

วิเคราะห์รายงานการสอบสวนและควบคุมโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2551

เขตตรวจราชการที่ 10 และ 12

Analysis of Investigation of Dengue Hemorrhagic Fever Report in Health Service Network Region 10 and 12

เกษร แถวโนนจิว ปร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)*

ดวงสมร บุณยะปิยะวงศ์ วท.ม.(วิทยาการระบาด)**

สุรักษ์ วิลัยศรีประเสริฐ วท.บ.(สุขศึกษา)***

อุทัย พันธะอนุ วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์)****

เชาวชื่น เชี่ยวการรบ วท.ม.(วิทยาการระบาด)*****

ปานพงษ์ พุทธชา วท.ม.(สุขศาสตร์)*****

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

***สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

****สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

*****สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

*****สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Kesorn Thaewongiew Ph.D. (Public Health)*

Duangsamorn Buranapiyawong M.Sc.(Epidemiology)**

Suruk Wilaisipraserd B.Sc.(Health Education)***

Uthai Punanu B.Sc.(Public Health)****

Chauwachern Chionkanlop M.Sc.(Epidemiology)*****

Panupong Putharugs M.(P.H.M)*****

*Office of Disease Prevention and Control 6, Khon Kaen

**Nong kai Provincial public Health Office

***Loei Provincial public Health Office

****Mahasarakham Provincial public Health Office

*****Nong Bua Lamphu Provincial public Health Office

*****Udon Thani Provincial public Health Office

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์รายงานการสอบสวนโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2551 เป็นการศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษารายงานการสอบสวนและควบคุมโรคไข้เลือดออก และประเมินคุณภาพรายงานการสอบสวนโรค พ.ศ. 2551 ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12 ดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์ รายงานสอบสวนโรค บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi Info สถิติที่ใช้ได้แก่ จำนวน ร้อยละ มัธยฐาน และพิสัย รายงานการสอบสวนโรคปีพ.ศ.2551 ที่ศึกษาวิเคราะห์ทั้งหมด 69 ฉบับ ผู้ป่วย ทั้งหมดมาด้วยอาการไข้ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ตั้งแต่รับไว้รักษาในช่วงสองวันแรกร้อยละ 58.97 และ เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลนาน 3-4 วัน ร้อยละ 57.78 สถานที่เกิดโรคส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ใหม่ที่ไม่เคยเกิดโรค ติดต่อกัน 3 ปีร้อยละ 84.06 และมีการติดเชื้อภายในบริเวณบ้านร้อยละ 76.81 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ออกสอบสวนโรคเนื่องจากเป็นผู้ป่วยรายแรกร้อยละ 82.61 และออกสอบสวนหลังทราบข่าวการเกิดโรคในพื้นที่ ภายใน 24 ชั่วโมงร้อยละ 89.86 และออกควบคุมโรคภายในวันเดียวกัน โดยการให้สุขศึกษา/ประชาสัมพันธ์ การ พ่นหมอกควันและการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์มากกว่าร้อยละ 80 อย่างไรก็ตามทีมฯไม่ได้รับงบประมาณที่พ่นสารเคมี ร้อยละ 91.80 ผู้ที่ดำเนินการพ่นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่ มีร้อยละ 83.6 และมีการดำเนินการเฝ้าระวังโรคหลังดำเนินการและพบว่าผู้ป่วยใหม่เพียงร้อยละ 10 คุณภาพรายงานสอบสวนโรค พบว่า การตั้งชื่อเรื่องได้เหมาะสม ร้อยละ 63.77 มีการกำหนดนิยามในการค้นหา ผู้ป่วยร้อยละ 63.77 และกำหนดนิยามได้ถูกต้องร้อยละ 65.91 การยืนยันการวินิจฉัยโรคใช้ผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการเบื้องต้นร้อยละ 88.41 และสามารถระบุแหล่งโรคได้ร้อยละ 66.67 การควบคุมโรคเบื้องต้นและให้

ข้อเสนอแนะในการควบคุมป้องกันโรคได้เหมาะสมมากกว่าร้อยละ 80 แต่ไม่สามารถระบุชนิดสารเคมี หรือช่วงเวลาที่ใช้พ่นได้ ส่วนการเฝ้าระวังโรคหลังการควบคุมโรคมีเพียงร้อยละ 10.14 รายงานการสอบสวนโรคสะท้อนให้เห็นกระบวนการสอบสวนโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในพื้นที่ ดังนั้นทีมฯควรต้องเน้นการยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นให้มากขึ้น มีการกำหนดนิยามในการค้นหาผู้ป่วยตลอดจนต้องระบุสารเคมีที่ใช้ในการควบคุมโรค มีการเฝ้าระวังการเกิดโรคในพื้นที่ให้มากขึ้น และหาวิธีการเชิญชวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการควบคุมโรคมากขึ้น

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก รายงานสอบสวนโรค

Abstract

Analysis of investigation of dengue hemorrhagic fever report in 2008 was epidemiology descriptive study. The aims of study was to assess investigation of dengue hemorrhagic fever report and to evaluate investigation report quality of surveillance rapid response team in health service network region 10 and 12, 2008. The process of study was recording data into the form and analyzing it by Epi info. The used statistics were amount, percentage, median and range.

There were 69 disease investigation reports in 2008. It was found that the majority symptoms of patients was fever and 58.97% of patients were diagnosed that having this disease into two days, 57.78% were admitted for three to four days, 84.06% were infected from new area, 76.81% were infected from their hometown area. There were 82.61% investigated after finding first case, and 89.86% investigated after notified infection within 24 hours, and 80% investigated together in the same day by providing health education, public relation, fogging and destroying breeding habitats. However, 91.80% did not record fogging time, and 83.61% cooperated fogging with health volunteer in the village and local health personnel, and only 10% started making surveillance system after having new patients.

The investigation of report quality found that 63.77% created appropriate title, 63.77% of reports defined case definition and 65.91% defined correctly, 88.41% confirmed diagnosis from laboratory, and 66.67% were able to identify source of infection, 80% reports offered appropriate suggestions on diseases prevention, but were unable to identify type of chemical substance and time. Almost of who used in fogging was health personnel. In addition, only 10.14% set surveillance system after outbreak.

The investigation of report reflected how to SRRT had worked in local area. The SRRT should increase to confirm diagnosis by laboratory, and to define case definition for case finding. In addition, they should identify type of chemical substances used to control disease. They had to do more local disease surveillance and think of ways to persuade Sub-district Administrative Organizations to participate of prevention and control.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever, Investigation report

ความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่คุกคามต่อสุขภาพของประชาชนที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยติดต่อกันมาเป็นเวลานาน จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคติดต่อทั่วไป ในปี 2541-2551 พบว่ามีการระบาดของโรคกระจายในทุกพื้นที่และพบสูงขึ้นในบางพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ามีอัตราป่วยของโรคสูงสุดในปี 2541 และ 2545 คิดเป็นอัตราป่วย 211.42 และ 224.43 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน⁽¹⁾ สอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่ามีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในปี 2541 และ 2545 เช่นกันโดยมีอัตราป่วย 258.84 และ 166.08 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์และมหาสารคามคิดเป็น 106.13, 58.04 และ 50.57 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ⁽²⁾

การดำเนินงานสอบสวนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ เป็นบทบาทของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในแต่ละระดับ โดยเฉพาะทีมในระดับตำบลควรออกสอบสวนโรคในสองกรณีคือ หนึ่ง เป็นการสอบสวนผู้ป่วยรายแรกของพื้นที่เพื่อหาสาเหตุของการเกิดโรคและกำหนดแนวทางในการป้องกันควบคุมโรค และสองเป็นการสอบสวนผู้ป่วยไข้เลือดออกที่เสียชีวิตเพื่อหาสาเหตุของการเสียชีวิต สำหรับทีมในระดับอำเภอควรออกสอบสวนโรคในกรณีที่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อน เพื่อทราบขนาดของปัญหา และถ้ามีผู้ป่วยเกิดขึ้นในหลายพื้นที่พร้อมกัน ทีมในระดับจังหวัดและเขตควรต้องออกสอบสวนโรคในพื้นที่ร่วมด้วย⁽³⁾

จากการประเมินมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่นในปี 2549-2550 พบว่าทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วควรต้องพัฒนาในหลายด้าน ได้แก่กระบวนการสอบสวนตลอดจนการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่⁽⁴⁾ ตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในการสอบสวนและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือด

ออกในพื้นที่ก็คือรายงานการสอบสวนโรคในพื้นที่ ดังนั้นทีมวิจัยจึงได้จัดทำมีการวิเคราะห์รายงานและสรุปประเด็นสำคัญจากการสอบสวนโรคไข้เลือดออก เพื่อทบทวนกระบวนการสอบสวนและควบคุมโรคตลอดจนการประเมินคุณภาพการสอบสวนโรคไข้เลือดออก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในพื้นที่ในการปรับปรุงและพัฒนาวิธีการดำเนินงานสอบสวนและควบคุมโรคให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบันและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

ขอบเขตการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการสอบสวนโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว มีเกณฑ์การคัดเลือกกรายงานสอบสวนโรคคือ ต้องเป็นรายงานสอบสวนโรคไข้เลือดออกที่เกิดขึ้นในพ.ศ. 2551 ในพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 10 และ 12 และต้องเป็นรายงานฉบับสรุปผลการสอบสวนและรายงานฉบับสมบูรณ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานสอบสวนของผู้ป่วยไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วทุกระดับ ในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12 ที่เกิดเหตุการณ์ใน พ.ศ.2551

2. การสร้างแบบเก็บข้อมูลจากรายงานการสอบสวนโรค โดยกำหนดตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่สถานที่และเวลาที่เกิดโรค ลักษณะทางประชากร การดูแลผู้ป่วย สภาพสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรค การเฝ้าระวังหลังดำเนินการ และการประเมินคุณภาพรายงานการสอบสวนโรค การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สำนักโรคติดต่อ 2 ท่าน) และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกันเพื่อนำมาปรับปรุงใช้ในการศึกษา

3. การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานสอบสวนโรคที่เข้าเกณฑ์ตามเงื่อนไขทุกฉบับ โดยรายงานการสอบสวนโรคที่คัดเลือกถูกนำมาวิเคราะห์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมศึกษาร่วมกันสรุปข้อมูลและประเมินคุณภาพรายงานสอบสวนโรคตามเกณฑ์ประเมิน หากไม่ได้ข้อสรุปที่เป็นเอกฉันท์ได้ปรึกษาและให้ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาพิจารณาและเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในพื้นที่ แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล สถิติที่ใช้ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. การสอบสวนโรค

1.1 ลักษณะอาการและการเข้ารับการรักษาพยาบาล

รายงานการสอบสวนโรคที่วิเคราะห์ทั้งหมด 69 ฉบับ จำแนกเป็นรายงานสรุปผลการสอบสวน จำนวน 65 ฉบับ และฉบับสมบูรณ์จำนวน 4 ฉบับ ผู้ป่วยไข้เลือดออกถูกวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออกที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 75.36 ด้วยอาการไข้ร้อยละ 100 คลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 34.78 ส่วนระยะเวลาตั้งแต่วันรับรักษาถึงวันที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกอยู่ในช่วงวันแรกร้อยละ 58.97 ผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาลนาน 3-4 วัน ร้อยละ 57.78 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะอาการและการเข้ารับการรักษาในสถานบริการ (n=69)

เนื้อหา	จำนวน	ร้อยละ
1. สถานบริการที่วินิจฉัยโรค		
โรงพยาบาลชุมชน	52	75.36
โรงพยาบาลทั่วไป / ศูนย์	14	20.29
โรงพยาบาลเอกชน	3	4.35
2. อาการของผู้ป่วย		
ไข้	69	100.00
คลื่นไส้-อาเจียน	24	34.78
ปวดกล้ามเนื้อ	14	20.29
มีผื่น	12	17.39
ปวดศีรษะ	11	15.94
ปวดท้อง	11	15.94
ซึม	10	14.49
มีเลือดออก	8	11.59
อื่นๆ (ปวดกระดูก/ตับโต/ไอ/ถ่ายเหลว/เจ็บคอ/อ่อนเพลีย)	13	18.84

ตารางที่ 1 ลักษณะอาการและการเข้ารับการรักษาในสถานบริการ (n=69) (ต่อ)

เนื้อหา	จำนวน	ร้อยละ
3. ระยะเวลาตั้งแต่รับรักษาถึงวันที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออก		
0-2 วัน	40	58.97
> 3 วัน	29	42.03
4. จำนวนวันที่รักษาในโรงพยาบาล (OPD case)		
0-2	3	6.67
3-4	26	57.78
> 5	16	35.56

1.2 สถานที่และประวัติการเกิดโรคของชุมชน

สถานที่เกิดโรคส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ใหม่ (ไม่เกิดโรคติดต่อกัน 3 ปี) ร้อยละ 84.06 อยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ 79.81 สถานที่ที่คาดว่าจะมีการติดเชื้อเป็นบริเวณภายในบ้านร้อยละ 76.81 และจะพบในพื้นที่ที่ไม่มีประวัติการเคยมีผู้ป่วยไข้เลือดออกร้อยละ 36.23 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะชุมชนที่เกิดโรค (n=69)

เนื้อหา	จำนวน	ร้อยละ
1. สถานที่เกิดโรค		
พื้นที่เดิม (เกิดโรคซ้ำอีกภายใน 3 ปี)	11	15.94
พื้นที่ใหม่ (ไม่เกิดโรคติดต่อกัน 3 ปี)	58	84.06
2. สถานที่ที่คาดว่าจะมีการติดเชื้อ		
โรงเรียน	8	11.59
บ้าน	53	76.81
อื่นๆ	8	11.59
3. ประวัติการเคยมีผู้ป่วยไข้เลือดออกในชุมชน		
เคยมีในช่วง 1-2 เดือนที่ผ่านมา	10	14.49
เคยมีมากกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	10	14.49
ไม่เคยมี	25	36.23
ไม่ทราบ	24	34.78

1.3 สาเหตุและช่วงเวลาการออกสอบสวนโรคในพื้นที่

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วออกสอบสวนโรคเนื่องจากเป็นผู้ป่วยรายแรกคิดเป็น

ร้อยละ 82.61 และสามารถออกสอบสวนโรคหลังทราบข่าวการเกิดโรคในพื้นที่ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 89.86 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การออกสอบสวนโรคในพื้นที่ (n=69)

เนื้อหา	จำนวน	ร้อยละ
1. สาเหตุที่ต้องสอบสวนโรค		
ผู้ป่วยรายแรก	57	82.61
ผู้ป่วยเสียชีวิต	5	7.25
เกิดการระบาด	7	10.14
2. ระยะเวลาจากวันที่ได้รับแจ้งเหตุถึงวันที่ออกสอบสวน		
0 - 1 วัน	62	89.86
>= 2 วัน	7	10.14

2. การเฝ้าระวัง ป้องกันสาเหตุของการออกสอบสวนโรค

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสามารถออกควบคุมโรคภายในวันเดียวกันที่ได้รับทราบข่าวการเกิดโรค สำหรับกิจกรรมในการควบคุมโรค คือการให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ การพ่นหมอกควัน และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ คิดเป็นร้อยละ 97.10,

88.41 และ 81.16 ตามลำดับ สำหรับการพ่นหมอกควันในการกำจัดตัวแก่ พบว่า ทีมฯไม่ได้ระบุช่วงเวลาพ่นสารเคมี ร้อยละ 91.80 ผู้ดำเนินการพ่นส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ร้อยละ 83.61 ส่วนการเฝ้าระวังโรคหลังดำเนินการและพบว่ามีผู้ป่วยใหม่มีเพียงร้อยละ 10.14 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค	จำนวน	ร้อยละ
1. การป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
มีการให้สุขศึกษา/ประชาสัมพันธ์	67	97.10
การกำจัดตัวแก่โดยการพ่นหมอกควัน	61	88.41
การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ	56	81.16
มาตรการอื่นๆ (การปล่อยปลากินลูกน้ำ / การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชน / การกำหนดมาตรการทางสังคม)	29	42.03
การทำประชาคม	25	36.23
2. กรณีที่ใช้วิธีการพ่นสารเคมี ช่วงเวลาและชนิดสารเคมีที่ใช้พ่น		
เช้า	4	6.56
เที่ยง	1	1.64
ไม่ระบุ	56	91.80
3. หน่วยงานที่ดำเนินการพ่น		
หน่วยงานสาธารณสุข (อสม.)	51	83.61
หน่วยงานองค์กรปกครองท้องถิ่น	5	8.20
ไม่ระบุ	5	8.20
4. การเฝ้าระวังโรคหลังดำเนินการและพบว่ามีผู้ป่วยใหม่		
มี	7	10.14
ไม่มี	28	40.58
ไม่ทราบ	34	49.28

3. คุณภาพรายงานการสอบสวนโรค 63.77 มีการกำหนดนิยามในการค้นหาผู้ป่วยร้อยละ 63.77 และสามารถกำหนดนิยามได้ถูกต้องร้อยละ 65.91 มีการส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นร้อยละ 88.41 โดยการส่งตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) มากที่สุดร้อยละ 72.13 (ตารางที่ 5)

3.1 วิธีการสอบสวน

การสอบสวนโรคใช้เลือดออกส่วน ใหญ่เป็นการสอบสวนเฉพาะรายร้อยละ 82.60 เป็น ผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยเป็นไข้เลือดออกร้อยละ 60.87 รายงานส่วนใหญ่กำหนดชื่อเรื่องได้เหมาะสมร้อยละ

ตารางที่ 5 วิธีการสอบสวนของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

เนื้อหา	จำนวน (เหตุการณ์)	ร้อยละ
1. การแยกประเภทผู้ป่วย		
ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case)	42	60.87
ผู้ป่วยยืนยัน (Confirm case)	17	24.64
ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)	10	14.49
2. การตั้งชื่อรายงานสอบสวนได้เหมาะสม		
ครอบคลุมประเด็น เกิดโรคอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่	44	63.77
ไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ	25	36.23
3. การกำหนดนิยามในการค้นหาผู้ป่วยในรายงาน		
กำหนด	44	63.77
ไม่ได้กำหนด	25	36.23
4. คุณภาพในการกำหนดนิยามในการค้นหาผู้ป่วย		
ถูกต้อง	29	65.91
ไม่ถูกต้อง	15	34.09
5. สาเหตุที่กำหนดนิยามไม่ถูกต้อง		
ไม่ระบุช่วงเวลา บุคคล และสถานที่ที่เกิดเหตุการณ์	13	86.67
เป็นการใช้ทฤษฎีมาอ้างอิงเท่านั้น	2	13.33
6. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
ส่ง	61	88.41
ไม่ส่ง	8	11.59
7. ในกรณีที่ส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ		
การตรวจเบื้องต้น (WBC, Lymphocyte, Platelet, CXR)	44	72.13
การส่งตรวจจำเพาะ (Rapid test, IgM, IgG, PCR)	17	27.87

3.2 ผลการสอบสวนโรค
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสามารถหาสาเหตุของการเกิดโรคได้ร้อยละ 66.67 โดยใช้ความเชื่อมโยงของข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา ร้อยละ 52.17 และสามารถอธิบายขนาดของปัญหา

การเกิดโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่ได้ถูกต้องร้อยละ 72.46 สำหรับการทบทวนเหตุการณ์ระบาดของไข้เลือดออกมี 7 เหตุการณ์ ซึ่งการระบาดในที่นี้หมายถึงการมีผู้ป่วยตั้งแต่ 5 รายขึ้นไปในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ทีมสามารถใช้เส้นโค้งการระบาด (Epidemic curve) เพื่อ

อธิบายลักษณะการกระจายตามเวลาและบอกลักษณะการระบาดได้เหมาะสมจำนวน 3 เหตุการณ์ การป้องกันควบคุมโรคโดยดำเนินการครอบคลุมด้านการกำจัด

แหล่ง การตัดการถ่ายทอดโรค และเพิ่มความต้านทานของประชากรกลุ่มเสี่ยงได้เหมาะสม (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ผลการสอบสวนโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (n=69)

เนื้อหา	จำนวน (เหตุการณ์)	ร้อยละ
1. การหาสาเหตุของการเกิดโรค		
สามารถหาสาเหตุได้	46	66.67
ไม่สามารถหาได้	23	33.33
2. กรณีที่หาสาเหตุได้เนื่องจาก		
ใช้ผลการตรวจเบื้องต้นและมีอาการผู้ป่วยสอดคล้อง	22	47.83
ใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยง บุคคล เวลา สถานที่	24	52.17
3. การอธิบายการกระจายของโรคตามบุคคลสถานที่เวลาถูกต้อง		
ถูกต้อง	50	72.46
ไม่ถูกต้อง	19	27.54
4. การใช้ Epidemic curve ในเหตุการณ์ระบาดได้ถูกต้อง		
ใช้ถูกต้อง	3	42.86
ใช้ไม่ถูกต้อง	4	57.14

สรุปและอภิปรายผล

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อมาโดยยุงลาย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ติดต่อกันมาเป็นเวลานาน มาตรการหนึ่งในการป้องกันและควบคุมคือ การวินิจฉัยที่รวดเร็วและรายงานให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ ถ้าทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในพื้นที่สามารถตรวจจับความผิดปกติได้เร็วก็นำไปสู่การป้องกันควบคุมได้รวดเร็วด้วย สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานของทีมฯ ที่ว่า “รู้เร็ว รายงานเร็ว ควบคุมโรคเร็ว” เป็นหลักการดำเนินงานของทีมฯ ในพื้นที่ จากการทบทวนรายงานการสอบสวนโรค พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกในช่วง 2 วันแรกของการมารับบริการมีร้อยละ 58.00 แสดงให้เห็น

ถึงการรู้เร็ว มีเพียงร้อยละ 50 หากอาการของโรคจะไม่รุนแรงการรักษาจะง่ายและจะทำให้หายเป็นปกติได้⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามการออกไปสอบสวนโรคในผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) มีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่ที่มักจะออกสอบสวนโรคในกรณีที่เข้าข่าย (Probable case) ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าข่ายหมายถึงผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ มีผลการตรวจเลือดทั่วไป และมีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งในความเป็นจริงถ้าทีมสามารถลงดำเนินการสอบสวนโรคได้ตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย ก็น่าจะเป็นผลดีกับทางพื้นที่ในการเข้าไปค้นหาความผิดปกติในพื้นที่ได้เร็วขึ้น และนำไปสู่การควบคุมโรคเร็วขึ้น

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสามารถหาสาเหตุของการเกิดโรคได้ร้อยละ 66.67 อย่างไรก็ตามมีเกือบร้อยละ 33.33 ที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้ เนื่องจากทีมฯไม่สามารถเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้ และการค้นหาผู้ป่วยรายอื่นในชุมชนมีค่อนข้างน้อย ทั้ง ๆ ที่ทีมฯมีการออกสอบสวนโรคภายใน 24 ชั่วโมงมากกว่าร้อยละ 80 ที่เป็นเช่นนั้นอาจเนื่องจากโรคนี้ถูกกำหนดเป็นนโยบายว่าต้องออกสอบสวนโรคให้รวดเร็ว ซึ่งเป็นผลดีต่อการควบคุมโรคเพราะทำให้จนท.สาธารณสุขในพื้นที่ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา แต่อาจต้องเพิ่มความจริงจังของการดำเนินงานร่วมด้วยสำหรับการควบคุมป้องกันโรคสามารถดำเนินการได้ค่อนข้างครอบคลุม แต่มีข้อน่าสังเกตว่า การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเคมีเพื่อกำจัดตัวแก่ในพื้นที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วยังให้ความสำคัญน้อย เพราะขาดการบันทึกชนิดของสารเคมี ชนิดของการพ่น และผู้ดำเนินการพ่น เป็นต้น ทำให้ข้อมูลในเรื่องการใช้สารเคมีในพื้นที่ที่มีความไม่ชัดเจน ซึ่งประเด็นนี้ควรรับดำเนินการแก้ไข จากรายงานการศึกษาเรื่องการสำรวจการใช้สารเคมีกำจัดแมลงพาหะนำโรคใช้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ในพื้นที่⁽⁶⁾ พบว่า สภาพปัจจุบันปัญหาการติดต่อสารเคมีมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการใช้สารเคมีไม่ถูกต้องและการพ่นไม่ถูกวิธี ดังนั้นทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วควรบันทึกข้อมูลในส่วนนี้ให้ชัดเจน นอกจากนี้บทบาทในการควบคุมโรคในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ การเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีค่อนข้างน้อย ทั้ง ๆ ที่มี พ.ร.บ.การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งแต่ พ.ศ.2542 ดังนั้นประเด็นที่จะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกในพื้นที่มากขึ้นทั้งในด้านการป้องกันและควบคุม คงเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป

การเฝ้าระวังการเกิดโรคในพื้นที่หลังการควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว มี

ค่อนข้างน้อย และมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่หลังการควบคุมโรคภายใน 28 วัน ร้อยละ 10.14 แต่ทีมฯไม่ทราบว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้นสูงร้อยละ 49.28 นั้นแสดงว่าทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วให้ความสำคัญในเรื่องการเฝ้าระวังติดตามมาตรการต่าง ๆ ที่ดำเนินการไปแล้วในพื้นที่ ค่อนข้างน้อย ซึ่งประเด็นนี้ควรต้องเพิ่มความใกล้ชิดในการเฝ้าระวังให้มากขึ้น

คุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค ส่วนใหญ่มีความรู้ในการเขียนรายงานสอบสวนโรคเป็นอย่างดีแต่มีบางประเด็นที่เข้าใจไม่ถูกต้องและมักเกิดความผิดพลาดได้บ่อย เช่น การกำหนดชื่อเรื่องไม่ครอบคลุมบุคคล เวลา และสถานที่ เช่น การไม่ระบุสถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ และ ไม่ระบุช่วงเวลาของการระบาด หรือ ช่วงเวลาดำเนินการสอบสวนโรค การกำหนดนิยามผู้ป่วยไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่ระบุช่วงระยะเวลา บุคคลและสถานที่ นอกจากนี้การยืนยันการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ใช้การยืนยันจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่อนข้างน้อย ทั้ง ๆ ที่ในโรงพยาบาลชุมชนโดยส่วนใหญ่มีการดำเนินการในส่วนนี้อยู่แล้ว แต่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วยังใช้ประโยชน์ในส่วนนี้ค่อนข้างน้อย

การวิเคราะห์รายงานการสอบสวนและควบคุมโรคใช้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการสอบสวนโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับอำเภอต้องเน้นในเรื่องการยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นให้มากขึ้น การกำหนดนิยามในการค้นหาผู้ป่วยตลอดจนการควบคุมโรคโดยเฉพาะในเรื่องการใช้สารเคมีให้ดำเนินการให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และการทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีบทบาทในการควบคุมโรคมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.วรรณมา หาญเชาวกุล และ นพ.โรม บัวทอง จากสำนักกระบาดวิทยาที่ให้ความช่วยเหลือ ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะในการเก็บ

รวบรวมข้อมูล และการนำเสนอผลการศึกษา และขอขอบคุณบุคลากรงานระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วทุกระดับในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12 ที่อนุเคราะห์รายงานสอบสวนโรคเพื่อการรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคในข่ายเฝ้าระวังที่ได้รับจากบัตรรายงาน 506 ปี 2551. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 40, 1 (มกราคม 2552) : 17-9.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. สรุปสถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี 2551. (เอกสารอัดสำเนา).
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.), 2548.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. สรุปผลการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในพื้นที่เขตความรับผิดชอบ ของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปี 2549-2550. (เอกสารอัดสำเนา)
5. กรมการแพทย์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548.
6. บุญเทียน อาสารินทร์ ชูติมา วัชรกุล และ ลำอาน เชื้อกุล. การสำรวจการใช้สารเคมีกำจัดแมลงพาหะนำโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปทุมภูมิ (CUP) ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 6 ปี 2547. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2551]. เข้าถึงได้จาก <http://dpc6.ddc.moph.go.th>.