



การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

โรจกร ลีอมงคล พ.บ., ส.ม.*,

สุวัฒนา วงษ์ปฏิมาพร ส.ม.**

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคหัดในโรงพยาบาลคอนสวรรค์ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัดและโรคที่มีอาการใกล้เคียงได้รับการทบทวนในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2559 ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ค่าความไวของการรายงานโรคอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เท่ากับร้อยละ 11.1 แต่ค่าพยากรณ์บวกอยู่ในเกณฑ์ดี เท่ากับ ร้อยละ 100 ค่าความถูกต้องของตัวแปรเพศ อายุ ที่อยู่ อยู่ในเกณฑ์ดี เท่ากับร้อยละ 100 และความทันของการรายงานโรคอยู่ในเกณฑ์ดี เท่ากับร้อยละ 100 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า แนวทางในการดำเนินงานของระบบเฝ้าระวังโรคหัดมีความง่าย ความยืดหยุ่น และความยั่งยืน

ผลของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ระบบเฝ้าระวังโรคหัดของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ยังขาดคุณภาพ ค่าความไวของการรายงานโรคอยู่ในเกณฑ์ต่ำเนื่องจากนิยามในการวินิจฉัยโรคหัดของแพทย์ยังมีความจำเพาะสูง ดังนั้นการชี้แจงเกี่ยวกับนิยามในการวินิจฉัยโรคหัดและแนวทางการเฝ้าระวังโรคแก่แพทย์จึงมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งจะทำให้ค่าความไวของการรายงานโรคเพื่อตรวจจับโรคเพิ่มขึ้นและนำไปสู่การควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรคหัด, ระบบเฝ้าระวัง, โรงพยาบาลคอนสวรรค์

*โรงพยาบาลคอนสวรรค์, **สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์



Evaluation of Measles Surveillance System in Khonsawan Hospital, Chiyaphum Province, Thailand

Rodjakorn Luemongkol M.D., M.P.H.*,
Suwattana Wongpatimaporn M.P.H.**

Abstract

This retrospective study aimed to describe the characteristic of quantitative and qualitative attributes of measles surveillance system in Khonsawan hospital. The medical records were reviewed by inclusion criteria of measles and related diseases which diagnosed during 1 January 2012 to 31 December 2016. The results of quantitative features revealed that sensitivity of reporting was low (11.1%) but predictive value positive was good (100%). Accuracy of reported sex, age and address were good (100%). Timeliness of reporting was also good (100%). The result of qualitative features found that surveillance protocol was simplicity, flexibility and stability.

Based on these findings, the measles surveillance system in Khonsawan Hospital was lack of the quality. Sensitivity reporting rate was low because physicians diagnosed measles with high specificity. Therefore, information about measles case definition and surveillance guideline to physicians was remarkable important in order to increase the sensitivity for detecting case of measles and effective disease control.

Keywords : Measles, Surveillance system, Khonsawan Hospital

*Khonsawan Hospital, **Khonsawan District Public Health Office



บทนำ

โรคหัดเกิดจากเชื้อไวรัส Measles ซึ่งเป็น RNA ไวรัสในตระกูล Paramyxovirus ซึ่งโรคหัดนี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการไข่ออกผื่นที่พบบ่อยในเด็กเล็ก เชื้อไวรัสนี้จะอยู่ในโพรงจมูกและลำคอของผู้ป่วย และจะแพร่กระจายสู่ผู้อื่นได้โดยการพูด ไอ หรือจามในระยะใกล้เคียงกัน ซึ่งเชื้อที่ปนอยู่ในเสมหะ น้ำมูกหรือน้ำลายของผู้ป่วยจะกระจายอยู่ในรูปของละอองเสมหะในอากาศและสามารถเข้าสู่ร่างกายได้โดยการสูดหายใจเอาเชื้อเข้าไป โดยเด็กจะมีโอกาสเป็นหัดได้เมื่อภูมิคุ้มกันที่ผ่านมาจากแม่หมดไปเมื่ออายุประมาณ 6-9 เดือน ซึ่งถ้าไม่ได้รับวัคซีนป้องกันเลย เด็กที่ได้รับเชื้อจะเป็นโรคเกือบทุกราย⁽¹⁾

ทวีปอเมริกาเป็นภูมิภาคแรกของโลกที่ริเริ่มโครงการกำจัดโรคหัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 จนกระทั่งประสบความสำเร็จในปี พ.ศ. 2545 โดยสามารถลดจำนวนผู้ป่วยโรคหัดให้น้อยลงมากกว่าร้อยละ 99.00 คือ จากจำนวนผู้ป่วยทั่วทั้งภูมิภาคในปี พ.ศ. 2533 ประมาณ 250,000 รายต่อปี คงเหลือเพียง 105 รายในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งทั้งหมดเป็นการนำเชื้อเข้ามาจากต่างประเทศทั้งสิ้นและจากความสำเร็จดังกล่าวทำให้ภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลกเห็นความสำคัญในการกำจัดโรคหัดให้หมดไปจากโลก ในปี พ.ศ. 2553 ณ ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 63 ประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกของภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ ได้ลงนามในข้อตกลงที่จะกวาดล้างโรคหัด โดยมีเป้าหมายกำจัดโรคหัดให้หมดไปจากประเทศไทย ดังนั้น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายหรือโครงการกำจัดโรคหัดในประเทศไทยภายใต้พันธสัญญานานาชาติ โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหัดในประเทศไทยให้เหลือเพียงไม่เกิน 1 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งการดำเนินงาน

จะสัมฤทธิ์ผลได้ต้องอาศัยกลไกที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) ความครอบคลุมของวัคซีนที่เพียงพอ และ 2) ระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ และสามารถตรวจจับการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว⁽²⁾

ในส่วนของประเทศไทย โครงการกำจัดโรคหัดภายใต้พันธสัญญานานาชาติต้องดำเนินการควบคู่ไปกับระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์ของการเฝ้าระวังให้มีความถูกต้องมากขึ้น โดยยังคงความครอบคลุมและรวดเร็วนั้นเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งมาตรการหรือการปรับเปลี่ยนที่สำคัญนั้น ได้แก่ การกำหนดให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยสงสัยโรคหัดทุกราย การรายงานผู้ป่วยในระบบรายงาน 506 ควบคู่ไปกับการรายงานโรคในฐานข้อมูลโครงการกำจัดโรคหัด การสอบสวนโรคเฉพาะรายในผู้ป่วยทุกคน และการสอบสวนการระบาดเมื่อมีเหตุการณ์การระบาดของโรค เป็นต้น และเพื่อให้แน่ใจว่ามาตรการต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นสามารถทำได้จริงตรงตามเป้าหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคหัดไว้ดังนี้ คือ 1) มีรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัดไม่น้อยกว่า 2 รายต่อประชากรแสนคนต่อปีในระดับประเทศ และมีรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัดไม่น้อยกว่า 1 รายต่อประชากรแสนคนต่อปี จากทุกอำเภอในประเทศ 2) มีการเก็บตัวอย่างซีรัมเพื่อส่งตรวจ Measles IgM ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80.00 ของผู้ป่วยที่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง (ไม่นับรวมผู้ป่วยสงสัยในการสอบสวนเหตุการณ์การระบาดของโรค) 3) มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจเพื่อวิเคราะห์หาสายพันธุ์ของไวรัสโรคหัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.00 ของเหตุการณ์การระบาด 4) มีการสอบสวนโรคเฉพาะรายในผู้ป่วยสงสัยว่าเป็นโรคหัดภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากพบผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80.00 ของผู้ป่วย⁽²⁾

จากข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของคุณย ระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ พบว่า สถานการณ์ของโรคหัดในจังหวัดชัยภูมิ มีผู้ป่วยโรคหัดที่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506 ในระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 จำนวนเท่ากับ 9, 7, 1, 5 และ 10 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.79, 0.61, 0.08, 0.44 และ 0.88 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเฉพาะข้อมูลของ อำเภอคอนสวรรค์พบว่า อำเภอคอนสวรรค์มีผู้ป่วยโรคหัดที่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 จำนวน 0, 0, 0, 0 และ 1 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0, 0, 0, 0 และ 1.83 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การรายงานโรคหัดในระบบรายงาน 506 ของอำเภอคอนสวรรค์ โดยภาพรวมแล้วยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เนื่องจากตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดของการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคหัดคือ ในระดับอำเภอ ต้องมีรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัดไม่น้อยกว่า 1 รายต่อประชากรแสนคน ดังนั้น รพ.คอนสวรรค์ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์ จึงมีความสนใจที่จะทำการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดใน รพ.คอนสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพของระบบเฝ้าระวัง เช่น ความไวของระบบเฝ้าระวัง ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง ความเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวัง ความทันเวลาของการรายงานในระบบเฝ้าระวัง และคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวัง เป็นต้น และเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคหัดของโรงพยาบาลคอนสวรรค์
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคหัด ได้แก่ ความไวของระบบเฝ้าระวัง ค่าพยากรณ์บวก ความทันเวลา ความเป็นตัวแทน และความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล
3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคหัด ได้แก่ การยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง ความยากง่าย ความยืดหยุ่น ความมั่นคงของระบบ และการนำไปใช้ประโยชน์
4. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคหัดของโรงพยาบาลคอนสวรรค์

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative study) และเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

1. การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2559 ที่มีการวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD10-TM ได้แก่ B050-B059 Measles, B060-B069 Rubella, B09 Unspecified viral infection characterized by skin and mucous membrane lesions, B083 Erythema infectiosum (fifth disease), B082 Exanthema subitum (sixth disease) roseolainfantum, M303 Mucocutaneous lymph node syndrome (Kawasaki)

1.1 ประชากรที่ศึกษา

ประชากร ได้แก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ รพ.คอนสวรรค์ ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 โดยกำหนดนิยามผู้ป่วยโรคหัด ตามนิยามในการเฝ้าระวังโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ > 38 องศาเซลเซียส และมีผื่นนูนแดงขึ้นขณะที่ยังมีไข้ พร้อมทั้งมีอาการไอ ร่วมกับอาการอื่น ๆ อีกอย่างน้อยหนึ่งอาการ ดังต่อไปนี้ คือ

- ตรวจพบ Koplik s spot 1-2 วันก่อนและหลังผื่นขึ้น
- มีน้ำมูก (Coryza)
- เยื่อตาแดงอักเสบ (Conjunctivitis)

ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยโรคหัดที่มีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยันโรคหัด

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยโรคหัดที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งข้อดังต่อไปนี้ คือ Measles IgM ให้ผลบวก หรือ พบเชื้อจากการเพาะเชื้อไวรัสโรคหัด (Viral isolation) จากสารคัดหลั่งทางเดินหายใจ

1.2 ตัวแปรที่ต้องการศึกษาตามคุณลักษณะเชิงปริมาณ

1) ความครบถ้วนหรือความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) คำนวณได้จาก จำนวนรายงานผู้ป่วยโรคหัดในระบบรายงาน 506 ที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยโรคหัด $\times 100$ / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยโรคหัด ที่มารับรักษาที่ รพ. ในระยะเวลาที่ทำการศึกษา

2) ค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวัง (Predictive Value Positive) คำนวณได้จาก จำนวนรายงานผู้ป่วยโรคหัดในระบบรายงาน 506 ที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยโรคหัด $\times 100$ / จำนวนรายงานผู้ป่วยโรคหัดในระบบรายงาน 506 ทั้งหมด ที่มารับรักษาที่ รพ. ในระยะเวลาที่ทำการศึกษา

3) ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลของระบบเฝ้าระวัง (Accuracy) คำนวณได้จากการเปรียบเทียบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย และวันที่ได้รับการวินิจฉัย โดยเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัดที่อยู่ในระบบรายงาน 506 กับข้อมูลของผู้ป่วยที่อยู่ในเวชระเบียนทำการวัดค่าสัดส่วนของจำนวนรายงานที่มีการบันทึกข้อมูลถูกต้องตรงตาม ตัวแปรต่าง ๆ เปรียบเทียบกับจำนวนรายงานทั้งหมด

4) ความทันเวลาของระบบเฝ้าระวัง (Timeliness) ความทันเวลาของการรายงานในระบบรายงาน 506 คำนวณได้จากระยะเวลาตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัดจนถึงวันที่ผู้ป่วยถูกรายงานเข้าสู่ระบบรายงาน 506 ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง

ความทันเวลาของการรายงานในฐานข้อมูลโครงการกำจัดโรคหัด คำนวณได้จากระยะเวลาตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัดจนถึงวันที่ผู้ป่วยถูกรายงานเข้าสู่ฐานข้อมูลโครงการกำจัดโรค ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง

ความทันเวลาของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติ คำนวณได้จากระยะเวลาตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยถูกรายงานเข้าสู่ระบบรายงาน 506 จนถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง

ความทันเวลาของการสอบสวนโรคเฉพาะราย คำนวณได้จาก ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยถูกรายงานเข้าสู่ระบบรายงาน 506 จนถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับการสอบสวนโรคเฉพาะราย ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังของตัวแปร ความไวของระบบเฝ้าระวัง ค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวัง ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลของระบบเฝ้าระวัง และ ความทันเวลาของระบบเฝ้าระวัง ผู้ประเมินจะใช้เกณฑ์ในการประเมินดังนี้

ผลการประเมินระดับ

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	ดี
ระหว่างร้อยละ 60-79	ปานกลาง
น้อยกว่าร้อยละ 60	ต่ำ

5) ความเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวัง (Representativeness) คำนวณได้จากการเปรียบเทียบข้อมูลทางระบาดวิทยาของตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ โดยเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัดที่อยู่ในระบบรายงาน 506 กับข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยโรคหัดที่อยู่ในเวชระเบียน

2. การศึกษาคูณลักษณะเชิงคุณภาพ

สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคหัด ประกอบด้วยผู้บริหาร รพ.คอนสวรรค์ และกลุ่มผู้ปฏิบัติ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ซึ่งรับผิดชอบระบบเฝ้าระวังซึ่งตัวแปรที่ศึกษาตามคุณลักษณะเชิงคุณภาพ ได้แก่ การยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง (Acceptability) ความง่าย (Simplicity) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ความมั่นคงของระบบ (Stability) และการนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness)

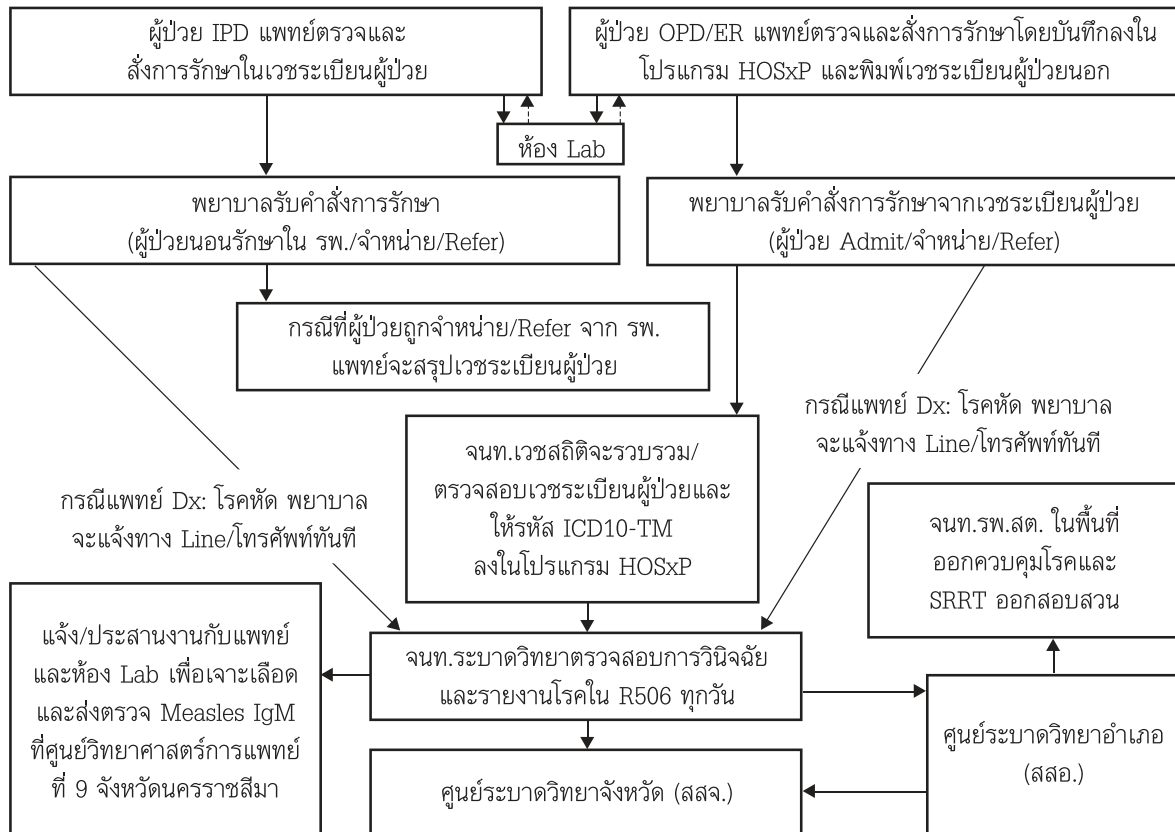
จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพัฒนาวิชาการของ รพ.คอนสวรรค์ โดยการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเด็นการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ขั้นตอนการรายงานโรคหัด

กรณีผู้ป่วยนอก/ห้องฉุกเฉิน เมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเสร็จ แพทย์จะส่งการรักษาและให้รหัสโรค ICD10-TM ลงในโปรแกรม HOSxP จากนั้นแพทย์จะพิมพ์เวชระเบียนผู้ป่วยออกจากคอมพิวเตอร์ และส่งให้กับพยาบาลหน้าห้องตรวจ/ห้องฉุกเฉินซึ่งถ้าผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัด พยาบาล จะแจ้งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาของ รพ. ทันทีผ่าน Line จากนั้นเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งหมดที่มาตรวจรักษาในวันนั้น จะถูกรวบรวมและส่งต่อให้ห้องบัตร ซึ่งมีเจ้าหน้าที่เวชสถิติของ รพ. จะตรวจสอบ และแก้ไขเพื่อให้การลงข้อมูลรหัสโรค ICD10-TM ในโปรแกรม HOSxP มีความสมบูรณ์ ซึ่งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาของ รพ. สามารถเรียกดูข้อมูลผู้ป่วยจากโปรแกรม HOSxP เพื่อตรวจสอบ และดึงข้อมูลที่ต้องการเข้าไปโปรแกรม R506 แล้วส่งรายงานให้กับศูนย์ระบาดวิทยาในรูปแบบของไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ทุกวัน จากนั้นศูนย์ระบาดวิทยาประจำอำเภอจะแจ้งต่อไปยัง รพ.สต. ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย เพื่อทำการควบคุมและสอบสวนโรคตามแนวทางการดำเนินงานของระบบเฝ้าระวังกรณีผู้ป่วยใน เมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเสร็จ แพทย์จะส่งการรักษาลงในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซึ่งในกรณีที่แพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัย หรือเพิ่มการวินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยเป็นโรคหัด พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จะแจ้งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาทันที โดยผ่าน Line แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โครงสร้างระบบเฝ้าระวังโรคหัดของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

2. คุณลักษณะเชิงปริมาณ

จากการทบทวนเวชระเบียนพบผู้ป่วยมารับบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2559 และมีรหัส ICD10-TM ที่กำหนดจำนวน 103 ราย โดยมีผู้ป่วยที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคหัดจำนวน 9 ราย และไม่เข้าตามนิยามจำนวน 94 ราย มีผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506 จำนวน 1 ราย และมีผู้ป่วยที่ไม่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506 จำนวน 102 ราย แสดงในตารางที่ 1

1) ความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity)

พบผู้ป่วยที่อยู่ในระบบรายงาน 506 ที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยโรคหัดจำนวน 1 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคหัดจำนวน 9 ราย คิดเป็นค่าความไวเท่ากับร้อยละ 11.11 แสดงในตารางที่ 2

2) ค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวัง

(Predictive Value Positive) พบผู้ป่วยโรคหัดในระบบรายงาน 506 ที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคหัดจำนวน 1 ราย จากรายงานผู้ป่วยโรคหัดในระบบรายงาน 506 ทั้งหมดจำนวน 1 ราย คิดเป็นค่าพยากรณ์บวกเท่ากับร้อยละ 100.00 แสดงในตารางที่ 2

3) ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลของระบบเฝ้าระวัง (Accuracy) เมื่อเปรียบเทียบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย และวันที่ได้รับการวินิจฉัย ระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัดที่อยู่ในระบบรายงาน 506 กับข้อมูลของผู้ป่วยที่อยู่ในเวชระเบียน พบว่าข้อมูลของตัวแปรเพศ อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน (ระดับตำบล) วันเริ่มป่วย และวันที่ได้รับการวินิจฉัย มีความถูกต้องของข้อมูลเท่ากับร้อยละ 100.00 ทุกตัวแปร

4) ความทันเวลาของระบบเฝ้าระวัง (Timeliness) ผู้ป่วยโรคหัดในระบบรายงาน 506 ทั้งหมดจำนวน 1 ราย ซึ่งสามารถส่งรายงานไปยังศูนย์ระบาดวิทยาได้ทันเวลาภายใน 48 ชั่วโมง คิดเป็นความทันเวลาของการรายงานในระบบรายงาน 506 เท่ากับร้อยละ 100.00 แต่เมื่อพิจารณาความทันเวลาของการรายงาน ในฐานะข้อมูลโครงการกำจัดโรคหัด ความทันเวลาของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และความทันเวลาของการสอบสวนโรคเฉพาะรายภายใน 48 ชั่วโมง พบว่า ความทันเวลาของตัวแปรดังกล่าวมีค่าเท่ากับร้อยละ 0.00 เนื่องจากไม่ได้รายงานเข้าสู่ฐานข้อมูลโครงการกำจัดโรคหัด ไม่ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และไม่ได้สอบสวนโรคเฉพาะราย

5) ความเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวัง (Representativeness) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทางระบาดวิทยาของตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ ระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัดที่อยู่ในระบบรายงาน 506 กับ ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยโรคหัดที่อยู่ในเวชระเบียน พบว่าข้อมูลในรายงาน 506 มีผู้ป่วย 1 ราย เป็นเพศชาย อายุ 1 ปี 4 เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน คือ ต.ศรีสำราญ ซึ่งแตกต่างกับข้อมูลของผู้ป่วยที่อยู่ในเวชระเบียน ซึ่งพบผู้ป่วยทั้งสิ้น 9 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 5 รายและเพศหญิง 4 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1.25 อายุอยู่ระหว่าง 5 เดือน ถึง 22 ปี 5 เดือน โดยมีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 11 เดือน แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ถูกนำมาทบทวนในการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ในระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 จำแนกตามรหัสโรค

รหัสโรค (ICD10-TM)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการวินิจฉัยตามรหัสโรค ICD10-TM ในโปรแกรม HOSxP	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าตามนิยามของโรคหัด	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่เข้าตามนิยามของโรคหัด	จำนวนผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506
B050-B059 Measles	1	1	0	1
B060-B069 Rubella	0	0	0	0
B09 Unspecified viral infection characterized by skin and mucous membrane lesions	101	8	93	0
B083 Erythema infectiosum (fifth disease)	0	0	0	0
B082 Exanthema subitum (sixth disease) roseolainfantum	0	0	0	0
M303 Mucocutaneous lymph node syndrome (Kawasaki)	1	0	1	0
รวม	103	9	94	1

ตารางที่ 2 ความไว และค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังโรคหัดในโรงพยาบาลคอนสวรรค์

เข้าตามนิยามผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังโรค				
		+	-	รวม
รายงาน 506	+	1 (A)	0 (B)	1
	-	8 (C)	94 (D)	102
	รวม	9	94	

ความไวของการรายงาน (Sensitivity) = $(Ax100/A+C) = 11.11\%$

ค่าพยากรณ์บวกของการรายงาน (Predictive Value Positive) = $(Ax100/A+B) = 100.00\%$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัดในระบบรายงาน 506 กับ ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยโรคหัดที่อยู่ในเวชระเบียน

ผู้ป่วยลำดับที่	เวชระเบียนผู้ป่วย	รายงาน 506
	เพศ:อายุ:ที่อยู่ขณะป่วย (ตำบล)	เพศ:อายุ:ที่อยู่ขณะป่วย (ตำบล)
1	ชาย: 1 ปี 4 เดือน: ต.ศรีสำราญ	ชาย: 1 ปี: ต.ศรีสำราญ
2	หญิง: 15 ปี 1 เดือน: ต.หนองขาม	
3	ชาย: 5 เดือน: ต.หนองขาม	
4	หญิง: 9 เดือน: ต.โนนสะอาด	
5	ชาย: 10 เดือน: ต.โนนสะอาด	
6	หญิง: 3 ปี 11 เดือน: ต.บ้านโสก	
7	ชาย: 11 เดือน: ต.บ้านโสก	
8	หญิง: 22 ปี 5 เดือน: ต.ช่องสามหมอ	
9	ชาย: 7 เดือน: ต.คอนสวรรค์	
อัตราส่วนเพศ (ชาย:หญิง)	1:1.25	
มัธยฐานอายุ (IQR:Q1-Q3)	11 เดือน (8 เดือน-9 ปี 5 เดือน)	

3. คุณลักษณะเชิงคุณภาพ

ข้อมูลผู้ถูกสัมภาษณ์ ทั้งหมดจำนวน 14 คน อายุระหว่าง 22-45 ปี ระยะเวลาทำงานในหน้าที่ปัจจุบัน 1-22 ปี ประกอบด้วยผู้บริหาร คือ ผอ.รพ.คอนสวรรค์ และผู้ปฏิบัติ ได้แก่ แพทย์ 3 ท่าน พยาบาล 6 ท่าน เจ้าหน้าที่เวชสถิติ จำนวน 2 ท่าน และเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จำนวน 2 ท่าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การยอมรับของผู้เกี่ยวข้องของ

ระบบเฝ้าระวัง (Acceptability) ผู้บริหาร เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังโรคหัด เนื่องจากเป็นโรคที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ นอกจากนั้นโรคหัดยังเป็นโรคติดต่อที่อาจเกิดการระบาดเป็นวงกว้าง สามารถส่งผลกระทบต่อชุมชน โรงเรียน และศูนย์เด็กเล็กได้ ระบบเฝ้าระวังที่ดีจะทำให้ทราบสถานการณ์ของโรค และสามารถวางแผนป้องกันควบคุมโรคได้ ส่วนผู้ปฏิบัติ แพทย์

(โดยเฉพาะแพทย์หมื่นเวียน) ยังไม่เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง โดยแพทย์ผู้ปฏิบัติ ให้ความเห็นว่าหน้าที่ของแพทย์คือตรวจและรักษาโรค เท่านั้น การรายงานโรคในระบบเฝ้าระวังเป็นหน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ควบคุมโรค นอกจากนั้นแพทย์ยังมองว่างานที่เกี่ยวกับระบาด วิทยาทั้งหมดเป็นเรื่องไกลตัว และแพทย์ผู้ปฏิบัติ ไม่ทราบนิยามของโรคหัดที่ต้องรายงานในระบบ เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในทางปฏิบัติผู้ป่วยที่อาจ เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคหัดที่มารักษาใน รพ. ซึ่งมีอาการไข้ ไอ ผื่น + น้ำมูก ส่วนมากแพทย์จะ วินิจฉัยเป็นโรค Viral exanthem ซึ่งเจ้าหน้าที่เวชสถิติ จะให้รหัสโรค ICD10-TM เป็น B09 Unspecified viral infection characterized by skin and mucous membrane lesions ในส่วนของพยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ จากการสัมภาษณ์พบว่า ให้การยอมรับและให้ความร่วมมือในการรายงาน โรคในระบบเฝ้าระวังแต่การวินิจฉัยโรคหัดขึ้นอยู่กับ แพทย์เท่านั้น ซึ่งถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคหัด พยาบาลจึงจะสามารถแจ้ง/รายงานไปยังเจ้าหน้าที่ ระบาดวิทยาของ รพ.

2) ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) ผู้ปฏิบัติ เช่น เจ้าหน้าที่พยาบาล ทราบขั้นตอนของการรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง โรคหัด เนื่องจากขั้นตอนของการรายงานไม่ซับซ้อน สามารถบูรณาการเข้ากับงานประจำได้ การแจ้งหรือ รายงานโรคสามารถทำได้หลายช่องทาง เช่น โปรแกรม Line เป็นต้น เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาผู้รับผิดชอบรายงาน 506 สามารถใช้โปรแกรมการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506) เป็นอย่างดี การดึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูล ของ รพ. ในโปรแกรม HOSxP เข้าสู่โปรแกรม R506 ทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และเมื่อมีปัญหาเร่งด่วนเกี่ยวกับ งานเฝ้าระวังหรือสอบสวนโรค เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา

สามารถติดต่อสื่อสารหรือขอคำปรึกษากับเครือข่าย SRRT ประจำจังหวัด หรือเครือข่าย SRRT ประจำ อำเภอได้ เนื่องจากมีการสร้างกลุ่มไลน์ (Line group) เพื่อติดต่อสื่อสารระหว่างกัน และเชื่อมโยงเป็น เครือข่ายของงานด้านระบาดวิทยา

3) ความยืดหยุ่น (Flexibility) รพ. มีเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรค จำนวน 2 ท่าน ซึ่งสามารถสลับเปลี่ยนหมื่นเวียน ทำงานแทนกันได้ ในกรณีผู้ใดผู้หนึ่งไม่อยู่หรือลา งาน

4) ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง (Stability) เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาของโรงพยาบาล ทราบแนวทาง/ขั้นตอนของการเฝ้าระวังโรคหัด ในระบบรายงาน 506 และทราบว่ามีการกำ จัดโรคหัดในประเทศ ซึ่งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาของ โรงพยาบาลเป็นผู้มีประสบการณ์การทำงาน และ ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน มีภูมิลำนานอยู่ใน พื้นที่ ทำให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบของ การรายงาน 506 ซึ่งเหตุผลดังกล่าวทำให้เกิดความ มั่นคงของระบบ ในส่วนของผู้บริหารนั้นได้เห็นถึง ความสำคัญของระบบเฝ้าระวัง โดยสนับสนุน ทรัพยากรทางด้านคน และด้านเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่ง รพ.คอนสวรรค์มีเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาผู้รับผิดชอบ ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจำนวน 2 ท่าน และ มีการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าตอบแทนในการ ปฏิบัติงานหรือการจัดให้มีเวรนอกเวลาราชการ (เวรวันหยุด เสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์)

5) การนำไปใช้ประโยชน์ของระบบ เฝ้าระวัง (Usefulness) ข้อมูลที่ได้จากระบบ เฝ้าระวังถูกนำมาใช้ประโยชน์ เพื่อดูแลแนวโน้มของ การเกิด การกระจายของโรค โดยมีการจัดทำรายงาน สถานการณ์ของโรค เพื่อเสนอให้ผู้บริหารในพื้นที่ ได้ทราบถึงสถานการณ์ของโรค เพื่อวางแผนป้องกัน และควบคุมโรคต่อไป



วิจารณ์ผลการศึกษา

การประเมินคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคหัดของ รพ.คอนสวรรค์ พบว่า ค่าความไวของการรายงานโรคอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (ร้อยละ 11.11) ซึ่งสาเหตุเกิดจากการที่แพทย์ผู้ปฏิบัติไม่เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง แพทย์ให้ความเห็นว่าหน้าที่หลักของแพทย์คือการตรวจรักษาเท่านั้น ส่วนงานด้านระบาดวิทยาเป็นเรื่องที่ไกลตัว และแพทย์ไม่ทราบนิยามของโรคหัดที่ต้องรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (ระบบรายงาน 506) ซึ่งในทางปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วยมาด้วยอาการไข้ ไอ ผื่น และบางรายอาจมีอาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคหัด แต่แพทย์มักจะวินิจฉัยว่าเป็น Viral exanthem และเจ้าหน้าที่เวชสถิติจะลงรหัส ICD10-TM เป็น B09 Unspecified viral infection characterized by skin and mucous membrane lesions และเมื่อสัมภาษณ์แพทย์ว่า “กรณีใดที่แพทย์จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคหัด” แพทย์ตอบว่า “จะวินิจฉัยโรคหัดตามอาการและอาการแสดง คือ ผู้ป่วยต้องมีไข้ ไอ ผื่น ร่วมกับมี Koplik’s spot” ซึ่งจะเห็นได้ว่าเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์นั้นมีความจำเพาะสูง ส่งผลให้ค่าความไวอยู่ในระดับต่ำ และควรปรับปรุง อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าความไวของการรายงานโรคอยู่ในระดับต่ำ คือ เมื่อพบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่การบันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มา รพ. ซึ่งบันทึกโดยแพทย์หรือพยาบาลจะไม่ครบถ้วน เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคหัด แต่ข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียนจะมีเพียงประวัติสั้น ๆ เช่น “ไข้ ไอ ผื่นตามแขนขา กिनน้อยก่อนมาโรงพยาบาล,” “ไข้ น้ำมูก ผื่นตามร่างกาย เหนื่อยเพลียก่อนมาโรงพยาบาล” หรือ “ไข้ ผื่น น้ำมูก เจ็บคอมาก มารดาพามาโรงพยาบาล” เป็นต้น ซึ่งการที่แพทย์หรือพยาบาลไม่ทราบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหัดตามนิยามของการเฝ้าระวังโรค จะทำให้

พยาบาลละเลยที่จะสอบถามอาการของผู้ป่วยก่อนส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา และแพทย์ก็จะละเลยที่จะซักประวัติหรือตรวจร่างกายผู้ป่วยเพิ่มเติม ส่งผลทำให้การบันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในเวชระเบียนนั้นขาดรายละเอียดไปด้วย ซึ่งผู้ป่วยรายนั้นแทนที่จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัดก็จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น ๆ เช่น Viral exanthem เป็นต้น และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ผู้รับผิดชอบรายงาน 506 พบว่า แนวทางการปฏิบัติก่อนที่จะส่งรายงานไปยังศูนย์ระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจะมีการตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งรายงานทุกครั้ง เช่น แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค Measles หรือ R/O Measles เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจะตรวจสอบก่อนว่า ข้อมูลในเวชระเบียนนั้น อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเข้าได้กับนิยามของการเฝ้าระวังโรคหัดหรือไม่ เนื่องจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาพบว่า บางครั้งผู้ป่วยมาด้วยอาการหูอักเสบ แต่เจ้าหน้าที่เวชสถิติลงรหัส ICD10-TM ผิด เป็น B053 Measles complicated by otitis media เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาต้องคอยตรวจสอบข้อมูลก่อนที่จะส่งรายงานทุกครั้ง หรือบางกรณีที่ผู้ป่วยอาจเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคหัด แต่การบันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในเวชระเบียนนั้นขาดความครบถ้วนอยู่ก่อนแล้ว ผู้ป่วยรายนั้นก็จะไม่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506 โดยเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ซึ่งสาเหตุทั้งหมดดังที่ได้กล่าวมา ส่งผลทำให้ค่าความไวของการรายงานโรคอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาค่าของตัวแปรการพยากรณ์บวก และค่าความถูกต้องของการรายงานนั้นพบว่า อยู่ในระดับดี คือ เท่ากับร้อยละ 100.00 แต่อย่างไรก็ตาม คงไม่อาจสามารถสรุปได้ว่าค่าของตัวแปรดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากมีรายงานผู้ป่วยโรคหัดที่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506 เพียงรายเดียวเท่านั้น และรายงานนั้นไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคหัด



ในพื้นที่ได้และเมื่อพิจารณาความทันเวลาของการรายงานโรคในระบบรายงาน 506 พบว่า อยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 100.00) เนื่องจากสามารถส่งรายงานผู้ป่วยโรคหัดได้ทันภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง นับตั้งแต่วันที่เริ่มวินิจฉัยจนถึงวันที่ส่งรายงาน 506 ไปยังศูนย์ระบาดวิทยา ส่วนความทันเวลาของการรายงานในฐานะข้อมูลกำจัดโรคหัด ความทันเวลาของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และความทันเวลาของการสอบสวนโรคเฉพาะรายภายใน 48 ชั่วโมง พบว่า อยู่ในเกณฑ์ต่ำและควรปรับปรุง (ร้อยละ 0.00) เนื่องจากเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาไม่ได้รายงานผู้ป่วยไปยังฐานข้อมูลโครงการกำจัดโรคหัด ไม่มีการติดตามผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจ Measles IgM และไม่ได้ทำการสอบสวนโรคเฉพาะราย จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ซึ่งให้เหตุผลว่า “ทราบว่ามีโครงการกำจัดโรคหัด แต่จำรายละเอียดตามแนวทางการดำเนินงานของโครงการไม่ได้” เจ้าหน้าที่จำได้เพียงแต่ว่า ปัจจุบันโรคหัดเป็นโรคที่ต้องรายงานในระบบเฝ้าระวัง 506 ส่วนการรายงานในฐานะข้อมูลโครงการกำจัดโรคหัด จะรายงานหรือไม่รายงานก็ได้ แต่ต้องมีการส่งตรวจซีรัม Measles IgM และสอบสวนโรคในผู้ป่วยทุกราย แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคหัดในระบบรายงาน 506 ของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ไม่ได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และไม่ได้สอบสวนโรคเฉพาะราย เนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้เหตุผลว่ามีภาระหน้าที่อย่างอื่นนอกเหนือจากการทำงานด้านระบาดวิทยา ทำให้บางครั้งลืมติดตามผู้ป่วยมาตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนการสอบสวนโรคเป็นหน้าที่ของศูนย์ระบาดวิทยาประจำอำเภอ (สสอ.) เป็นผู้ประสานงานกับ รพ.สต. ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยให้ทีม SRRT ในพื้นที่ของ รพ.สต. ออกทำการสอบสวนและควบคุมโรค ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยในระบบรายงาน 506 ของ รพ.คอนสวรรค์ ไม่ได้รับการสอบสวนโรคเฉพาะราย สาเหตุมาจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับงานด้านระบาดวิทยาของ

ศูนย์ระบาดวิทยาประจำอำเภอ ยังไม่ทราบแนวทางการดำเนินงานของโครงการกำจัดโรคหัด ดังนั้นจึงทำให้ขาดการประสานงานระหว่างกันในเครือข่าย SRRT ของอำเภอ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการสอบสวนโรคเฉพาะราย ซึ่งผลการประเมินความทันเวลาของตัวแปรดังกล่าว สามารถสะท้อนคุณภาพของระบบเฝ้าระวังเกี่ยวกับการขาดความตระหนัก และความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานภายใต้ นโยบายกำจัดโรคหัดของประเทศ

การประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคหัดของ รพ.คอนสวรรค์ พบว่า ผู้บริหารให้การยอมรับและเห็นความสำคัญของระบบเฝ้าระวังโรคหัด เนื่องจากเป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ โรคหัดเป็นโรคติดต่อที่อาจเกิดการระบาดเป็นวงกว้าง ส่งผลกระทบต่อชุมชน โรงเรียน หรือศูนย์เด็กเล็กได้ ซึ่งผู้บริหารมีนโยบายในการนำข้อมูลสถานการณ์ของโรคที่ได้จากระบบเฝ้าระวังไปใช้ในการวางแผนควบคุมป้องกันโรคเมื่อพิจารณาด้านความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง พบว่า ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุนงานด้านระบาดวิทยา เช่น จัดให้มีเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา 2 คน และมีการจัดสรรค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาของ รพ. ทั้งสองคนนั้นมีประสบการณ์การทำงานมานาน มีความชำนาญในการใช้โปรแกรมรายงาน 506 (R506) และมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ ซึ่งทำให้เกิดความมั่นคงของระบบเฝ้าระวังเนื่องจากไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงของผู้รับผิดชอบในงานเฝ้าระวังโรค และการที่ รพ. มีเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา 2 คนนั้น ทำให้ระบบการเฝ้าระวังเกิดความยืดหยุ่น เช่น เมื่อมีเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งลางาน เจ้าหน้าที่อีกคนสามารถหมุนเวียนทำงานทดแทนกันได้ และเมื่อพิจารณาความยากง่ายของการรายงานพบว่า ระบบเฝ้าระวังมีขั้นตอนของการรายงานโรคไม่ยุ่งยาก โรงพยาบาลสามารถแจ้งข่าวผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัดแก่เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาได้หลายช่องทาง



เช่น ทางโปรแกรม Line และในส่วนของเจ้าหน้าที่ ระบาดวิทยาเองก็สามารถส่งรายงานไปยังศูนย์ระบาด วิทยา โดยใช้โปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506) ได้สะดวก เนื่องจากโปรแกรมใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน ส่วนการยอมรับของระบบรายงาน ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานนั้นพบว่า เจ้าหน้าที่พยาบาล ตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานโรคในระบบ เฝ้าระวัง และทราบว่าโรคหัดเป็นโรคติดต่อที่ต้อง รายงานในระบบเฝ้าระวัง แต่อย่างไรก็ตามจากการ สัมภาษณ์พยาบาลพบว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลไม่ทราบ นิยามผู้ป่วยเฝ้าระวังโรคหัด เจ้าหน้าที่พยาบาลทราบ แต่เพียงว่าโรคหัดเป็นโรคที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ระบาด วิทยาทันทีหลังจากที่แพทย์วินิจฉัยและบันทึกลง ในเวชระเบียน เจ้าหน้าที่พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ เฉพาะในส่วนของการแจ้งข่าวการพบผู้ป่วยเท่านั้น ในส่วนขององค์กรแพทย์ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า แพทย์ (โดยเฉพาะแพทย์ที่หมื่นเวียน) ไม่เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและการรายงานโรค เนื่องจากมองว่างานระบาดวิทยาเป็นเรื่องที่ไกลตัว หน้าที่ของแพทย์คือ ตรวจและรักษาโรคเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดอบรมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจ ในแนวทางการแจ้ง/รายงานผู้ป่วยโรคหัด การ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสอบสวนโรค เฉพาะราย และการสอบสวนการระบาดเมื่อเกิด สถานการณ์การระบาดของโรค แก่ แพทย์ เจ้าหน้าที่ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของ รพ.คอนสวรรค์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. **โรคหัด (Measles)** [ออนไลน์] ม.ป.ป. [อ้างเมื่อ 15 มกราคม 2560]. จาก <http://thaigcd.ddc.moph.go.th/2016/knowledges/view/28>.
2. ปิยนิษฐ์ ธรรมมาภรณ์พิลาศ, พรทิพย์ จอมพุก, เลิศฤทธิ ลีลาธร, บรรณานิการ. **แนวทางการ เฝ้าระวังควบคุมโรค การตรวจรักษาและส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการกำจัดโรคหัด ตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
3. ศูนย์ระบาดวิทยา สำนักสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. **รายงานสถานการณ์โรคหัด ปี 2559** [เอกสาร อัดสำเนา]. ชัยภูมิ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2560.
4. สุริยะ คุหะรัตน์, บรรณานิการ. **นิยามโรคติดต่อ ประเทศไทย 2546**. พิมพ์ครั้งที่ 2. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]; 2546.