



ปีที่ 50 ฉบับที่ 11 : 29 มีนาคม 2562

Volume 50 Number 11 : March 29, 2019

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



นิพนธ์ฉบับ

การศึกษาความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลคัดกรองความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง
ด้วยวาจา ใน 4 จังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558

(The completeness and accuracy of verbal-hypertension risk screening report in 4 provinces, Thailand, 2015)

✉ chanko123@gmail.com

กมลนก เทพสิทธิ์¹, ภาณุภูมิ ยศวัฒน์¹, อรรถเกียรติ ภาณุจันพิบูลวงศ์²¹ สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค ² สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**บทคัดย่อ**

บทนำ: ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของโลก รวมทั้งประเทศไทยยังพบแนวโน้มของโรคเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 การดำเนินนโยบายคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงด้วยวาจาทุกปีโดยกระทรวงสาธารณสุข ยังขาดการศึกษาความครบถ้วน และถูกต้องของข้อมูลวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความครอบคลุม ครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลคัดกรองความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงด้วยวาจา ปี พ.ศ. 2558 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่ง

วิธีการศึกษา: คัดเลือกประชากรตัวอย่างโดยวิธี Stratified random sampling จากประชากรเป้าหมายใน 4 จังหวัด จังหวัดละ 288 ราย ประชากรตัวอย่างทั้งหมดรวม 1,152 ราย ศึกษาความครบถ้วน และถูกต้องของข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงด้วยวาจา ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557-31 มีนาคม 2558 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่ง ในจังหวัดเชียงราย อุตรดิตถ์ สุราษฎร์ธานี และศรีสะเกษ เปรียบเทียบข้อมูลจากแบบบันทึกการคัดกรอง

ความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงด้วยวาจา กับข้อมูลจากแฟ้ม PERSON และ NCDScreen

ผลการศึกษา: ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงใน 4 จังหวัด เท่ากับร้อยละ 78.77 โดยจังหวัดอุดรธานีมีความครอบคลุมร้อยละ 88.02 ศรีสะเกษร้อยละ 81.44 สุราษฎร์ธานีร้อยละ 75.77 และ เชียงรายร้อยละ 73.02 ความครบถ้วนของตัวแปร เพศ อายุ และ ตำบล เท่ากับร้อยละ 98.96, 98.78 และ 53.30 ความถูกต้องร้อยละ 99.39, 99.30 และ 99.68 ส่วนความครบถ้วนของตัวแปรความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับร้อยละ 67.45 ความดันซิสโตลิกร้อยละ 67.27 เส้นรอบเอวร้อยละ 63.80 ส่วนสูงร้อยละ 56.25 น้ำหนักร้อยละ 47.48 ประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัวร้อยละ 17.1 ความถูกต้องของตัวแปรความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับร้อยละ 73.03 ความดันซิสโตลิกร้อยละ 71.76 เส้นรอบเอวร้อยละ 73.65 ส่วนสูงร้อยละ 68.72 และ น้ำหนักร้อยละ 78.71

วิจารณ์และสรุปผล: ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงความดันโลหิตสูงใน 4 จังหวัด ต่ำกว่าเกณฑ์ที่นโยบายกำหนด และ 1 ใน 3 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองไม่มีข้อมูลความดันโลหิตซึ่งเป็นข้อมูล



◆ การศึกษาความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลคัดกรองความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงด้วยวาจา ใน 4 จังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558	165
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 11 ระหว่างวันที่ 17-23 มีนาคม 2562	172
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 11 ระหว่างวันที่ 17-23 มีนาคม 2562	175

สำคัญที่สุดในการประเมินความเสี่ยง เพียงร้อยละ 17 ที่ได้รับการคัดกรองประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว นอกจากนั้น กว่าครึ่งไม่มีข้อมูลส่วนสูงและน้ำหนัก ซึ่งเป็นข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประกอบการพิจารณาความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งนี้มีเพียงประมาณร้อยละ 70 ของข้อมูลที่มีอยู่ที่รายงานถูกต้อง ดังนั้นประชากรเป้าหมายที่ควรได้รับการคัดกรองใน 4 จังหวัดมีข้อมูลความดันไดแอสโตลิก ความดันซิสโตลิก เส้นรอบเอว ส่วนสูง และน้ำหนัก ถูกต้องเพียงร้อยละ 38.8, 38.0, 37.0, 30.4, และ 29.4 เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด ดังนั้นเพื่อให้ข้อมูลการเฝ้าระวังสามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางระบาดวิทยาเพื่อการวางแผนควบคุมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง พื้นที่ 4 จังหวัดจำเป็นต้องพัฒนาการรวบรวมข้อมูลที่จะเป็นให้ครบถ้วน รวมถึงการบันทึก และรายงานข้อมูลให้ถูกต้องอีกมาก

คำสำคัญ: การคัดกรอง, ความดันโลหิตสูง, ความครบถ้วน, ความถูกต้อง, 43 แห่ง

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT) เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่สำคัญของโลก กล่าวคือ ทุกปีมีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 9.4 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ประชากรมากกว่า 1 พันล้านคนมีภาวะ HT ในปี พ.ศ. 2551 ความชุกของ HT ในประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป (รวมผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันโลหิต) เท่ากับร้อยละ 40 ทวีปแอฟริกา มีความชุกสูงสุด พบร้อยละ 46 ทวีปอเมริกา ร้อยละ 35 ส่วนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ความชุกในผู้ใหญ่ ร้อยละ 36 เกือบทุกภูมิภาคเพศชายมีความชุกของ HT มากกว่าเพศหญิงยกเว้นอเมริกาและยุโรป ประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและปานกลาง มีความชุกของ HT ร้อยละ 40 ซึ่งปัญหานี้เพิ่มขึ้นตั้งแต่ทศวรรษที่ผ่านมา ส่วนประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี พบร้อยละ 35 ซึ่งบ่งบอกถึงความเข้มแข็งของนโยบายด้านสุขภาพ อาทิ มีการป้องกันควบคุมโรคที่ครอบคลุม และการรักษาโรคที่สามารถลดภาวะ HT ได้ผลดี⁽¹⁾

ในแต่ละปีทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้เสียชีวิตจาก HT 1.5 ล้านคน และพบว่า 1 ใน 3 เป็นผู้ใหญ่ เพศชายมีความชุกของ HT มากกว่าเพศหญิง ประเทศที่ประชากรมี HT เพิ่มขึ้น เช่น อินเดีย อินโดนีเซีย และเมียนมา การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การขยายตัวอย่างรวดเร็วของสังคมเมือง ที่เปลี่ยนจากสังคมการเกษตรไปสู่การใช้ชีวิตทันสมัย ล้วนเป็นสาเหตุใหญ่ที่จะเพิ่มภาวะ HT ของประชากรในเขตเมือง⁽¹⁾ เช่นเดียวกัน ประเทศไทยก็มีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2557 ภาวะ HT และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายสำคัญอันดับ 2 รองจากมะเร็งทุกชนิด โดยสาเหตุการเสียชีวิตจาก HT ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 7,115 ราย คิดเป็นอัตรา 11.0 ต่อประชากรแสนคน สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน อัตราป่วย HT ที่ไม่มีสาเหตุเท่าที่ 1,600.15 และ HT อื่น 21.57 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินนโยบายการคัดกรอง HT สำหรับกลุ่มอายุ 15–59 ปี เป็นการตรวจคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐาน ช่วยให้ประชาชนทราบโอกาสเสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง และเตรียมการป้องกันโรคตั้งแต่เริ่มต้นทุก ๆ ปีมีการดำเนินงานคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ รวมถึงการแนะนำเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งข้อมูลการคัดกรองดังกล่าวจากพื้นที่ต่าง ๆ จะถูกรวบรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ความเสี่ยง และการป่วยจากภาวะ HT โดยนโยบายคาดหวังให้มีความครอบคลุมการคัดกรองมากกว่าร้อยละ 90^(3,4) ทั้งนี้ยังไม่ได้พิจารณาประเด็นความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลด้วยการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความครอบคลุม ความครบถ้วนและถูกต้อง ของการคัดกรองความเสี่ยงภาวะ HT ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นี้ เพื่อให้ทราบคุณลักษณะของข้อมูลจากระบบรายงานการคัดกรองความเสี่ยงภาวะ HT สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการจัดการข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรค ตลอดจนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความครอบคลุม ความครบถ้วน และความถูกต้อง ของการรายงานผลคัดกรองความเสี่ยงด้วยภาวะ HT ของ รพ.สต. 16 แห่งใน 4 จังหวัด ที่ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557–31 มีนาคม 2558

วิธีการศึกษา

ศึกษาด้านความครอบคลุม ความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูล การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะ HT ด้วยภาวะ HT ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557–31 มีนาคม 2558 ของ รพ.สต. โดยเลือกจังหวัด และ รพ.สต. ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก ซึ่ง รพ.สต. ที่ได้รับเลือก อยู่ในจังหวัดเชียงราย อุดรดิตถ์ สุราษฎร์ธานี และศรีสะเกษ จังหวัดละ 4 แห่ง รวมทั้งรวม 16 แห่ง โดยลงพื้นที่เก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน–31 กรกฎาคม 2558

การประเมินความครบถ้วน และความถูกต้อง ของการ
รายงานผลคัดกรองความเสี่ยงภาวะ HT ด้วยวาจา

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแบบคัดกรองความเสี่ยงภาวะ HT ด้วยวาจา กับข้อมูลจากสำนักรายการและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2558 โดยถือว่า ข้อมูลที่ถูกต้องในแบบคัดกรองความเสี่ยงของสถานบริการ เป็น ข้อมูลมาตรฐาน โดยตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ที่อยู่ อายุ น้ำหนัก ความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure: SBP) ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure: DBP) ภาวะไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood glucose จาก capillary vein หรือ central vein) หรือเคยได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน (Diabetes: DM) เส้นรอบเอว ส่วนสูง ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ประวัติมีญาติป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือ HT และประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

การประเมิน ความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา เปรียบเทียบกับแฟ้ม PERSON และ NCDScreen ซึ่งเป็นแฟ้มมาตรฐาน 43 แฟ้ม ตัวแปรที่ใช้ในการประเมินคือ อายุ ณ วันคัดกรองเทียบหน่วยเป็นปี ที่อยู่ระดับตำบล น้ำหนัก SBP DBP เส้นรอบเอว ส่วนสูง และประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือ HT

ขนาดประชากรที่จะศึกษา (N) คำนวณได้จากสูตรคำนวณ

$$N = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

โดยกำหนด

Z คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ กำหนดให้ เท่ากับ 0.05

p คือ โอกาสของการเกิดโรคที่สนใจในประชากร โดยในการศึกษานี้พิจารณาจากสัดส่วนของความชุกของผู้ที่มีภาวะ HT ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยกำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.25 จากข้อมูลความชุกของภาวะ HT ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557⁽⁵⁾

q คือ โอกาสที่จะไม่เกิดโรคที่สนใจในประชากร มีค่าเท่ากับ 1 - q หรือเท่ากับ 0.75

ดังนั้น ขนาดประชากรที่จะศึกษา เท่ากับจังหวัดละ 288 คน สุ่ม 3 คน

การคัดเลือกประชากรศึกษา

คัดเลือกประชากรศึกษาด้วยวิธีสุ่มแบบ stratified random sampling ตามหมู่บ้าน และกลุ่มอายุ โดยแบ่งกลุ่มอายุ เป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ 15-25 ปี, 26-35 ปี, 36-45 ปี, 46-55 ปี, 56-65 ปี และมากกว่า 65 ปี ทั้งนี้สุ่มจากแบบคัดกรองความเสี่ยงภาวะ HT ด้วยวาจาที่ดำเนินการในประชากรในปีงบประมาณ 2558 ที่ยังไม่เคยรับการวินิจฉัยภาวะ HT มาก่อน และมีภูมิลำเนาในพื้นที่บริการของ รพ.สต. ที่ทำการการศึกษา ตำบลละ 72 ตัวอย่าง

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน ค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

ความครอบคลุม

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน รพ.สต. 16 แห่ง พื้นที่ 4 จังหวัด มีจำนวนทั้งสิ้น 39,956 ราย ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง จำนวน 31,481 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.77 จังหวัดอุดรธานี มีการคัดกรองความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 88.02 ศรีสะเกษ ร้อยละ 81.44 สุราษฎร์ธานี ร้อยละ 75.77 และเชียงราย ร้อยละ 73.02

ผู้ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease risk: CVD risk) มีจำนวน 780 ราย โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่มีความดันโลหิตตั้งแต่ 130/85 มิลลิเมตรปรอท หรือเคยได้รับการวินิจฉัยภาวะ HT ร้อยละ 28.33 สูบบุหรี่ร้อยละ 15.90 ระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 100 มก./ดล. หรือเคยได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานร้อยละ 15.64 ไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 2.18 ญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 1.03 และมีผู้เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต 1 ราย ร้อยละ 0.13 (ตารางที่ 1)

ความครบถ้วน และความถูกต้อง

ภาพรวม 4 จังหวัด ความครบถ้วนของตัวแปรเพศ ร้อยละ 98.96 อายุ ร้อยละ 98.78 ตำบล ร้อยละ 53.30 DBP ร้อยละ 67.45 SBP ร้อยละ 67.27 SBP และ DBP ร้อยละ 67.19 เส้นรอบเอวร้อยละ 63.80 ส่วนสูงร้อยละ 56.25 น้ำหนักร้อยละ 47.48 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 47.74 และประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัวร้อยละ 17.1 ความถูกต้องของตัวแปรเพศ ร้อยละ 99.39 อายุ ร้อยละ 99.30 ตำบล ร้อยละ 99.68 DBP ร้อยละ 73.03 SBP ร้อยละ 71.76 SBP และ DBP ร้อยละ 70.62 เส้นรอบเอวร้อยละ 73.65 ส่วนสูงร้อยละ 68.72 น้ำหนักร้อยละ 78.71 (ตารางที่ 2-3)

ตารางที่ 1 ร้อยละของการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ในกลุ่มตัวอย่าง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่งใน 4 จังหวัด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557–31 มีนาคม 2558 (N=780)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
- ความดันโลหิตตั้งแต่ 130/85 มิลลิเมตรปรอทหรือเคยได้รับการวินิจฉัยภาวะ HT	221	28.33
- สูบบุหรี่	124	15.90
- ระดับน้ำตาลในเลือด ตั้งแต่ 100 มก./ดล. หรือเคยได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน	122	15.64
- ไขมันในเลือดผิดปกติ	17	2.18
- ญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	8	1.03
- เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	1	0.13

ตารางที่ 2 ร้อยละความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงภาวะ HT ด้วยวาจา ในกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบกับแฟ้ม PERSON ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557–31 มีนาคม 2558 (N=1,152)

ตัวแปร		ร้อยละ ความ ครบถ้วน	ร้อยละ ความถูกต้อง
เพศ	รวม 4 จังหวัด	98.96	99.39
	เชียงราย	97.57	99.29
	สุราษฎร์ธานี	100.00	100.00
	อุดรดิตถ์	99.65	99.65
	ศรีสะเกษ	98.61	98.61
อายุ	รวม 4 จังหวัด	98.78	99.30
	เชียงราย	97.92	99.30
	สุราษฎร์ธานี	100.00	100.00
	อุดรดิตถ์	98.61	98.95
	ศรีสะเกษ	98.61	98.95
ตำบล	รวม 4 จังหวัด	53.30	99.68
	เชียงราย	65.97	100.00
	สุราษฎร์ธานี	47.22	100.00
	อุดรดิตถ์	47.22	100.00
	ศรีสะเกษ	51.39	98.67
ประวัติญาติ*	รวม 4 จังหวัด	17.10	–
ไขมันในเลือด	รวม 4 จังหวัด	47.74	–

*ประวัติญาติป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าประชาชนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. จำนวน 16 แห่ง ในพื้นที่ 4 จังหวัดที่ศึกษา ได้รับการ

คัดกรอง HT ร้อยละ 78.77 ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงความดันโลหิตสูงใน 4 จังหวัด ต่ำกว่าเกณฑ์ที่นโยบายกำหนด (ร้อยละ 90) ⁽⁴⁾ โดยเกือบทั้งหมด (มากกว่าร้อยละ 98) ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองนั้นมีข้อมูลเพศ และอายุ ที่ครบถ้วน และถูกต้อง ในขณะที่เพียงร้อยละ 50 ที่มีข้อมูลที่อยู่ครบถ้วนถูกต้อง และกว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองไม่มีข้อมูลความดันโลหิตซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่สุดในการประเมินความเสี่ยง นอกจากนั้นกว่าครึ่งไม่มีข้อมูลส่วนสูง และน้ำหนัก ซึ่งเป็นข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประกอบการพิจารณาความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งนี้มีเพียงประมาณร้อยละ 70 ของข้อมูลที่มีอยู่ ที่รายงานถูกต้อง ดังนั้น ประชากรเป้าหมายที่ควรได้รับการคัดกรองใน 4 จังหวัดมีข้อมูลความดันโลหิต ค่าเฉลี่ย 130/85 มิลลิเมตรปรอท เส้นรอบเอว ส่วนสูง และน้ำหนัก ถูกต้องเพียงร้อยละ 38.8, 38.0, 37.0, 30.4 และ 29.4 เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด

จากการสืบค้นฐานข้อมูลสารสนเทศในกระทรวงสาธารณสุข ไม่พบการศึกษาที่เป็นการศึกษาความถูกต้อง และครบถ้วนของรายงานการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะ HT บนฐานข้อมูล 43 แฟ้มมาก่อน และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาความครอบคลุมและความครบถ้วนถูกต้องของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในอดีตในปี พ.ศ. 2556 โดย อมรา ทองหงษ์ และคณะ พบว่าความครอบคลุม และความครบถ้วนถูกต้องของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน บนฐานข้อมูล 21 แฟ้มในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด อ่างทอง มุกดาหาร ลำพูน และตรัง มีค่าสูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้ โดยความครอบคลุมมีค่าเท่ากับร้อยละ 82.86 ความครบถ้วนของตัวแปรเพศ อายุ และที่อยู่ มีค่าระหว่างร้อยละ 92.37–92.40 และมีความถูกต้อง เท่ากับร้อยละ 88.18–99.82 ⁽⁶⁾ รวมถึงผลการศึกษารู้นข้อมูล 43 แฟ้ม ใน รพ.สต. 1 แห่ง จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2560 โดยแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน

แขนงระบาดวิทยา พบว่าความครอบคลุม และความครบถ้วน ถูกต้องของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีค่าสูงเช่นกัน กล่าวคือ ความครอบคลุม ร้อยละ 84 ความครบถ้วนทั้งตัวแปร เพศและอายุ มีค่าร้อยละ 100 และมีความถูกต้อง ร้อยละ 97.7 และ 96.5⁽⁷⁾

จากการศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อคุณภาพการรายงาน ในมิติความครอบคลุม ความครบถ้วนและถูกต้องของการรายงานของ อรรถเกียรติ และคณะ ปี พ.ศ. 2560⁽⁸⁾ พบว่าปัจจัยที่อาจส่งผลต่อ รายงานความครอบคลุมนั้นสามารถเกิดขึ้นได้จากขั้นตอนการ กำหนดนิยามของประชากรเป้าหมายที่จะคัดกรอง และการกำหนด ระยะเวลาของการอาศัยอยู่ในพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลให้ข้อมูลจำนวน ประชากรที่มีอยู่จริงในขณะที่ทำการคัดกรอง และประชากรกลุ่ม-เป้าหมายที่รวบรวม ไม่ตรงกับที่รายงาน โดยส่วนใหญ่พบความ ครอบคลุมการคัดกรองในรายงานจะมีค่าต่ำกว่าที่ดำเนินการจริง นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความครบถ้วนของข้อมูล คือ การให้ความสำคัญต่อการสัมภาษณ์ข้อมูลให้ครบถ้วน⁽⁸⁾ ดังนั้น เพื่อให้ข้อมูลการเฝ้าระวังสามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางระบาดวิทยา เพื่อการวางแผนควบคุมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง พื้นที่ 4 จังหวัดจำเป็นต้องพัฒนาด้านการรวบรวมข้อมูลให้เป็นให้ครบถ้วน รวมถึงการบันทึก และรายงานข้อมูลให้ครบถ้วน และถูกต้อง

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ ใช้ข้อมูลที่ สถานบริการแต่ละแห่งมีอยู่ และกำหนดให้ข้อมูลในแบบคัดกรอง ความเสี่ยงด้วยวาจาเป็นมาตรฐานเพื่อจะตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง ดังนั้น หากสถานบริการมีการบันทึกตัวแปรที่ศึกษา

ในเอกสารอื่น ๆ จะไม่ได้นำมาตรวจสอบร่วมด้วย ทำให้ผลการ ตรวจสอบของสถานบริการนั้นต่ำกว่าความเป็นจริง

2. การศึกษานี้ไม่ได้ทำการศึกษากระบวนการรวบรวม และ คำนวณความครอบคลุมการรายงาน ข้อมูลความครอบคลุมที่ได้ใน การศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิโดยบุคลากรในพื้นที่เอง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาข้อมูลในแฟ้มข้อมูลบริการทางการแพทย์และ สุขภาพในครั้งนี้ ศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลจากแบบคัดกรองความ-เสี่ยงด้วยวาจาจากกับแฟ้มข้อมูลที่ได้รับจากสำนักงานนโยบายและ ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ควรจะ เปรียบเทียบเพิ่มเติม คือ เปรียบเทียบข้อมูลต้นทางที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพเก็บสำรองไว้เปรียบเทียบกับข้อมูลที่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดได้รับ และข้อมูลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กับแฟ้มข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจะได้ทราบว่า ข้อมูลมีการตกหล่น สูญหายที่จุดใดบ้าง จะได้แก้ปัญหาได้ตรงจุดและชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพของ ข้อมูลเป็นระยะ ตั้งแต่การได้มาของข้อมูล การบันทึกข้อมูล ข้อมูล ที่ได้มีความใกล้เคียงความเป็นจริง สามารถนำมาใช้ประโยชน์ใน การติดตามสถานการณ์การเจ็บป่วยของประชาชนได้

3. การศึกษาความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลในแฟ้ม บริการทางการแพทย์และสุขภาพ แฟ้มอื่น ๆ ที่สำคัญด้วย จะเป็น การกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ สูงสุด

ตารางที่ 3 ร้อยละความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจาภาวะ HT เปรียบเทียบกับแฟ้ม NCDScreen ปี พ.ศ. 2558 (N=1,152)

ตัวแปร	สุราษฎร์ธานี		อุดรธานี		เชียงราย		ศรีสะเกษ	
	ร้อยละ ความครบถ้วน	ร้อยละ ความถูกต้อง	ร้อยละ ความครบถ้วน	ร้อยละ ความถูกต้อง	ร้อยละ ความครบถ้วน	ร้อยละ ความถูกต้อง	ร้อยละ ความครบถ้วน	ร้อยละ ความถูกต้อง
DBP	87.15	91.61	75.00	89.63	50.35	54.10	57.29	58.72
SBP	86.11	90.51	75.00	89.63	52.08	55.56	55.90	54.58
SBP และ DBP	84.72	89.05	82.99	87.87	46.88	50.00	54.17	55.71
เส้นรอบเอว	79.51	84.19	71.53	82.40	42.36	60.10	61.81	65.20
ส่วนสูง	51.74	73.76	65.28	70.68	41.67	57.42	66.32	71.80
น้ำหนัก	9.38	47.37	84.38	90.67	45.49	77.06	50.69	73.00
ประวัติญาติ*	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	2.78	57.14	10.42	24.79	8.68	39.68

*ประวัติญาติป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช ตลอดจนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 แห่ง เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. High Blood Pressure Global and Regional Overview: World Health Day 2013. [cited 2019 Sep 7]. Available from: http://www.searo.who.int/entity/world_health_day/leaflet_burden_hbp_whd_2013.pdf
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558. หน้า 79-80.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง) ใน รพ.สต. ปีงบประมาณ 2558. [เข้าถึงวันที่ 7 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge>
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. KPI-TEMPLATE ปี 2558 [เข้าถึงวันที่ 7 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ncd.surinpho.go.th/web4>
5. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์/ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
6. อมรา ทองหงษ์, กมลนภ เทพสิทธิ, ภาณุภูมิ ยศวัฒน์. การศึกษาระบบและความครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ใน 4 จังหวัด พ.ศ. 2556. นำเสนอผลงานวิชาการปากเปล่า งานสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 22 พ.ศ. 2522.
7. แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงระบาดวิทยา รุ่น 38. การศึกษาฐานข้อมูล 43 แห่งในฐานะที่เป็นระบบเฝ้าระวังเบาหวาน เพื่อใช้ในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรคในจังหวัดลำปาง 2560. (รายงานการศึกษา). หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงระบาดวิทยา. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
8. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภัทรธะ แสนไชยสุริยะ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. ระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พ.ศ. 2553-2558. วารสารควบคุมโรค 2560; 43: 220-32.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

กมลนก เทพสิทธิ์, ภาควิทยา ยศวัฒน์, อรรถเกียรติ กาญจนพิบูล
วงศ์. การศึกษาความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลคัดกรอง
ความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงด้วยวาจา ใน 4 จังหวัด
ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาด
วิทยาประจำสัปดาห์ 2562; 50: 165-71.

Suggested Citation for this Article

Tepsittha K, Yotwattana P, Karnjanapiboonwong A.
The completeness and accuracy of verbal-
hypertension risk screening report in 4 provinces,
Thailand, 2015. Weekly Epidemiological Surveillance
Report 2019; 50: 165-71.

The completeness and accuracy of verbal-hypertension risk screening report in 4 provinces, Thailand, 2015

Authors: Kamonchanok Tepsittha¹, Phakphoom Yotwattana², Auttakit Karnjanapiboonwong²

¹ Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

² Bureau of Non-communicable disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

Abstract

Background: Hypertension is one of the major causes of death in the world. Thailand found the increasing trend of hypertension as 2nd leading cause of death. There was ongoing verbal screening every year. The screening coverage of more than 90% was expected. However, it still lacks of the study of completeness and accuracy of information. The objectives were to study data completeness and accuracy of verbal-hypertension risk screening data reporting in 2015 collected from 16 Sub-district health promoting hospitals in 4 provinces.

Methods: Cross-sectional study with stratified random sampling was done among population age over 15 years old who received annual verbal-hypertension risk screening between 1st October 2014 to 31st March 2015. The 1,152 samples were collected from 16 sub-district health promoting hospitals in Chiang-Rai, Uttaradit, Surat-Thani and Si-Sa-Ket. Information in screening records was compared with 2 reports of 43 files including PERSON and NCDSCREEN files.

Results: Overall screening coverage in 4 provinces was 78.77%. Considering that by province, the screening coverage of Uttaradit province 88.02%, Si-Sa-Ket 81.44%, Surat-Thani 75.77%, and Chiang-Rai 73.02%. The overall completeness of variables of gender, age and sub-district was 98.96%, 98.78%, and 53.30%. With those corresponding, the overall accuracy was 99.39%, 99.30% and 99.68%. The completeness of diastolic blood pressure, systolic blood pressure, waist circumference, height, weight, and family history was 67.45%, 67.27%, 63.80%, 56.25%, 47.48%, and 17.1%. The completeness of diastolic blood pressure, systolic blood pressure, waist circumference, height, and weight was 73.03%, 71.76%, 73.65%, 68.72%, and 78.71%. Considering total targeted population, the percentage of data of diastolic blood pressure, systolic blood pressure, waist circumference, height, and weight which is available and accurate was 38.8, 38.0, 37.0, 30.4, and 29.4.

Discussion and Conclusion: The screening coverage in the 4 provinces was lower than central policy's requirement. Almost one-third of record of screened people did not have information of blood pressure which is the crucial information for risk assessment. About half of records did not show information of height and weight which are also essential for risk assessment. Crudely, the percentage of data available and accurate was about 30-40 among total targeted population.

Key words: screening, hypertension, data completeness, data accuracy, 43 file