

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัด 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ประเทศไทย พ.ศ. 2556

Evaluating measles surveillance system, 3 southern border provinces,
Thailand, 2013

นลินี ช่วยดำรงค์ วท.ม.

Nalinee Chuaydamrong M.Sc.

ลัดดาวัลย์ สุขุม สค.ม.

Laddawan Sukhum M.A. (Medical and Health Social Sciences)

ศุภราภรณ์ พันธุ์เถระ สส.ม.

Suparaporn Phuntara M.S.W.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

Office of Diseases Prevention and Control, region 12 Songkhla

บทคัดย่อ

การศึกษาระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะที่สำคัญของระบบเฝ้าระวังโรคหัดในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในโรงพยาบาลของจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส จำนวน 17 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556 ผลการศึกษาพบว่า มีความไวในการรายงาน เพียงร้อยละ 16.4 ค่าพยากรณ์บวกในการรายงาน ร้อยละ 54.0 ข้อมูลที่ศึกษาสามารถเป็นตัวแทนของสถานการณ์ได้ มีความถูกต้องของข้อมูลตัวแปร ตั้งแต่ร้อยละ 47.6 ถึงร้อยละ 100 ความทันเวลา ร้อยละ 93.7 ระบบเป็นที่ยอมรับ มีความยืดหยุ่น มีความง่ายไม่ซับซ้อน รวมทั้งมีความมั่นคงของระบบ มีแนวทางที่ชัดเจนจากส่วนกลาง อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่มักละเลยนิยามโรค แต่รายงานตามแพทย์วินิจฉัย มีการนำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค โดยภาพรวมของระบบเฝ้าระวังโรคหัด 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรพัฒนาและปรับปรุงให้มีความไวเพิ่มขึ้น เพื่อจะได้ตรวจจับการระบาดได้รวดเร็วขึ้น เพื่อสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Abstract

This study aimed to describe the important characteristics of measles surveillance system. It was carried out in 17 hospitals in Pattani, Yala and Narathiwat provinces, southern, Thailand by reviewing reported measles patients from Jan 1 - Dec 31, 2013. The results reveal that the sensitivity of reporting was only 16.4% and predictive value positive (PVP) was 54.0%. The samples could be representative for situation of those in 3 provinces. The data accuracy of variables was varied from 47.6 to 100%. The timeliness of reporting was 93.7%. Qualitative data showed this system had a high acceptability, simplicity and flexibility. In addition, the system was stable. Clear operational suitable was available although officers often report case according to doctor's diagnosis rather than case definition. The data were used for detection outbreak and monitoring interventions for disease prevention and control. For this study, it demonstrated that measles surveillance system in 3 southern border provinces should be strengthened to improve its sensitivity, which would lead to early detection an outbreak and effective disease control.

ประเด็นสำคัญ

การประเมินระบบเฝ้าระวัง, โรคหัด

Key words

evaluating surveillance system, measles

บทนำ

โรคหัดมีอัตราป่วยตายต่ำ ในเขตชุมชน ที่เด็กทั่วไปมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว แต่ยังคงเป็นอันตรายในเด็กทารกและเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะในชุมชนที่ยากจนและอยู่ห่างไกลจากสถานบริการ โรคหัดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม อุจจาระร่วง หากได้รับการรักษาล่าช้าอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ องค์การอนามัยโลกร่วมกับประเทศสมาชิกทั่วโลก จึงได้มีข้อตกลงในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 63 พ.ศ. 2553 ให้ตั้งเป้าหมายในการกำจัดโรคหัดให้สำเร็จใน พ.ศ. 2563⁽¹⁾ การดำเนินงานกำจัดโรคหัด (Measles Elimination Program) จึงเป็นพันธะสัญญาระหว่างประเทศ ที่ทุกประเทศต้องดำเนินการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพื่อกำจัดโรคหัดให้น้อยลงได้มากที่สุด ในทุกภูมิภาคและทั่วโลก

ประเทศไทย ในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก จึงได้เริ่มโครงการกำจัดโรคหัดขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมการดำเนินงานให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอย่างเข้มแข็ง มุ่งสู่เป้าหมายในการกำจัดโรคหัด โดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และกรมการแพทย์ ได้ดำเนินการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2554 โดยมีเป้าหมายให้ได้มีการเฝ้าระวังควบคุมโรค การรักษา และการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ในภาคใต้ตอนล่าง มีรายงานผู้ป่วยโรคหัดสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2555 และลดลงมากในปี พ.ศ. 2556 โดยมีอัตราป่วย 4.4 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่พบผู้ป่วยในจังหวัดชายแดน โดยปี พ.ศ. 2556 จังหวัดนราธิวาส มีอัตราป่วยสูงสุด 7.4 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นจังหวัดปัตตานี มีอัตราป่วย 6.5 ต่อประชากรแสนคน ข้อมูลในระบบรายงาน 506⁽²⁾ ซึ่งเป็นระบบรายงาน เน้นผู้ป่วยสงสัย (suspected case) พบว่า จังหวัดปัตตานีมีการรายงานผู้ป่วยโรคหัด 44 ราย ยะลา 11 ราย และจังหวัดนราธิวาส 57 ราย สำนักงาน

ป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา จึงได้ดำเนินการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดในโรงพยาบาล จำนวน 17 แห่งในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังโรคหัด ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะแก่โรงพยาบาลในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคหัด

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง โดยคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังโรคหัดในเชิงปริมาณ ได้แก่ ความไว ค่าพยากรณ์บวก ความเป็นตัวแทน ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลและความทันเวลา คุณลักษณะเชิงคุณภาพ ได้แก่ การยอมรับ ความยากง่าย ความยืดหยุ่น ความมั่นคง และการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง

พื้นที่ที่ศึกษา เลือกโรงพยาบาลที่ทำการศึกษารูปแบบเจาะจง โดยเลือกโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป รวม 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง รวม 17 แห่งใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลาและนราธิวาส ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการรักษที่โรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556

การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ โดยรวบรวมข้อมูลโรคหัดจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) พ.ศ. 2556 และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามการวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD-10 TM⁽³⁾ จากผู้มารับบริการในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556

การศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ⁽⁴⁾ โดยวิธีสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา แพทย์ เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังโรคหัด ตามแนวทางในแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ⁽⁵⁾ ได้แก่

1. ความไวของการรายงานในระบบเฝ้าระวัง หมายถึง สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยตามนิยามโรคที่ถูกรายงานเข้าระบบรายงาน 506 ต่อจำนวนผู้ป่วยตาม

นิยามโรคทั้งหมดที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน

2. ค่าพยากรณ์บวกของการรายงานในระบบเฝ้าระวัง หมายถึง สัดส่วนของผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่ตรวจสอบแล้วว่าเข้าได้ตามนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคหัด ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคหัดที่ถูกรายงานเข้าระบบรายงาน 506

3. ความเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวัง เปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้ตัวแปร เพศ อายุ และจำนวนผู้ป่วยจำแนกรายเดือน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกรายงานเข้าระบบรายงาน 506 กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคหัดที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน

4. ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง ประเมินโดยเปรียบเทียบข้อมูลตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ วันเริ่มป่วย วันวินิจฉัยโรค ที่บันทึกในรายงาน 506 กับข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย

5. ความทันเวลา ประเมินระยะเวลาตั้งแต่วันที่วินิจฉัยโรค ถึงวันที่รายงานเข้าระบบรายงาน 506

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะเชิงปริมาณ

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยตามรหัส ICD-10 TM ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556 รวม 753 ราย พบผู้ป่วยเข้าตามนิยามโรคหัด จำนวน 207 ราย เป็นผู้ป่วยสงสัย 204 ราย ผู้ป่วยยืนยัน 3 ราย จำแนกตามรหัส ICD-10 TM ได้แก่ B09 (unspecified viral infection characterized by skin and mucous membrane lesions) ร้อยละ 51.2 B05-B05.9 (measles) ร้อยละ 44.0 B08.2 (exanthema subitum) ร้อยละ 3.4 รหัด และ B06.9 (rubella) ร้อยละ 1.4

มีความไวในการรายงานของระบบเฝ้าระวังโรค ร้อยละ 16.4 (34/207) โดยโรงพยาบาลชุมชน มีความไวของการรายงานมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 54.0 (34/63) โดยโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีค่าพยากรณ์มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละความไวและค่าพยากรณ์บวกของการรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคหัด จำแนกประเภทโรงพยาบาล 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2556

จังหวัด	โรงพยาบาล	sensitivity (%)	PVP (%)
ปัตตานี	โรงพยาบาลทั่วไป	12.5	100
	โรงพยาบาลชุมชน	26.2	55.2
	รวม	24.6	56.7
ยะลา	โรงพยาบาลศูนย์	0.0	0.0
	โรงพยาบาลชุมชน	2.5	33.3
	รวม	2.1	25.0
นราธิวาส	โรงพยาบาลทั่วไป	10.7	100
	โรงพยาบาลชุมชน	21.0	50.0
	รวม	17.8	55.2
รวม		16.4	54.0

ด้านความเป็นตัวแทน พบอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงใกล้เคียงกัน ร้อยละผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มอายุใกล้เคียงกัน ส่วนสถานการณ์การเกิดโรคหัด

จากการทบทวนจากเวชระเบียน พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนมีนาคม ซึ่งสอดคล้องกับการรายงาน 506 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทางระบาดวิทยาโรคหัด จากรายงาน 506 เปรียบเทียบกับผู้ป่วยตามนิยามที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2556

ตัวแปร	รายงาน 506	ผู้ป่วยตามนิยามที่ได้จากการทบทวน เวชระเบียน
เพศ (ชาย : หญิง)	1.06 : 1	1.13 : 1
กลุ่มอายุ (ปี)		
< 1	ร้อยละ 30.3	ร้อยละ 38.2
1-4	ร้อยละ 32.6	ร้อยละ 34.3
5-10	ร้อยละ 16.9	ร้อยละ 15.0
11-15	ร้อยละ 7.9	ร้อยละ 4.3
> 15	ร้อยละ 12.4	ร้อยละ 8.2
อายุเฉลี่ย (ปี)	6	5

ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในรายงาน 506 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จำนวน 63 ราย พบว่า ตัวแปรเพศมีความถูกต้องในภาพรวมมากที่สุด ร้อยละ 100 โดยทุกโรงพยาบาลบันทึก

ตัวแปรเพศได้ถูกต้อง ตัวแปรวันเริ่มป่วยมีความถูกต้องในภาพรวมน้อยที่สุด ร้อยละ 47.6 โดยโรงพยาบาลชุมชน บันทึกได้ถูกต้องมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละความถูกต้องของตัวแปรในรายงาน 506 โรคหัด จำแนกประเภทโรงพยาบาล 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2556

จังหวัด	โรงพยาบาล	จำนวนข้อมูล ที่ตรวจสอบ	ร้อยละความถูกต้อง				
			เพศ	อายุ	อาชีพ	วันเริ่มป่วย	วันวินิจฉัย
ปัตตานี	โรงพยาบาลทั่วไป	1	100	100	100	0.0	100
	โรงพยาบาลชุมชน	29	100	100	100	62.1	100
	รวม	30	100	100	100	60.0	100
ยะลา	โรงพยาบาลศูนย์	1	100	100	100	0.0	100
	โรงพยาบาลชุมชน	3	100	100	66.7	100	100
	รวม	4	100	100	75.0	75.0	100
นราธิวาส	โรงพยาบาลทั่วไป	3	100	100	100	0.0	66.7
	โรงพยาบาลชุมชน	26	100	96.2	100	34.6	80.8
	รวม	29	100	96.6	100	31.0	79.3
รวม		63	100	98.4	98.4	47.6	90.5

ความทันเวลาในภาพรวมของการรายงานผู้ป่วย เข้าระบบเฝ้าระวังภายใน 24 ชั่วโมง นับจากวันที่วินิจฉัย โรค ร้อยละ 93.7 โดยทุกโรงพยาบาลมีความทันเวลาของ

การรายงาน ร้อยละ 100 ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนราธิวาส ที่มีความทันเวลาของการรายงาน ร้อยละ 84.6 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละความทันเวลาของการรายงานผู้ป่วยโรคหัด จำแนกรายโรงพยาบาล 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2556

จังหวัด	โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย ในรายงาน 506	จำนวนผู้ป่วย ที่รายงานทันเวลาใน 24 ชั่วโมง	ความทันเวลา (ร้อยละ)
ปัตตานี	โรงพยาบาลทั่วไป	1	1	100
	โรงพยาบาลชุมชน	29	29	100
	รวม	30	30	100
ยะลา	โรงพยาบาลศูนย์	1	1	100
	โรงพยาบาลชุมชน	3	3	100
	รวม	4	4	100
นราธิวาส	โรงพยาบาลทั่วไป	3	3	100
	โรงพยาบาลชุมชน	26	22	84.6
	รวม	29	25	86.2
รวม		63	59	93.7

2. คุณลักษณะเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในโรงพยาบาล 17 คน แพทย์ 5 คน พบว่าผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา มีความเข้าใจในระบบการเฝ้าระวังโรคหัดเป็นอย่างดี และยอมรับประโยชน์ของระบบที่จะทำให้การรับรู้ข้อมูลการระบาดของโรคได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีรายงานและรวดเร็วขึ้น ทำให้การควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดโรคระบาดไปในพื้นที่ใกล้เคียงมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง มีผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในโรงพยาบาล 1-2 คน ขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่ซับซ้อน เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ การแจ้งผู้ป่วยจากจุดบริการทำได้โดยการโทรศัพท์ สามารถรวบรวมจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง และนำเข้าในรายงาน 506 ได้สะดวก โดยไม่ต้องบันทึกข้อมูลใหม่ มีความสะดวก และง่ายในการส่งข้อมูลผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ต การรายงานผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การวินิจฉัยของแพทย์ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่มีการค้นหาผู้ป่วยตามนิยามการเฝ้าระวังโรคเพิ่มเติม

ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง ระบบเฝ้าระวังที่มีอยู่สามารถรองรับการเพิ่มหรือลดโรคที่ต้องรายงานได้ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่บุคลากรมีความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน

หากผู้รับผิดชอบหลักไม่อยู่สามารถมอบหมายให้ เจ้าหน้าที่อื่นดำเนินการแทนกันได้

ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวังอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากมีขั้นตอนที่ไม่ยากนัก สามารถถ่ายทอดวิธีการให้เจ้าหน้าที่อื่นที่ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบหลักได้ รวมถึงมีผู้รับผิดชอบชัดเจนที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล ส่งข้อมูล ติดตามผล วิเคราะห์ในภาพรวมและตรวจจับการระบาดจากระบบเฝ้าระวังโรค

มีการนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมาใช้ประโยชน์ในการสอบสวนและควบคุมโรค สามารถสอบสวนโรคในพื้นที่ เพื่อควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของโรคได้รวดเร็ว

วิจารณ์

ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดในโรงพยาบาลพบผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยาม ได้รับการวินิจฉัยโรค รหัส B05.9 (measles) เพียงร้อยละ 43.5 สาเหตุเกิดจากโรคหัดเป็นโรคที่มีอาการทางคลินิก คล้ายกับโรคอื่น เช่น ไข้ผื่นกุหลาบ คาวาซากิ หัดเยอรมัน แม้ว่าเข้าเกณฑ์ทางคลินิกตามนิยามผู้ป่วยโรคหัด แพทย์อาจไม่วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัด ซึ่งหากมีความครบถ้วนในการรายงานจำนวนผู้ป่วยเข้าสู่ระบบน้อยกว่า

สถานการณ์จริง จะเป็นผลให้ไม่สามารถตรวจจับการระบาดได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมารับการรักษาด้วยอาการของโรคหัด ต่อมามีอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ อุจจาระร่วง แพทย์สรุปการวินิจฉัยเป็นปอดอักเสบ หรืออุจจาระร่วงเพียงอย่างเดียว โรคหัดจึงไม่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506 หรือการไม่ได้ติดตามผู้ป่วยในรายที่แพทย์สรุปการรักษาล่าช้าใกล้เคียงกับการศึกษาของ ณัฐกานต์ อุ่นไพร⁽⁶⁾ ที่พบความไวของระบบเฝ้าระวังโรคหัดเท่ากับร้อยละ 24.8

นอกจากนี้ยังมีกรณีแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยโรคหัด แต่เวชสถิติจะใส่รหัส ICD-10 TM เป็น โรคอื่น เช่น B09 (unspecified viral infection) หรือบางแห่งเจ้าหน้าที่มีการตรวจสอบอาการและอาการแสดง หากไม่เข้าตามนิยามที่กำหนดของระบบเฝ้าระวังโรค แม้ว่าจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัดก็ตาม เจ้าหน้าที่จะไม่รายงานผู้ป่วยหรือแพทย์มีการใช้นิยามในการวินิจฉัยที่ค่อนข้างมีความจำเพาะสูง⁽⁷⁾ การวินิจฉัยของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับนิยามการเฝ้าระวังโรคหัด และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ซึ่งส่วนใหญ่จะรายงาน 506 ตามการวินิจฉัยของแพทย์ ส่งผลให้ความไวของระบบเฝ้าระวังโรคหัด และค่าพยากรณ์บวกในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา วิจิตร⁽⁸⁾ พบว่า ค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังโรคหัด จังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2554 ในภาพรวมเท่ากับร้อยละ 66.7

ความถูกต้องของรายงานตัวแปรวันเริ่มป่วย ในภาพรวมมีเพียงร้อยละ 47.6 โรงพยาบาลชุมชนบันทึกได้ถูกต้องมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องมาจากการดึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลซึ่งไม่มีตัวแปรวันเริ่มป่วยเข้าในระบบรายงาน 506 ประกอบกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบไม่ได้คำนวณวันเริ่มป่วยจากบันทึกประวัติการเจ็บป่วย แต่จะใช้วันรับรักษาในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลแทนวันเริ่มป่วย ตัวแปรวันเริ่มป่วยในระบบรายงาน 506 จึงเป็นวันเดียวกับวันรับรักษาการเน้นให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความสำคัญของวันเริ่มป่วยที่จะทำให้ทราบถึงระยะเวลาแพร่เชื้อของผู้ป่วย หรือโอกาสที่ผู้ป่วยจะแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ ส่งผลทำให้

ไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ แตกต่างจากการศึกษาของ วรณา วิจิตร⁽⁸⁾ ที่พบความถูกต้องของการรายงานวันเริ่มป่วยและวันที่วินิจฉัยเท่ากับร้อยละ 90.0

ข้อมูลที่รายงานจากโรงพยาบาลถึงศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ มีความทันเวลาร้อยละ 93.7 เนื่องจากการรายงานผู้ป่วยโรคหัด ถูกกำหนดให้รายงานทันทีตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย⁽³⁾ เมื่อพบผู้ป่วยทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน จะมีการแจ้งให้ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาทราบ เพื่อสอบสวนโรคและเจาะเลือดส่งตรวจยืนยันตามโครงการกำจัดโรคหัดต่อไป

แม้ว่าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะยอมรับในระบบเฝ้าระวังโรคหัด เนื่องจากเป็นระบบที่คุ้นเคยและดำเนินการมานานในประเทศไทย แต่การรายงานผู้ป่วยในระบบรายงาน 506 ลดลงจากปี พ.ศ. 2555 มาก⁽²⁾ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา มีแพทย์จบใหม่หมุนเวียนทุก 3 เดือน รวมไปถึงความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินงานตามโครงการกำจัดโรคหัด

สรุป

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดในโรงพยาบาล 17 แห่ง ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2556 พบว่า มีความไวของการรายงานอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง ค่าพยากรณ์บวกอยู่ในเกณฑ์ที่พอใช้ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังยังขาดความครบถ้วน จะเป็นผลให้ไม่สามารถตรวจจับการระบาดได้ ความถูกต้องของข้อมูลอยู่ในเกณฑ์ดี มีเพียงข้อมูลวันเริ่มป่วยที่ไม่ถูกต้องควรมีการตรวจสอบก่อนส่งข้อมูลทุกโรงพยาบาล มีความทันเวลาของการรายงานดี

ระบบเฝ้าระวังโรคหัดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญและมีประโยชน์ในการใช้ข้อมูลเพื่อตรวจจับการระบาด การสอบสวนควบคุมและป้องกันโรคเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ง่ายต่อการปฏิบัติ ไม่ซับซ้อน ระบบมีความมั่นคง สามารถพัฒนาและปรับปรุงให้มีความไวเพิ่มขึ้น โดยการติดตาม กระตุ้น และ

เพิ่มศักยภาพผู้รับผิดชอบต่อระบบเฝ้าระวังโรค เพื่อจะได้ตรวจจับการระบาดได้รวดเร็ว สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกัน และควบคุมโรคได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อ แก่แพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อปรับกระบวนการเฝ้าระวังโรคจากระบบ 506 เข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรคตามโครงการกำจัดโรคติดต่อ

2. กรณีผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามโรคติดต่อ แต่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคอื่น ทำให้ไม่สามารถดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ด้วยรหัส B05.9 เข้าระบบรายงาน 506 ได้ ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาสามารถค้นหาผู้ป่วย ด้วยการไต่ถามประวัติโรคอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายกับโรคติดต่อ และบันทึกข้อมูลเข้าระบบรายงาน 506 เพิ่มเติมได้

3. การใช้ระบบฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ควรเพิ่มตัวแปรวันเริ่มป่วย หรือมีการตรวจสอบความถูกต้องของตัวแปรวันเริ่มป่วยก่อนส่งเข้ารายงาน 506 เพื่อนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยาของการเกิดโรคที่แท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลงไปด้วยดี โดยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ คุณอภิรักษ์ เบญจเรชัมิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ แพทย์หญิงดารินทร์ อารีย์โชคชัย สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ที่ให้คำแนะนำในด้านวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ. โครงการกำจัดโรคติดต่อในประเทศไทยตามพันธะสัญญานานาชาติ. ใน: ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ, พรทิพย์ จอมพุก, เลิศฤทธิ์ สีสวรร, บรรณาธิการ. แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรค การตรวจรักษา และส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการกำจัดโรคติดต่อตามโครงการกำจัดโรคติดต่อตามพันธะสัญญานานาชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 1-6.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2556 ภาคใต้ตอนล่าง. สงขลา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
3. ดารินทร์ อารีย์โชคชัย, สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์. แนวทางการเฝ้าระวังสอบสวนทางระบาดวิทยาและการรายงานโรคติดต่อ. ใน: ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ, พรทิพย์ จอมพุก, เลิศฤทธิ์ สีสวรร, บรรณาธิการ. แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรค การตรวจรักษา และส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการกำจัดโรคติดต่อ ตามโครงการกำจัดโรคติดต่อตามพันธะสัญญานานาชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 13-24.
4. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
5. Center of Disease Control (USA). Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001;50: (NO.RR-130).

6. ณัฐกานต์ อุ่นไพร, วรรณ วิจิตร, อัจฉรวรรณ ช่างพินิจ, ภูติศศักดิ์ ท่อศิริโกวัฒณ์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดของโรงพยาบาล 46 แห่งในเครือข่ายบริการที่ 2 ในปี พ.ศ. 2555. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556; 44:593-9.
7. ธนพล หวังธีระประเสริฐ, สุนธธา ศิริ. การประเมินระบบเฝ้าระวังและตัวชี้วัดของโครงการกำจัดโรคหัด จังหวัดสมุทรสาคร. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556; 44:177-82.
8. วรรณ วิจิตร, รักดาว เมธากุลชาติ, สุธาทิพย์ อินทะนันท์, ณัฐกานต์ ฉายศิริ, สมชาย แซ่ท้อ, เรณู มหายศนันท์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัด จังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2554. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2555; 43:529-34.