการขาดการรักษา ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้กินยาครบถ้วนจนหาย ระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพจะลดอัตราการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคได้

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดแจ้งหัวข้อและเกณฑ์การประเมินให้กับผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัด (Provincial Tuberculosis Co-ordinator: PTC) และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของพื้นที่เป้าหมาย และกำหนดเวลาประเมิน ดังนี้ พื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน

2. โรงพยาบาลทุกแห่งในอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงและสูงร้อยละ 10 ในอำเภอที่เป็นพื้นที่ปกติ ประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน QTBC3 โดยดำเนินการไตรมาสแรกและส่งผลการประเมินให้ สคร. ภายในวันที่ 1 มกราคม 2557)

3. ดำเนินการตรวจสอบประเมินโรงพยาบาลทุกแห่งในอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง และสูงร้อยละ 10 ในอำเภอที่เป็นพื้นที่ปกติโดยดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2557 โดยประเมินจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคโรงพยาบาล , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) และเก็บรวบรวมข้อมูลจาก

3.1 ทะเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรค (TB 01) ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) ทะเบียนชั้นสูตรวัณโรค (TB 04) เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

3.2 จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละแผนก/กลุ่ม/ฝ่าย

3.3 ลงสำรวจพื้นที่ การปฏิบัติงานจริงของหน่วยบริการแต่ละแห่ง

3.4 สุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อยู่ในทะเบียนขณะทำการประเมิน (Surprise Visit)

3.5 สรุปผลการประเมินให้กับผู้บริหารและทีมผู้ปฏิบัติงานวัณโรคของแต่ละสถานบริการเพื่อแจ้งผลการประเมินและแลกเปลี่ยนข้อคิด ข้อเสนอแนะ การดำเนินงานตามมาตรฐานร่วมกัน

3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ร้อยละและสถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistic)

สูตรการคำนวณ

การหาร้อยละของคลินิกวัณโรคคุณภาพ มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

ร้อยละของคลินิกวัณโรคคุณภาพ = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน (> 90 คะแนน)

จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมิน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การประเมินการดำเนินงานมาตรฐาน “คลินิกเวชโรครคุณภาพ” ของหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ผลการประเมินผลในโรงพยาบาลทุกแห่งในอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง และสู่มร้อยละ 10 ในอำเภอที่เป็น พื้นที่ปกติโดยดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2557 จำนวน 28 โรงพยาบาลใน 7 จังหวัดในเขต 11 พบว่าโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกคุณภาพตามแบบประเมินคลินิกคุณภาพ ได้คะแนนผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป จำนวน 11 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 39.29 โดยโรงพยาบาลที่มีคะแนนประเมินสูงที่สุดเท่ากับ 99 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป จำนวน 17โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60.71 ซึ่งโรงพยาบาลที่มีคะแนนประเมินต่ำสุดเท่ากับ 64 คะแนน รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1 ผลการประเมินคลินิกเวชโรครคุณภาพ

จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ90	จำนวน โรงพยาบาลที่ ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ90
11 (39.29%)	17 (60.71%)

ผลการประเมินเมื่อพิจารณาแยกตามมาตรฐานตัวชี้วัด มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political commitment) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด พบว่า

ตัวชี้วัด ข้อ 1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกเวชโรคร โรงพยาบาลได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 27 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 96.4 มีเพียง 1 โรงพยาบาลเท่านั้นที่มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานที่ผ่านการอบรมเพียง 1 คน

ตัวชี้วัด ข้อ 1.2 มีกิจกรรมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเวชโรครในภาพรวมของโรงพยาบาล ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน คือมีการประชุมและมีรายงานการประชุมครบ 5 ครั้งในปีที่ผ่านมา มีเพียง 16 โรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ได้คะแนน 3 และ 0 คะแนน จำนวน 4 โรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 14.3 เท่ากัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political commitment)

ผลประเมิน	ข้อ 1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิก วันโรค	ข้อ 1.2 มีกิจกรรมรายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงาน วันโรคในภาพรวมของ โรงพยาบาล
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 5 คะแนน ร้อยละ	27 96.4	16 57.1
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 4 คะแนน ร้อยละ	1 3.6	1 3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 3 คะแนน ร้อยละ	0 0.0	4 14.3
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 2 คะแนน ร้อยละ	0 0.0	2 7.1
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 1 คะแนน ร้อยละ	0 0.0	1 3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 0 คะแนน ร้อยละ	0 0.0	4 14.3

ผลการประเมินมาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก (Early TB case detection) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ

ข้อ 2.1 การจัดทำทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรคอย่างครบถ้วน พบว่ามี โรงพยาบาลที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน มีจำนวน 25 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 89.3 รองลงมาคือ 0 คะแนน และ 4 คะแนน จำนวน 2 และ 1 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 7.1 และ 3.6 ตามลำดับ

ข้อ 2.2 การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจเสมหะ 3 ตัวอย่างโดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจเสมหะ 2 ตัวอย่าง พบว่า ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 23 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 82.1 รองลงมา คือ 0 คะแนน จำนวน 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 7.1 และได้คะแนน 4,3 และ 1 คะแนน อย่างละ 1 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 3.6 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 3 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก (Early TB case detection)

ผลประเมิน	ข้อ 2.1 การจัดทำทะเบียน ชั้นสูตรเสมหะวัณโรคอย่าง ครบถ้วน	ข้อ 2.2 การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะ ในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจสอบหะ 3 ตัวอย่าง โดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมิน คุณภาพ (EQA) ให้ตรวจสอบหะ 2 ตัวอย่าง
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 5 คะแนน	25	23
ร้อยละ	89.3	82.1
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 4 คะแนน	1	1
ร้อยละ	3.6	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 3 คะแนน	0	1
ร้อยละ	0.0	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 2 คะแนน	0	0
ร้อยละ	0.0	0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 1 คะแนน	0	1
ร้อยละ	0.0	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 0 คะแนน	2	2
ร้อยละ	7.1	7.1

ผลการประเมินมาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค (TB diagnosis) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ

ข้อ 3.1 การตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการ และเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค พบว่า โรงพยาบาลที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 14 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ 4 คะแนน จำนวน 6 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 21.4 ต่ำที่สุดได้คะแนน 3 จำนวน 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 3.6 และมีจำนวน 2 โรงพยาบาลที่ไม่มีระบบการเก็บสไลด์เพื่อการส่งตรวจ คิดเป็นร้อยละ 7.1

ข้อ 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด พบว่าโรงพยาบาลที่ได้คะแนน 0 คะแนน จำนวน 8 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 28.6 รองลงมา คือ 4 คะแนน และ 2 คะแนน จำนวน 6 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 21.4 ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน เพียง 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 14.3 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินมาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค (TB diagnosis)

ผลประเมิน	ข้อ 3.1 การตรวจชันสูตรเสมหะ ด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการ และเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (EQA/LQAS)	ข้อ 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค ปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็น ผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งหมด
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 5 คะแนน	14	4
ร้อยละ	50.0	14.3
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 4 คะแนน	6	6
ร้อยละ	21.4	21.4
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 3 คะแนน	1	3
ร้อยละ	3.6	10.7
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 2 คะแนน	3	6
ร้อยละ	10.7	21.4
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 1 คะแนน	2	1
ร้อยละ	7.1	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 0 คะแนน	2	8
ร้อยละ	7.1	28.6

ผลการประเมินมาตรฐานที่ 4 การรักษาวัณโรค (TB treatment) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ

ข้อ 4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยสูตรยา 2HRZE/4HR พบว่าทุกโรงพยาบาลได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100

ข้อ 4.2 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมีที่เลี้ยงดูผลการกินยา (DOT) พบว่าโรงพยาบาลที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 20 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 71.4 และมี 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 7.1 ที่ไม่มีที่เลี้ยงกำกับการรับประทานยาต่อหน้า ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินมาตรฐานที่ 4 การรักษาวินโรค (TB treatment)

ผลประเมิน	ข้อ 4.1 ผู้ป่วยวินโรครายใหม่เสมอพบเชื้อทุกราย ได้รับการรักษาด้วยสูตรยา 2HRZE/4HR	ข้อ 4.2 ผู้ป่วยวินโรครายใหม่พบเชื้อ มีพี่เลี้ยงดูแลการกินยา (DOT)
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 5 คะแนน	28	20
ร้อยละ	100.0	71.4
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 4 คะแนน	0	0
ร้อยละ	0.0	0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 3 คะแนน	0	2
ร้อยละ	0.0	7.1
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 2 คะแนน	0	3
ร้อยละ	0.0	10.7
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 1 คะแนน	0	1
ร้อยละ	0.0	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 0 คะแนน	0	2
ร้อยละ	0.0	7.1

ผลการประเมินมาตรฐานที่ 5 บริหารจัดการยาวินโรค (Anti TB drug management) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ

ข้อ 5.1 ยาวินโรคแนวที่หนึ่งมีเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าโรงพยาบาลที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 18 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 64.3 รองลงมาคือ 4 และ 3 คะแนน จำนวน 8 และ 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 28.6 และ 7.1 ตามลำดับ

ข้อ 5.2 ยาวินโรคแนวที่หนึ่งมีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐาน พบว่า โรงพยาบาลที่ได้คะแนน 3 คะแนน คือมีการจัดเก็บยาไม่ได้มาตรฐานบางข้อ มีจำนวนที่มากที่สุด 13 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมา คือโรงพยาบาลที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนนคือมีการจัดเก็บยาตามมาตรฐานทุกข้อและมีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นทุกวัน จำนวน 11 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 39.3 และมี 4 โรงพยาบาล มีการจัดเก็บยาตามมาตรฐานทุกข้อและมีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นไม่ทุกวัน ได้คะแนน 4 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการประเมินมาตรฐานที่ 5 บริหารจัดการยาวัณโรค (Anti TB drug management)

ผลประเมิน	ข้อ 5.1 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่งมีเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม	ข้อ 5.2 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่งมีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐาน
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 5 คะแนน	18	11
ร้อยละ	64.3	39.3
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 4 คะแนน	8	4
ร้อยละ	28.6	14.3
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 3 คะแนน	2	13
ร้อยละ	7.1	46.4
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 2 คะแนน	0	0
ร้อยละ	0.0	0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 1 คะแนน	0	0
ร้อยละ	0.0	0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 0 คะแนน	0	0
ร้อยละ	0.0	0.0

ผลการประเมินมาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB records and reports) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ

ข้อ 6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกราย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 27 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 96.4 มีเพียง 1 โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยไม่ครบ ได้คะแนน 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 3.6

ข้อ 6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 26 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 92.8 มี 1 โรงพยาบาลที่จัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน แต่ส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่ทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort ได้คะแนน 3 คะแนน และอีก 1 โรงพยาบาล ที่จัดทำรายงานรอบ 3 เดือน ไม่ครบถ้วน แต่ส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันเวลาภายใน 14 วัน ได้คะแนน 3 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 3.6 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการประเมินมาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB records and reports)

ผลประเมิน	ข้อ 6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ทุกรายและกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน	ข้อ 6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 5 คะแนน	27	26
ร้อยละ	96.4	92.8
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 4 คะแนน	0	1
ร้อยละ	0.0	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 3 คะแนน	0	1
ร้อยละ	0.0	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 2 คะแนน	0	0
ร้อยละ	0.0	0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 1 คะแนน	0	0
ร้อยละ	0.0	0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 0 คะแนน	1	0
ร้อยละ	3.6	0.0

ผลการประเมินมาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล (TB infection control) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ

ข้อ 7.1 บริการช่องทางด่วนพิเศษ สำหรับการตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตรและแผนกเภสัชกรรม) พบว่าโรงพยาบาล ที่ได้ 5 คะแนนเต็ม ที่มีบริการ ช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับการตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรคครบตามคำอธิบาย 5 ข้อ มีจำนวน 15 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 53.6 รองลงมา คือ โรงพยาบาลที่ได้ 4 คะแนน มีบริการ ช่องทางด่วน /พิเศษ สำหรับการตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ครบตามคำอธิบาย 4 ข้อ จำนวน 12 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 42.9 และได้ 3 คะแนน มีบริการ ช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับการตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรคครบตามคำอธิบาย 3 ข้อ มี 1 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 3.6

ข้อ 7.2 การจัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่จัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความ

เสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 26 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 92.8 โรงพยาบาลที่ได้ 3 คะแนนคือ มีการจัดคลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ (เด็ก เมาหวาน โรคไต โรคเอดส์) แต่คลินิกให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกันโดยคลินิกวัณโรคเปิดให้บริการในช่วงบ่ายมีจำนวน 1 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 3.6 และโรงพยาบาลที่ได้ 1 คะแนนอีก 1 โรงพยาบาลคือ มีการคลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ (เด็ก เมาหวาน โรคไต โรคเอดส์) แต่คลินิกให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกันโดยคลินิกวัณโรคเปิดให้บริการในช่วงเช้าคิดเป็นร้อยละ 3.6 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการประเมิน มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล

(TB infection control)

ผลประเมิน	ข้อ 7.1 บริการช่องทางด่วน /พิเศษ สำหรับการตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการรักษา แบบผู้ป่วยนอก (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตรและแผนกเภสัชกรรม)	ข้อ 7.2 การจัดสถานที่ของคลินิก วัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วย อื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ วัณโรค
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 5 คะแนน	15	26
ร้อยละ	53.6	92.8
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 4 คะแนน	12	0
ร้อยละ	42.9	0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 3 คะแนน	1	1
ร้อยละ	3.6	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 2 คะแนน	0	0
ร้อยละ	0.0	0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 1 คะแนน	0	1
ร้อยละ	0.0	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 0 คะแนน	0	0
ร้อยละ	0.0	0.0

ผลการประเมินมาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ

ข้อ 8.1 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV พบว่าวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV มากกว่าร้อยละ 90 ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 21 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ รองลงมาคือมีผลตรวจ HIV ร้อยละ 86 - 90 ได้ 4 คะแนน และมีผลตรวจ HIV ต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ได้คะแนน 0 คะแนน จำนวนอย่างละ 3 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.1 และมี 1 โรงพยาบาลที่ผลตรวจ HIV ร้อยละ 71 - 75 ได้ 1 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 3.6

ข้อ 8.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรคพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค ตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป ได้คะแนน 5 คะแนนเต็ม จำนวน 21 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือ ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค ต่ำกว่าร้อยละ 50 ได้คะแนน 0 คะแนน จำนวน 3 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.7 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการประเมินมาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV)

ผลประเมิน	ข้อ 8.1 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV	ข้อ 8.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 5 คะแนน	21	21
ร้อยละ	75.0	75.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 4 คะแนน	3	2
ร้อยละ	10.7	7.1
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 3 คะแนน	0	0
ร้อยละ	0.0	0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 2 คะแนน	0	1
ร้อยละ	0.0	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 1 คะแนน	1	1
ร้อยละ	3.6	3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 0 คะแนน	3	3
ร้อยละ	10.7	10.7

ผลการประเมินมาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคคือยา (Programmatic Management of Drug-resistant TB: PMDT) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ

ข้อ 9.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (History of previous treatment) มีผลการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin พบว่าโรงพยาบาล ที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 19 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 67.8 รองลงมา คือ ได้คะแนน 0 คะแนน คือไม่มีการส่งเสมหะเพื่อทดสอบความไวต่อยาวัณโรคในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน จำนวน 8 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 28.6

ข้อ 9.2 ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน (Confirmed MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกรายและได้รับการรักษาถูกต้องทุกรายพบว่า 27 โรงพยาบาล ที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 96.4 ซึ่งโรงพยาบาลที่ประเมินส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน ในรอบที่ประเมิน ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการประเมินมาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคคือยา (Programmatic Management of Drug-resistant TB: PMDT)

ผลประเมิน	ข้อ 9.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (History of previous treatment) มีผลการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin	ข้อ 9.2 ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน(Confirmed MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกรายและได้รับการรักษาถูกต้องทุกราย
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 5 คะแนน ร้อยละ	19 67.8	27 96.4
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 4 คะแนน ร้อยละ	0 0.0	1 3.6
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 3 คะแนน ร้อยละ	1 3.6	0 0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 2 คะแนน ร้อยละ	0 0.0	0 0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 1 คะแนน ร้อยละ	0 0.0	0 0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 0 คะแนน ร้อยละ	8 28.6	0 0.0

ผลการประเมินมาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค (Treatment outcome) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ

ข้อ 10.1 อัตราความสำเร็จการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้พบว่าโรงพยาบาลที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน คือมีอัตราความสำเร็จการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 90 มีจำนวน 10 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 35.7 รองลงมาโรงพยาบาลที่ได้คะแนน 0 คะแนน จำนวน 5 โรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 17.8 และได้คะแนน 4,3,2 คะแนน อย่างละ 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 14.3

ข้อ 10.2 อัตราการขาดการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้พบว่า โรงพยาบาลที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน คืออัตราการขาดการรักษาเท่ากับหรือ น้อยกว่า ร้อยละ 1 มี 23 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 82.1 และ โรงพยาบาลที่ได้คะแนน 0 คะแนน คือมีอัตราการขาดการรักษามากกว่าร้อยละ 5 มี 5 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 17.9 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผลการประเมินมาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค (Treatment outcome)

ผลประเมิน	ข้อ 10.1 อัตราความสำเร็จการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้	ข้อ 10.2 อัตราการขาดการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 5 คะแนน ร้อยละ	10 35.7	23 82.1
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 4 คะแนน ร้อยละ	4 14.3	0 0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 3 คะแนน ร้อยละ	4 14.3	0 0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 2 คะแนน ร้อยละ	4 14.3	0 0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 1 คะแนน ร้อยละ	1 3.6	0 0.0
จำนวนรพ.ที่มีคะแนน 0 คะแนน ร้อยละ	5 17.8	5 17.9

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลได้คะแนนเต็ม 5 คะแนนมากที่สุดคือ ตัวชี้วัด 4.1 คือจำนวน 28 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือตัวชี้วัด 1.1,6.1 และ 9.2 คือจำนวน 27 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 96.4 ตัวชี้วัด 6.2 และ 7.2 จำนวน 26 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 92.9 ต่ำที่สุดคือตัวชี้วัด 3.2 จำนวน 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 14.3

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” ในเขต 11 ปี 2557 เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน มาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ ศึกษาปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกวัณโรคคุณภาพและ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขนำผลที่ได้จากการประเมินไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการดูแลและ รักษาผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนเป็นแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และแก้ไขปัญหาอุปสรรค เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการควบคุมวัณโรคระดับประเทศ และ ระดับสากล และเพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากการจัดบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ซึ่งส่งผลให้ลดอัตราการป่วย อัตราตาย และการแพร่เชื้อของวัณโรคจนกระทั่ง ไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ โดยประเมินในโรงพยาบาลทุกแห่งในอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยง สูงและสู่มรียละ 10 ในอำเภอที่เป็นพื้นที่ปกติใน 7 จังหวัดในเขต 11 ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน- มิถุนายน 2557 จำนวน 28 โรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกคุณภาพตามแบบ ประเมินคลินิกคุณภาพ ได้คะแนนผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ 90 คะแนน ขึ้นไป จำนวน 11 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 39.29 ซึ่งไม่ผ่านเป้าหมายการผ่านเกณฑ์คลินิกวัณโรคคุณภาพในเขต 11 ที่ตั้งเป้าหมายไว้ คือมากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 45 และโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ 90 คะแนน ขึ้นไปจำนวน 17 โรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 60.71 โรงพยาบาลที่มีคะแนนประเมินสูงที่สุดเท่ากับ 99 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 64 คะแนน ถ้า พิจารณาผลคะแนน พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ได้คะแนนตั้งแต่ 80 คะแนน ขึ้นไป ถึงร้อยละ 75 มีเพียง ร้อยละ 25 ที่มีผลคะแนนต่ำกว่า 80 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (รพศ./รพท.)

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลทำได้ดีได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน ตามมาตรฐานคือมากที่สุดคือ ตัวชี้วัดที่ 4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วย สูตรยา 2HRZE/4HR เท่ากับร้อยละ 100 แสดงถึงแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยรายใหม่เสมหะพบเชื้อเป็นไป ตามมาตรฐานการรักษาทุกแห่ง รองลงมา ที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 27 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 96.4 คือ ตัวชี้วัดที่ 1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค ตัวชี้วัดที่ 6.1 การ ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกราย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วนตัวชี้วัดที่ 9.2 ผู้ป่วย วัณโรคคือยาหลายขนาน (Confirmed MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกรายและได้รับการรักษา ถูกต้องทุกราย และรองลงมา ที่ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 26 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 92.9 คือ ตัวชี้วัดที่ 6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort ตัวชี้วัดที่ 7.2 จัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคแยก ห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลทำคะแนนเต็ม 5 คะแนน ได้ค่อนข้างต่ำ คือตัวชี้วัดที่ 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด จำนวน 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 14.3 ตัวชี้วัดที่ 10.1 อัตราความสำเร็จการ

รักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ จำนวน 10 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 35.7 ตัวชี้วัดที่ 3.1 การตรวจชันสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการ และเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค จำนวน 14 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50

ข้อเสนอแนะ

จากผลการประเมินมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” ในพื้นที่เขต 11 พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายของเขต 11 ที่ตั้งเป้าหมายไว้ผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 45 พบว่ามาตรฐานที่โรงพยาบาลผ่านน้อยที่สุดคือมาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค คือ ตัวชี้วัดที่ 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด จำนวน 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 14.3 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าสัดส่วนของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมอพบเชื้อมีสัดส่วนที่สูงแสดงถึงผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคที่ล่าช้า ส่งผลให้มีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ชุมชน และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค สถานบริการควรมีการตรวจสอบระบบการให้บริการตั้งแต่ระบบการคัดกรองที่ครอบคลุมในผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ขั้นตอนการให้การวินิจฉัยที่เป็นไปตามมาตรฐานรวมถึงระบบการให้ความรู้ในชุมชนให้ประชาชนมีความรู้ถึงอาการไอเกิน 2 สัปดาห์มีความสำคัญที่ต้องตระหนักถึงการต้องเข้ารับการตรวจหาวัณโรค และตัวชี้วัดที่ 3.1 การตรวจชันสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการ และเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค จำนวน 14 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 ดังนั้นจึงควรเร่งรัดเรื่องมาตรฐานการวินิจฉัย ให้โรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนซึ่งไม่มีแพทย์เฉพาะทางสามารถและมีความมั่นใจในการวินิจฉัยผู้ป่วยได้ทั้งเสมอพบเชื้อและไม่พบเชื้อได้ โดยสนับสนุนให้มีระบบช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์เฉพาะทางระหว่างโรงพยาบาลระดับศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลชุมชน และมีการเร่งรัดคุณภาพของห้องปฏิบัติการชันสูตรที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานให้มีมาตรฐานที่เชื่อถือได้ โดยเฉพาะห้องปฏิบัติการชันสูตรที่มีการรายงานผลบวกผลลบ หรือผลลบลวง และมาตรฐานที่ 10 ตัวชี้วัดที่ 10.1 อัตราความสำเร็จการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบเชื้อ จำนวน 10 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 35.7 ในส่วนตัวชี้วัดอัตราความสำเร็จของการรักษาที่ไม่ผ่านเกณฑ์นั้น เนื่องจากมีอัตราการตายสูง จึงควรแนะนำให้ผู้รับผิดชอบงานมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายเพื่อนำผลมาวางแผนและเป็นแนวทางในการลดอัตราการตายในพื้นที่ ต่อไป

การประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคไม่ได้เป็นการประเมินผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคเท่านั้นแต่เป็นการประเมินระบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคทั้งระบบ ทั้งนี้การดำเนินงานควบคุมวัณโรคให้ประสบความสำเร็จได้จะต้องประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็งของโรงพยาบาลมีการจัดระบบภายในโรงพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน มีการสื่อสารเชื่อมต่อกันระหว่างสาขาวิชาชีพและเชื่อมประสานสนับสนุนไปถึงเครือข่ายในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและรพ.สต.เพื่อการดูแลการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การค้นหาผู้สัมผัส และการสื่อสารความเสี่ยงยังชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพนำสู่การรักษาที่มีคุณภาพป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนและสถานบริการ ต่อไป

บรรณานุกรม

- กมล ส่วงวัฒนา. (2531). การประเมินโครงการ. ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จำเนียร จวงสกุล. (2531). การประเมินผลการปฏิบัติงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- โจเซฟปุดดี. (2531). หลักการและเทคนิคการประเมินผลงาน. แปลจาก A Manager' Primer on Performance Appraisal. โดยเริงศักดิ์ ปานเจริญ. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีเอ็ด ยูเคชั่น จำกัด (มหาชน).
- ชูศักดิ์ เทียงตรง. (2528). การประเมินผลการปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ ฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชัยนันทน์นันทพันธ์. (2540). “การประเมินผลงานกลไกที่สำคัญสำหรับองค์การยุคใหม่”. ข้าราชการ 3 (พฤษภาคม - มิถุนายน 2540). 48 – 52.
- นิศา ชูโต. (2531). การประเมินโครงการ. กรุงเทพมหานคร: มาสเตอร์เพลส.
- ถวิล สังฆมณีและคณะ. การวิเคราะห์สถานภาพการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อแนวชายแดนไทย พม่า ใน สาธารณสุขที่ 4 ปี 2545. วารสารกรมควบคุมโรค ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มี.ค. 2546
- พรณิทธิพัชร์วราดล . การประเมินผลกระบวนการปฏิบัติงาน โครงการพัฒนารูปแบบจังหวัดเพื่อปฏิบัติการ บริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อปี 2547. วารสารกรมควบคุมโรคปีที่ 33 ฉบับที่ 1ม.ค.– มี.ค. 2550.
- พัชรา ศรีผดุงรงค์ธรรม และคณะ. (2544). สถานภาพและการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรชีสใน จังหวัดแพร่ ปี 2543. รายงานการวิจัยสำนักงานโรคติดต่อเขต 9 พิษณุโลก ปี 2544. พิษณุโลก: โรงพิมพ์มงคลการพิมพ์
- พะยอม วงศ์สารศรี. (2540). การบริหารทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.
- เยาวดี ราชชัยกุล. (2540). การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา เชาว์ปรีชา. (2538). “การศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรใน โรงเรียนมัธยมศึกษา ขนาดใหญ่พิเศษ สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร ”,ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (สำเนา)
- เสนาะ ดิยาวัว. (2534). การบริหารงานบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุธี บุญญะถิติ. (2536). “การประเมินผลการปฏิบัติงานของสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดตามการ รับรู้ของเจ้าหน้าที่บริหารการศึกษาระดับจังหวัดและอำเภอในประเทศไทย” ปริญญาครุศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (สำเนา)
- สุเมธ วงศ์บุญชัยง. (2524). “การประเมินผลการปฏิบัติงานข้าราชการ :ศึกษาเฉพาะกรณีการ

- ประเมินผลการปฏิบัติงานข้าราชการสังกัดกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม ”
- ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครอง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (สำเนา)
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช. (2549). โครงการประเมินผลการดำเนินงาน
โรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ. (เอกสาร โครงการอัดสำเนา)
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช. (2549). เอกสารรายงานผลการดำเนินงาน โรค
ไม่
ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ.
- สำนักวัณโรค. (2551). แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์
การเกษตร
แห่งประเทศไทยจำกัด.
- สำนักวัณโรค. (2553). การประกันคุณภาพการตรวจเสมหะหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์. เอกสารอัด
สำเนา.
- สำนักวัณโรค. (2556). แนวทางการจัดทำทะเบียนและรายงานวัณโรคคือยา(A guide on recording and
reporting of programmatic management of drug-resistant TB:PMDT). เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักวัณโรค. (2557). คู่มือประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ ตามจุดเน้นและกรอบการดำเนินงาน
ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 5 ปี พ.ศ.2557-2561. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี
2549 .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2549). สถิติ
สาธารณสุข พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักวัณโรค. (2557) คู่มือประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ ตามจุดเน้นและกรอบการดำเนินงาน
ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 5 ปี พ.ศ.2557-2561. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2548). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง
โรค
ไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์สวยจำกัด.
- อุทัย หิรัญโต. (2531). หลักการบริหารงานบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- Carrel, Micheal R., Kuzmits, Frank E. and Elbert, Norbert F.(1992). Personal/Human
Resource management. 4thed New York : Mcmillan Publishing Company.
- Heyel. Carl. (1982).The Encyclopedia of Management.3d ed. New York : Van Nostrand

Reinhold Company.

Mundy, Wagne R. and Noe, Robert M. (1990). Human Resource Management. Boston : Allyn and Bacon.

Tyler, R.W., (1950). Basic Principle of Curriculum and Instruction. Chiccago: University of Chicago Press.

Welch Wayne W., (1974). "The process of Evaluation" Journal of Research on Science Teaching 11, 1974 : 175 – 183.

World Health Organization. (2010). The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. ISBN 978 92 4 150034 0.

World Health Organization. (2004). Compendium of indicators for monitoring and evaluation national TB programs. WHO/HTM/TB 2004.344. Geneva, WHO

World Health Organization.(2003). WHO expert committee on specifications for pharmaceutical preparations(Annex 9 Guide to good storage practices for Pharmaceuticals). Available from <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18675en/s18675en.pdf>

Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. (2009). International Standard for Tuberculosis Care(ISTC) , second edition. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, The Hague.

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1

FORM QTBC3

แบบฟอร์มการให้คะแนนผลการประเมินมาตรฐาน "คลินิกวัณโรคคุณภาพ" ปี 2557

ชื่อ รพ..... จังหวัด..... ว/ทป ที่ประเมิน..... จัดผู้ประเมิน.....

มาตรฐาน	รายการ	คะแนน						หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	0	
มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political commitment)								
	1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค							
	1.2 มีกิจกรรมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคในภาพรวมของโรงพยาบาล							
มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก (Early TB Case Detection)								
	2.1 การจัดทำทะเบียนขึ้นสู่วัณโรคครบถ้วน							
	2.2 การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยทุกราย ตรวจเสมหะ 3 ตัวอย่างโดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจเสมหะ 2 ตัวอย่าง							
มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค (TB Diagnosis)								
	3.1 การตรวจชิ้นสุทธาและเพาะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการและเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (EQA/LQAS)							
	3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด							
มาตรฐานที่ 4 การรักษวัณโรค (TB Treatment)								
	4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายได้รับการรักษาด้วยระบบยา 2HRZE/4HR							
	4.2 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่มีที่เลี้ยงดูผลการรักษา (DOT)							
มาตรฐานที่ 5 บริหารจัดการยาวัณโรค (Anti-TB Drug Management)								
	5.1 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First line Drugs) มีเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม							
	5.2 มียาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First Line Drug) มีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐาน							
มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB Records and Reports)								
	6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและพบเชื้อรายใหม่ทุกรายและกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน							
	6.2 การจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจาก รพ. ถึง สสจ. ทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุด Cohort							
มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล (TB Infection Control)								
	7.1 บริการห้องตรวจ/พิเศษ สำหรับตรวจผู้มีอาการของวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคที่มีอาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (แยกผู้ป่วยนอก แยกเภสัชภัณฑ์ แยกชิ้นสุทธา และแยกเภสัชกรรม)							
	7.2 การจัดการพื้นที่ของคลินิกวัณโรคห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค							
มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคติดต่อ (TB/HIV)								
	8.1 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาเฝ้าตรวจ HIV							
	8.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอช ไอ 5 ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค							
มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (Programmatic Management of Drug-resistant TB : PMDT)								
	9.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคก่อน (History of previous treatment) (First-line drug susceptibility testing) มีผลตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง							
	9.2 ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Confirmed MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกรายและได้รับการรักษาถูกต้องทุกราย							
มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค (Treatment Outcome)								
	10.1 อัตราความสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ							
	10.2 อัตราการขาดยา มากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ							
	รวม							
	รวมทั้งพบผล							

หมายเหตุ เกณฑ์การผ่านมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ คือ

ก. ผ่าน หมายถึง มีผลรวมของคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 90 คะแนน ข. ไม่ผ่าน หมายถึง มีผลรวมของคะแนนต่ำกว่า 90 คะแนน

ภาคผนวกที่ 2 มาตรฐานสากลการดูแลรักษาวัณโรค (International Standards for Tuberculosis Care: ISTC)

มาตรฐานการวินิจฉัย มี 6 ข้อดังนี้

มาตรฐานที่ 1

ผู้มีอาการไอมีเสมหะนาน 2 - 3 สัปดาห์หรือนานกว่า ที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้ ควรตรวจหาวัณโรค

มาตรฐานที่ 2

ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคทั้งผู้ใหญ่และเด็กที่สามารถซักประวัติได้ ควรเก็บเสมหะอย่างน้อย 2 ตัวอย่าง ส่งห้องปฏิบัติการที่ได้การรับรองคุณภาพ เพื่อตรวจหาเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยอย่างน้อย 1 ตัวอย่าง เก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า

มาตรฐานที่ 3

ผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคนอกปอดทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ควรส่งชิ้นเนื้อจากอวัยวะที่สงสัยโรค ตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ การเพาะเลี้ยงเชื้อและตรวจทางพยาธิวิทยา

มาตรฐานที่ 4

ผู้ที่ตรวจภาพรังสีทรวงอกพบเงาผิดปกติที่น่าเป็นวัณโรค ควรส่งเสมหะตรวจทางห้องปฏิบัติการ

มาตรฐานที่ 5

การวินิจฉัยวัณโรคปอดที่ผลเสมหะลบหมายถึง ผลเสมหะตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง (อย่างน้อย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า) แล้วผลเป็นลบภาพรังสีทรวงอกพบเงาผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ซึ่งไม่แสดงผลตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ (หมายเหตุ : เนื่องจากยาประเภท fluoroquinolone มีฤทธิ์ต่อเชื้อวัณโรคอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการดีขึ้นชั่วคราว จึงไม่ควรใช้) ในกรณีนี้ควรส่งเสมหะเพาะเลี้ยงเชื้อ ในบุคคลที่ทราบหรือสงสัยการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อพยายามให้ได้ผลการวินิจฉัย และถ้ามีอาการทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค ควรเริ่มรักษาได้เลย

มาตรฐานที่ 6

ผู้ป่วยเด็กที่สงสัยวัณโรคในทรวงอก (เช่น ปอด เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด) ควรตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรค ด้วยการตรวจเสมหะ (โดยเก็บจากการซัก Gastric washing หรือ induced sputum) ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์และเพาะเลี้ยงเชื้อ ถ้าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นลบ การวินิจฉัยโรคจะขึ้นกับ เกาฬิตปคิตที่พบจากภาพรังสีทรวงอก ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ หลักฐานการติดเชื้อวัณโรค (ผลบวกของปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน หรือ interferon-gamma release assay) และอาการทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค ผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคนอกปอดควรส่งชิ้นเนื้อจากอวัยวะที่สงสัยโรค ตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ การเพาะเลี้ยงเชื้อ และตรวจทางพยาธิวิทยา

มาตรฐานการรักษา มี 7 ข้อ

มาตรฐานที่ 7

ผู้ที่ให้การรักษาวัณโรคยอมรับผิชอบในด้านสาธารณสุขอย่างสำคัญด้วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการเกิดเชื้อดื้อยา โดยนอกจากการให้การรักษาด้วยระบบยาที่เหมาะสมแล้วควรจะประสานหน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เมื่อจำเป็นต้องติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด และเมื่อผู้ป่วยขาดยา

มาตรฐานที่ 8

ผู้ป่วยทุกราย (รวมทั้งผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวี) ที่ไม่เคยรักษามาก่อน ควรได้รับการรักษาด้วยระบบยาแนวที่หนึ่งซึ่งเป็นที่ยอมรับตามมาตรฐานสากล ด้วยยา Isoniazid Rifampicin Pyrazenamides และ Ethambutol ระยะต่อเนื่อง ประกอบด้วยยา Isoniazid และ Rifampicin อีก 4 เดือน ขนาดของยาแต่ละขนานควรใช้ตามข้อเสนอนะสากล และแนะนำให้ใช้ยารวมเม็ดหลายขนาน ซึ่งมีทั้งสองขนาน สามขนาน และสี่ขนาน

มาตรฐานที่ 9

ให้ถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและการยอมรับนับถือระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ โดยต้องมีการเกื้อกูลสนับสนุนทุกรูปแบบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยรวมทั้งการสนับสนุนการรักษาด้วยการมีพี่เลี้ยงที่ได้รับการอบรม (ทั้งเรื่องวัณโรคและเรื่องเอชไอวี) และเป็นที่ยอมรับจากผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข ในการช่วยเหลือกำกับกับการกลั่นยาของผู้ป่วย

(Directly Observed Treatment: DOT) การสนับสนุนรางวัล หรือสิ่งตอบแทน เพื่อสร้างเสริมกำลังใจ และการ จัดสรรงบประมาณจะช่วยเพิ่มอัตราการรักษาให้ดีขึ้นได้

มาตรฐานที่ 10

ติดตามและประเมินผลตอบสนองต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการตรวจเสมหะ (2 ตัวอย่าง) เมื่อ สิ้นสุดระยะเข้มข้น (2 เดือน) ถ้าผลเป็นบวกให้ตรวจซ้ำเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ถ้าผลยังเป็นบวกอีก ให้ส่งเสมหะ เพาะเลี้ยงเชื้อ และทดสอบความไวต่อยา ส่วนผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดและเด็ก อาจติดตามประเมินผลตอบสนอง ด้วยอาการทางคลินิก

มาตรฐานที่ 11

การประเมินภาวะดื้อยา ควรพิจารณาจากประวัติการรักษามาก่อน หรือมีประวัติสัมผัสวัณโรคดื้อยา หรือ อยู่ในชุมชนที่มีความชุกของวัณโรคดื้อยา ผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน ควรพิจารณาส่งเสมหะเพื่อตรวจทดสอบความ ไวต่อยาก่อนการเริ่มรักษา ผู้ป่วยที่เริ่มรักษาไปแล้วและมีผลเสมหะเป็นบวกเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ผู้ป่วยที่มี ผลการรักษาล้มเหลว หรือขาดยา หรือรักษาซ้ำ ควรได้รับการประเมินการดื้อยา โดยส่งเสมหะเพาะเชื้อและ ทดสอบความไวต่อยา ทดสอบความไวต่อยา Isoniazid และ Rifampicin เป็นอย่างน้อย การให้ความรู้และ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยรวมทั้งการมีมาตรการควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข จะช่วยสามารถลดการ แพร่กระจายเชื้อได้

มาตรฐานที่ 12

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา หรือมีลักษณะดื้อยา (โดยเฉพาะ MDR/XDR) ควรได้รับการรักษาด้วยระบบยาซึ่ง ประกอบด้วยยาแนวที่สอง อาจเป็นระบบยามาตรฐานหรือระบบยาที่ปรับตามผลการทดสอบความไว โดย ประกอบด้วยยาที่ทราบหรือน่าจะยังได้ผลอยู่อย่างน้อย 4 ชนิด ซึ่งมียานี้รวมอยู่ด้วย รักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 18-24 เดือน หลังจากผลเพาะเชื้อเปลี่ยนเป็นลบ และต้องดูแลกำกับการกินยาอย่างเข้มงวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา ครบถ้วน ถ้ามีปัญหาควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

มาตรฐานที่ 13

บันทึกายที่ง่าย อาการทางคลินิก อาการข้างเคียง และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้งลงในแผ่นประวัติการรักษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือมีโรคอื่นๆร่วมด้วย มี 4 ข้อดังนี้

มาตรฐานที่ 14

ให้การปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวีแก่ผู้ป่วยหรือผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ในพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี สูงควรมีการผสมผสานงานวัณโรคและเอดส์เพื่อป้องกันและรักษาทั้งสองโรค

มาตรฐานที่ 15

ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับการประเมิน และถ้าเข้าเกณฑ์การได้รับยาต้านไวรัสควรจัดการให้เหมาะสม โดยการรักษาวัณโรคนั้นเริ่มไปได้ทันทีเลย และให้ยาต้านไวรัสระหว่างที่ยังรักษาวัณโรคอยู่ และควรให้ยาCo-trimoxazole เพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นด้วย

มาตรฐานที่ 16

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ตรวจแล้วไม่พบการป่วยเป็นวัณโรค ควรได้รับการรักษาการติดเชื้อวัณโรคที่อาจแฝงอยู่ ด้วยยา Isoniazid6-9 เดือน

มาตรฐานที่ 17

ผู้ให้บริการสาธารณสุข ควรประเมินภาวะหรือตรวจวินิจฉัยโรคอื่นๆที่อาจเกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อผลการรักษาวัณโรค วางแผนการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งรวมถึงการส่งต่อไปยังแผนกที่ดูแลเฉพาะ ถ้าผู้ป่วยวัณโรคมีโรคหรือภาวะอื่นๆ เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกรักษาการติดเชื้อเสฟติค แอลกอฮอล์หรือบุหรี และการสนับสนุนทางสังคมจิตวิทยา เป็นต้น

มาตรฐานงานสาธารณสุข มี 4 ข้อดังนี้

มาตรฐานที่ 18

ผู้ให้บริการสาธารณสุขควรให้คำแนะนำและตรวจติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ โดยพิจารณากลุ่มที่สัมผัสโรคดังนี้ 1) ผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย 2) ผู้ที่เสี่ยงจะป่วยเป็นวัณโรคถ้าติดเชื้อ 3) ผู้ที่เสี่ยงจะป่วยรุนแรงถ้าเป็นวัณโรค 4) ผู้ที่เสี่ยงจะติดเชื้อจากผู้ป่วย

กลุ่มผู้สัมผัสที่มีความสำคัญสูงสุดที่ควรตรวจติดตามได้แก่

ก. ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค

ข. เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ค. ผู้สัมผัสที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ง. ผู้สัมผัสวัณโรคดื้อยา (Multi Drug Resistance/Extensively Drug Resistance : M/XDR-TB)

ผู้สัมผัสอื่นๆมีความสำคัญน้อย

มาตรฐานที่ 19

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทุกกลุ่มอายุ ที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ ที่ตรวจไม่พบวัณโรคควรได้รับการรักษาการติดเชื้อวัณโรคที่อาจแฝงอยู่ ด้วยยา Isoniazid

มาตรฐานที่ 20

สถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ควรมีแผนและดำเนินการมาตรการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

มาตรฐานที่ 21

ผู้ให้บริการสาธารณสุข ต้องรายงานผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยใหม่และเก่าที่ตรวจพบและผลการรักษาของผู้ป่วยทุกรายไปยังสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อการวางแผนและกำหนดนโยบายต่อไป

ภาคผนวกที่ 3 หนังสือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ที่ สธ0418.2/315
ลงวันที่ 30 มกราคม 2557

ที่ สธ ๐๔๑๘.๒/ ๓๐๕

กรมควบคุมโรค
รับที่ ๑๐๖๓
วันที่ ๕ ต.พ. ๒๕๕๗
เวลา ๑๕.๓๗

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑
ถนนเทวบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐

๓๐ มกราคม ๒๕๕๗


เรื่อง ลงนามคำสั่ง
เรียน อธิบดีกรมควบคุมโรค
สิ่งที่ส่งมาด้วย คำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษาด้านการประเมินผลโครงการของหน่วยงาน


ตามยุทธศาสตร์ที่ ๕ การติดตามและประเมินผลภาพรวมของการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศตามมาตรฐานสากล กรมควบคุมโรคได้มอบหมายให้หน่วยงานต่างๆในสังกัดร่วมดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ กำหนดให้หน่วยงานในระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ดำเนินการประเมินโครงการจำนวน ๒ เรื่อง นั้น

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานประเมินโครงการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอเสนอชื่อที่ปรึกษาการประเมินโครงการ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ เพื่อให้อธิบดีกรมควบคุมโรคลงนามในคำสั่งต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณา ลงนามในคำสั่งต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ


(นางสาวศิริลักษณ์ ไทยเจริญ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการ รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

ลงนามแล้ว

(นายพนัทร ชื่นกลิ่น)
ทรงอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมควบคุมโรค
๑๐ ก.พ. ๒๕๕๗

กลุ่มแผนงานและประเมินผล
โทร. ๐๗๕-๓๔๑๑๔๗ ต่อ ๑๔
โทรสาร. ๐๗๕-๓๔๒๓๒๘

สาเนาฉบับ

คำสั่งกรมควบคุมโรค
ที่ ๒๑๖/๒๕๕๗

เรื่อง แต่งตั้งที่ปรึกษาด้านการประเมินผลโครงการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑
จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี ๒๕๕๗

ตามยุทธศาสตร์ที่ ๕ การติดตามและประเมินผลภาพรวมของการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและ
ภัยสุขภาพของประเทศตามมาตรฐานสากล กรมควบคุมโรค ได้มอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัดร่วม
ดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยกำหนดให้หน่วยงานในระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ดำเนินการประเมินโครงการที่สำคัญของหน่วยงาน ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑
จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้คัดเลือกโครงการที่จะดำเนินการประเมิน ๓ โครงการ ได้แก่ ๑. การประเมินผลการ
ดำเนินงานตามมาตรฐาน “คลินิกวัยโรคที่มีคุณภาพ” ในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ๒. การประเมินผลการดำเนินงานโรค
ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ STIQUAL Program ในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน และ ๓. โครงการได้มาตรฐานวิชาการ
จึงขอแต่งตั้งที่ปรึกษาการประเมินผลโครงการ ดังนี้

๑. การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐาน “คลินิกวัยโรคที่มีคุณภาพ” ในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน
 - ๑.๑ นางสาวเพชรวรรณ พึ่งรัศมี ตำแหน่งนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ที่ปรึกษา
 ๒. การประเมินผลการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ STIQUAL Program ในพื้นที่

ภาคใต้ตอนบน

- ๒.๑ นางสาวอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย ตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (หัวหน้ากลุ่มบางรัก
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ที่ปรึกษา

๓. การประเมินกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน

- ๓.๑ นายเจษฎา ฉายคุณรัฐ ตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศ เขตบริการสุขภาพที่ ๑๑ กระทรวง -
สาธารณสุข ที่ปรึกษา

บทบาทหน้าที่

๑. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกรอบ แนวคิด และวิธีการดำเนินงานประเมินผล
๒. ให้คำปรึกษาแนะนำด้านอื่น ๆ แก่คณะผู้ประเมิน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๗



(นายพนพร ชื่นกลิ่น)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

.....ร่าง
.....พิมพ์
.....ตรวจ