



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 40 ฉบับที่ 37 : 25 กันยายน 2552

Volume 40 Number 37 : September 25, 2009

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

บทความทางระบาดวิทยา

การศึกษาภาคสนามระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในจังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ 7-16 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

(Field Study of Dengue Surveillance in Sakaeo Province, 7-16 July 2008)

✉ Adisorn.fetp@gmail.com

อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์ และคณะ

ความเป็นมา

ไข้เลือดออกมีการระบาดเพิ่มมากขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา และเป็นโรคประจำท้องถิ่น (endemic) ของประเทศมากกว่า 100 ประเทศในแถบแอฟริกา อเมริกา เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ western pacific โดยมีความรุนแรงมากในแถบ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และ western pacific¹ นอกจากนี้ยังพบเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเชื้อไวรัสไข้เลือดออกสามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วผ่านยุงลายตัวเมีย โดยเฉลี่ยยุงลายตัวเมีย 1 ตัว สามารถกัดคนเลือดคนได้กว่า 100 คน จึงจำเป็นต้องมีมาตรการเฝ้าระวัง และการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมให้ทันเวลา และครอบคลุมพื้นที่เสี่ยง² ในปีพ.ศ. 2551 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นในทุกจังหวัดของประเทศไทย⁴ โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา ได้ทบทวนข้อมูลการเฝ้าระวังโรคย้อนหลัง 5 ปี พบว่าจังหวัดสระแก้วมีการรายงานโรคไข้เลือดออกในระบบรายงาน 506 อยู่ใน 10 อันดับสูงสุดของทุกปี และอัตราป่วยเฉลี่ยของจังหวัดสูงกว่าอัตราป่วยเฉลี่ยของประเทศถึง 3-4 ปีในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา โครงการฯ จึงได้ร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วดำเนินการศึกษาเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระหว่างวันที่ 7 - 16 กรกฎาคม 2551 มีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในจังหวัดสระแก้ว ทั้งระบบรายงาน 506 และรายงานเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมงของจังหวัด วิเคราะห์คุณลักษณะของการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง ความทันเวลาของการรายงานโรค รวมถึงประโยชน์ของทั้งสองรายงานนี้

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาภาพรวมขั้นตอนหลักในการรายงานโรคไข้เลือดออกในจังหวัดสระแก้ว ทั้งระบบรายงาน 506 และระบบรายงานเร่งด่วนของจังหวัด
2. เก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในจังหวัดสระแก้ว แต่ละขั้นตอนโดยละเอียด เพื่อใช้สำหรับนำมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการต่างๆ ทั้งแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในระบบงานเฝ้าระวังไข้เลือดออก ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และสังเกตการปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อรวบรวมข้อมูลจากการทำงานจริง
3. ศึกษาความครบถ้วน (Sensitivity) ความทันเวลาในการรายงานโรค (Timeliness of report) และค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (Positive Predictive Value) โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยหรือสงสัยจะเป็นโรคจากรหัสโรคตามการให้รหัส ICD-10 ดังนี้



สารบัญ

◆ การศึกษาภาคสนามระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในจังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ 7-16 กรกฎาคม พ.ศ. 2551	617
◆ สรุปการตรวจข่าวของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 37 ระหว่างวันที่ 13-19 กันยายน 2552	623
◆ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกุนยา ข้อมูล ณ วันที่ 15 กันยายน 2552	624
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 37 ระหว่างวันที่ 13-19 กันยายน 2552	627

- ไข้เด็งกี (Dengue fever) รหัส ICD-10 คือ **A90**
- ไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) และ ไข้เลือดออก-ช็อก (Dengue Shock Syndrome) รหัส ICD-10 คือ **A91**
- ไข้ไม่ทราบสาเหตุ (Fever unspecified) รหัส ICD-10 คือ **R509**
- การติดเชื้อไวรัสที่ไม่ระบุชนิดและตำแหน่ง (Viral infection) รหัส ICD-10 คือ **B349**

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาส
 นายแพทย์รัชชัช จายนียโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
 นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
 นายของอาจ เจริญสุข ว่าที่ ร.ต. ศิริชัย วงศ์วัฒนไพบูลย์

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการวิชาการหลัก : นายแพทย์ชนรักษ์ ผลพัฒน์

กองบรรณาธิการดำเนินงาน

พงษ์ศิริ วัฒนาศูรศักดิ์ บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์
 สุเทพ อุทัยฉาย อรพรรณ สุภาพ
 สิริลักษณ์ รังษิวงศ์ น.สพ.ธีรศักดิ์ ชักนำ
 ลัดดา ลิขิตยั้งวรา สมาน สุขุมภูจินันท์
 สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์ ประเวศน์ แยมชื่น
 อัญชนา วาแก้ว วรณศิริ พรหมโชติชัย
 นงลักษณ์ อยู่ดี กฤตติกานต์ มาท้วม
 พูนทรัพย์ เปี่ยมฉวี สมหมาย อิมขลิบ

ฝ่ายศิลป์ ประมวล ทุมพงษ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ ฅมยา พุกกะนนานนท์

ผู้เขียนบทความ

อดิสรณ์ วรธนะศักดิ์¹ โสภณ เอี่ยมศิริถาวร¹ ยุทธพงษ์ ศรีมงคล⁴
 ชนินันท์ สนธิไชย¹ กัลยา จงเชิดชูตระกูล¹ คุณยพรรณีย์ วรรณทรัพย์¹
 พรพัฒน์ ภูนาส¹ ปทุมมาลัย ศิลาดาร์¹ พิสิษฐฐิติ อูยฤทธิ์¹
 รจนา วัฒนรังสรรค์¹ สุชาติา เจียมศิริ¹ ศศิธร ดิถัมรัมย์¹ สมคิด คงอยู่²
 สมบุญ เสนาะเสียง³ ปกานิจ สวางโท³ ชุติพร จิระพงษา¹
¹โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน
 งานระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
 กระทรวงสาธารณสุข
² กลุ่มวิจัยและพัฒนานานักระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรม
 ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
³ กลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
 กระทรวงสาธารณสุข
⁴ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

4. ศึกษาความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังโรค
 ไข้เลือดออกในตัวแปรต่างๆ เช่น อายุ ที่อยู่ เพศ วันที่เริ่มป่วย และความ
 เป็นตัวแทนของระบบการเฝ้าระวังโรค ไข้เลือดออกในจังหวัดสระแก้ว

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ percentage,
 chi-square test และ p-value

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเชิงพรรณนา (Dengue Surveillance System Description)

จากการสัมภาษณ์ ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายจำนวน 52 คน
 (ผู้บริหาร แพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) พบว่ารายงานโรค
 ไข้เลือดออกในจังหวัดสระแก้วมีอยู่ 2 ระบบ คือระบบรายงาน
 National Notifiable Disease Surveillance (รายงาน 506) และรายงาน
 เร่งด่วนที่ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอต้องรายงานศูนย์ระบาดวิทยา
 จังหวัดภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งจะรายงานเลขเมื่อสงสัยไข้เลือดออก
 เพื่อที่จะได้ไปทำการสอบสวนและควบคุมโรคได้ทันที การรายงาน
 ไข้เลือดออกในรายงาน 506 มักล่าช้าและมีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกรายงาน
 น้อยกว่าในรายงานเร่งด่วนเนื่องจากต้องรอผลการสรุปเวชระเบียน
 จากแพทย์และบางโรงพยาบาลต้องรอการคัดกรองก่อนการส่ง
 รายงาน เราพบว่า โรงพยาบาลและศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ มีส่วน
 สำคัญในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก เนื่องจากเป็นผู้ส่งรายงาน
 ผู้ป่วย จากการศึกษาจะแบ่งการรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกได้เป็น
 2 กลุ่มตามแผนภูมิที่ 1 โดยความแตกต่างอยู่ที่ โรงพยาบาลกลุ่มที่ 1
 ไม่มีขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยก่อนการส่งรายงาน ในขณะที่
 โรงพยาบาลในกลุ่มที่ 2 มีขั้นตอนดังกล่าว

ความครบถ้วน (Sensitivity) และค่าพยากรณ์บวกของระบบ เฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (Predictive Value Positive; PVP)

ทบทวนโดยใช้นิยามการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของ
 สำนักระบาดวิทยา⁶ และนิยามโดยแพทย์วินิจฉัยเป็นเกณฑ์ในการ
 วินิจฉัย จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่
 1 เมษายน ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ของทุกโรงพยาบาลใน
 จังหวัดสระแก้ว พบมีผู้ป่วย 1,204 รายที่ได้รับผลการวินิจฉัยใน 4 รหัส
 โรคดังกล่าว และพบว่าเป็นโรคไข้เลือดออกตามนิยามทั้งสองนิยาม
 นี้ 363 ราย ค่าความครบถ้วนและค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวัง
 โรคไข้เลือดออก ได้ผลในภาพรวมดังตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่าความครบถ้วนของการเฝ้าระวังโรค
 ไข้เลือดออกในจังหวัดสระแก้ว ยังอยู่ในระดับที่น้อยกว่าร้อยละ 50
 ไม่ว่าจะใช้นิยามใดเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัย และทั้งรายงาน 506
 และรายงานเร่งด่วน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าพยากรณ์บวกเมื่อใช้นิยามการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก
 ของสำนักระบาดวิทยาจะอยู่ที่ร้อยละ 52.9 ในรายงาน 506 และ
 ร้อยละ 55.1 ในรายงานเร่งด่วน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

และค่าก่อนข้างต้นเนื่องจากการใช้นิยามการเฝ้าระวังโรค ไข้เลือดออกของสำนักระบาดวิทยานั้นการที่จะวินิจฉัยไข้เลือดออก จำเป็นที่จะต้องมียุทธของการตรวจ tourniquet test (TT) เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยร่วมกับอาการไข้เฉียบพลัน ดังนั้นในรายที่ไม่ได้ตรวจ TT จึงไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกได้เลยจากการใช้นิยามนี้ นอกจากนี้อาการและอาการแสดงที่มีในนิยามนี้ยังเป็นอาการและอาการแสดงที่ไม่ได้มีอยู่ในเวชระเบียนที่ทบทวน ส่วนอาการและอาการแสดงที่มีอยู่ในเวชระเบียนก็เป็นอาการและอาการแสดงที่ไม่ได้มีอยู่ในนิยามนี้ เช่น เมื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หน้าแดง เป็นต้น ทำให้เป็นสาเหตุที่ค่าพยากรณ์บวกของการวินิจฉัยต่ำเมื่อนำเวชระเบียนมาทบทวน

เมื่อใช้นิยามตามแพทย์วินิจฉัย ร้อยละค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก มีค่าร้อยละ 97.5 ในรายงาน 506 และร้อยละ 97.1 ในรายงานเร่งด่วน ทั้ง 2 ระบบไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ค่าพยากรณ์บวกที่สูงอาจเนื่องมาจากนิยามตามแพทย์วินิจฉัยนั้นใช้นิยามที่แพทย์ส่วนใหญ่ใช้เป็นประจำ คือ นิยามตาม

คู่มือไข้เลือดออกฉบับเฉลิมพระเกียรติ บางคนใช้ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก แต่ทั้ง 2 นิยามใกล้เคียงกันมาก นอกจากนั้นในบางกรณีที่แพทย์แค่สงสัยว่าผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออก แล้วแพทย์บันทึกไว้ในเวชระเบียน ก็ถือว่าเข้าได้กับนิยามโดยแพทย์วินิจฉัยตามการศึกษานี้ ทำให้ร้อยละค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกตามนิยามโดยแพทย์วินิจฉัยจึงสูง

แต่เมื่อทำการศึกษาลึกลงไปในแต่ละโรงพยาบาล พบว่าร้อยละความครบถ้วนของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกและค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของจังหวัดสระแก้ว มีความแตกต่างกันมากในแต่ละโรงพยาบาล พอจะแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลตามผลงาน คือ

- ระดับดี มากกว่าร้อยละ 70.0
- ระดับพอใช้ ระหว่างร้อยละ 50.0-70.0
- ระดับควรปรับปรุง น้อยกว่าร้อยละ 50.0

โดยสามารถแสดงจำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดสระแก้วตามผลงานได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ร้อยละของความครบถ้วนและค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของจังหวัดสระแก้ว ในช่วง 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 (n=363 คน)

ระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก		รายงาน 506 (ร้อยละ)	รายงานเร่งด่วน(ร้อยละ)	Chi-square(p-value)
นิยามการเฝ้าระวังสำนักระบาดวิทยา	ความครบถ้วน	34.2	41.3	1.95 (0.16)
	ค่าพยากรณ์บวก	52.9	55.1	0.12 (0.73)
นิยามโดยแพทย์วินิจฉัย	ความครบถ้วน	36.4	39.8	0.80 (0.37)
	ค่าพยากรณ์บวก	97.5	97.1	0.03 (0.85)

ตารางที่ 2 จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดสระแก้วตามผลงาน (n=7)

ระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก		รายงาน 506			รายงานเร่งด่วน		
		จำนวนโรงพยาบาลตามระดับผลงาน (แห่ง)					
		ดี	พอใช้	ควรปรับปรุง	ดี	พอใช้	ควรปรับปรุง
นิยามการเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยา	ความครบถ้วน	1	2	4	0	4	3
	ค่าพยากรณ์บวก	1	4	2	2	4	1
นิยามโดยแพทย์วินิจฉัย	ความครบถ้วน	1	2	4	1	2	4
	ค่าพยากรณ์บวก	6	1	0	7	0	0

จากตารางที่ 2 โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งในจังหวัดสระแก้วพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ทำผลงานได้อยู่ในระดับควรปรับปรุงถึงพอใช้ มีเพียงค่าพยากรณ์บวกเท่านั้นที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ทำได้ในระดับดีเมื่อใช้นิยามตามแพทย์วินิจฉัย เหตุผลดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้น รวมทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนกลุ่มเป้าหมาย 52 คน พบมีข้อมูลที่น่าสนใจ คือ กระทรวงสาธารณสุขใช้จำนวนผู้ป่วย

ไข้เลือดออกในรายงาน 506 เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการทำงานของผู้บริหารที่สาธารณสุข ทำให้เมื่อยังไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออกจริงเจ้าหน้าที่จะยังไม่รายงานเข้าสู่ระบบรายงาน 506 รวมทั้งบางโรงพยาบาลมีการจัดคนมาคัดกรองเวชระเบียนก่อนการรายงาน ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ถูกละเลยออก ผลคือทำให้จำนวนผู้ป่วยในรายงานน้อยกว่าผู้ป่วยที่สำรวจจริง

คุณภาพของข้อมูล (Data quality)

ในการศึกษาคุณภาพของข้อมูลเรศึกษาคำแปรต่างๆ ดังนี้

- ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังโรคไขเลือดออก (Accuracy)

- อายุ (+1 ปี) = 94.3%
- เพศ = 99.2%
- วันที่เริ่มป่วย (+1 วัน) = 80.8%

การบันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคไขเลือดออกในจังหวัดสระแก้ว มีความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลที่ดี มีความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80 ในทุกตัวแปรสำคัญที่ศึกษา

- ความเป็นตัวแทนผู้ป่วยของระบบเฝ้าระวังโรคไขเลือดออกเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดที่พบจากการสำรวจจริงในช่วงที่ศึกษา (Representativeness)

การศึกษานี้ได้ศึกษาถึงความเป็นตัวแทนของผู้ป่วยจำแนกตามวิธีการรายงานทั้งรายงาน 506 และรายงานเร่งด่วนโดยดูความเป็นตัวแทนในตัวแปรที่สำคัญ คือ เพศและอายุของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ความเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวังโรคไขเลือดออกในจังหวัดสระแก้ว ระหว่างเดือนเมษายน- พฤษภาคม พ.ศ. 2551 จำแนกตามเพศและวิธีรายงาน

	เพศชาย (ร้อยละ)	เพศหญิง (ร้อยละ)
ผู้ป่วยทั้งหมดที่สำรวจ	55.2	44.8
รายงาน 506	55.0	45.0
รายงานเร่งด่วน	22.9	77.1

จากตารางที่ 3 ในรายงาน 506 มีสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั้งหมดที่พบจากการสำรวจ ส่วนในรายงานเร่งด่วนมีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายมาก จากตารางนี้ พบว่ารายงานที่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคไขเลือดออกในจังหวัดสระแก้ว ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2551 คือรายงาน 506 เนื่องจากมีสัดส่วนของผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกันกับผู้ป่วยทั้งหมดที่พบจริง แต่รายงานเร่งด่วนเป็นไปในทางตรงข้าม

ตารางที่ 4 ความเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวังโรคไขเลือดออกในจังหวัดสระแก้วระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2551 จำแนกตามอายุและวิธีรายงาน

	อายุ < 15 ปี (ร้อยละ)	อายุ ≥ 15 ปี (ร้อยละ)
ผู้ป่วยทั้งหมดที่สำรวจ	79.3	20.7
รายงาน 506	89.0	11.0
รายงานเร่งด่วน	80.5	19.5

จากตารางที่ 4 ทั้งรายงาน 506 และรายงานเร่งด่วนมีส่วนของผู้ป่วยเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ และมีลักษณะที่เหมือนกับผู้ป่วยจริงที่สำรวจ แต่มีข้อสังเกตคือ ในรายงาน 506 ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนที่ต่ำกว่าในรายงานเร่งด่วนและผู้ป่วยจริง สาเหตุน่าจะมาจากการที่ผู้เกี่ยวข้องอาจจะนึกถึงไขเลือดออกในกลุ่มผู้น้อยหรืออาจมีการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ออกก่อนการรายงานเข้าสู่รายงาน 506 ทีมที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ระบาด และเจ้าหน้าที่อื่นๆ อาจจะต้องให้ความสนใจและต้องระวังเรื่องการวินิจฉัยผู้ป่วยไขเลือดออกในผู้ใหญ่ที่อาจจะมองข้ามไป

- ความทันเวลาในการรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังในรายงานเร่งด่วน (Timeliness of report)

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของระยะเวลาในการส่งรายงานเร่งด่วนผู้ป่วยไขเลือดออกจากศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอไปศูนย์ระบาดวิทยาจังหวัดหลังจากพบผู้ป่วยในจังหวัดสระแก้ว (n=140 ราย)

	ภายใน 24 ชั่วโมง	ระหว่าง 24- 48 ชั่วโมง	มากกว่า 48 ชั่วโมง
จำนวนผู้ป่วยที่รายงาน	57	25	58
ร้อยละของผู้ป่วยที่ รายงาน	40.7	17.9	41.4

จากตารางที่ 5 ความทันเวลาในการส่งรายงานเร่งด่วนภายในเวลา 24 ชั่วโมงจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ ร้อยละ 40.7 แม้ว่าจะมีข้อตกลงในจังหวัดที่ทุกศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอจะต้องส่งรายงานให้ศูนย์ระบาดวิทยาจังหวัดภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อพบผู้ป่วยที่เป็นหรือสงสัยโรคไขเลือดออก แต่พบว่าผู้ป่วยที่รายงานช้ากว่า 48 ชั่วโมงมีร้อยละ 41.4 ซึ่งอาจทำให้การควบคุมและป้องกันโรคไขเลือดออกทำได้ไม่ทันทั่วถึง ส่วนในรายงาน 506 เราไม่ได้ทำการศึกษาในตัวแปรนี้ เนื่องจากรู้ว่ามีการรายงานที่ไม่ทันเวลา เพราะต้องรอการยืนยันก่อนถึงจะส่งรายงาน และเป็นที่มาของการจัดระบบรายงานเร่งด่วนของจังหวัดสระแก้ว ที่มาเสริมการทำงานควบคุมป้องกันโรคไขเลือดออกให้เร็วขึ้น

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

โดยภาพรวมจังหวัดสระแก้ว มีความพยายามที่จะดำเนินการเฝ้าระวังไขเลือดออกให้มีความรวดเร็วในการรายงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถลงพื้นที่ทำการสอบสวน ควบคุมและป้องกันโรคได้อย่างรวดเร็ว เพราะทราบถึงข้อจำกัดของรายงาน 506 ที่รายงานล่าช้าและมีความครบถ้วนต่ำ จึงกำหนดแนวทางการรายงานเร่งด่วนขึ้นเพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดนั้น

ทั้งสองรายงานไม่มีความแตกต่างกันในหลายๆ คุณลักษณะ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในระหว่างโรงพยาบาลในด้านคุณภาพการรายงานโรคไขเลือดออกเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลดีต่อการควบคุมโรคที่รวดเร็วและการติดตามสถานการณ์โรคใน

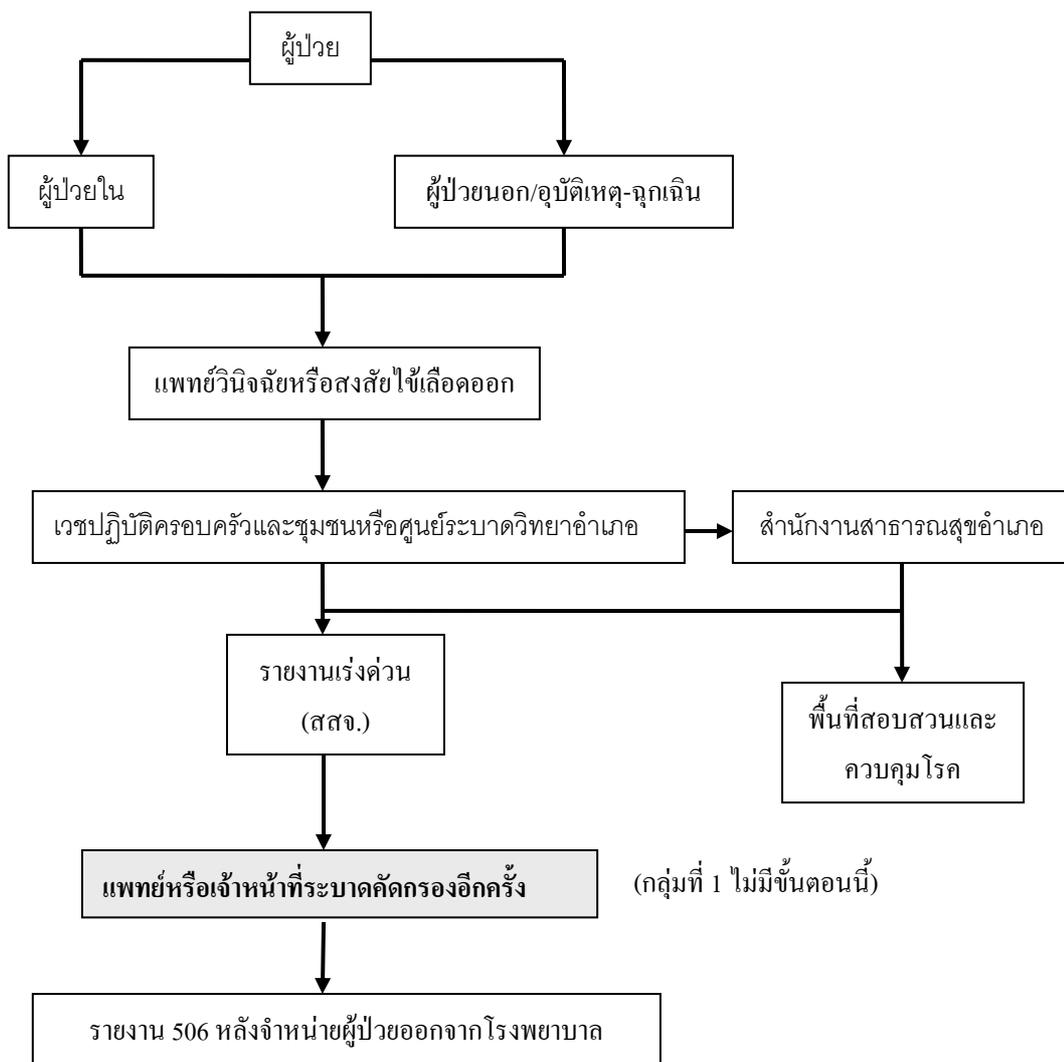
ระดับประเทศทุกโรงพยาบาลควรปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน นอกจากนั้นควรดำเนินการสร้างมาตรฐานการดำเนินงานของบุคลากรในการเฝ้าระวังและรายงานผู้ป่วยให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกันและยอมรับได้ และเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาการรายงานโรคไข้เลือดออกในระบบเฝ้าระวัง 506 ที่ไม่ครบถ้วนและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำนักระบาดวิทยาควรเสนอดังนี้

1. ให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัด ไม่ใช่จำนวนและอัตราป่วยที่ได้จากระบบรายงาน 506 มาใช้ในการพิจารณาความดีความชอบ เพราะส่งผลลบทำให้จำนวนผู้ป่วยในระบบรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งส่งผลกระทบต่อข้อมูลภาพรวมของประเทศไทยที่จะบิดเบือนไปจากความเป็นจริง
2. ทำการปรับปรุงนิยามการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของสำนักระบาดวิทยาให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และทำการเผยแพร่ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานทุกระดับ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในจังหวัดสระแก้วในครั้งนี้ คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วที่กรุณาอนุญาตให้คณะผู้ศึกษาเข้าทำการศึกษาระบบในครั้งนี้ นายสมเกียรติ ทองเล็ก นายสุธี วรรณ และน.ส.ภณิสสร โชติช่วงสกุลชัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ที่กรุณาช่วยประสานการทำงานด้านต่างๆ ให้กับทางคณะผู้ศึกษาเป็นอย่างดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ แพทย์พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ที่ให้ความร่วมมือในการช่วยค้นเวชระเบียน และทะเบียนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ตลอดจนให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์และอำนวยความสะดวกในแต่ละพื้นที่ที่เข้าศึกษา

แผนภูมิโครงสร้างที่ 1: ขั้นตอนการรายงานโรคไข้เลือดออก จังหวัดสระแก้ว



เอกสารอ้างอิง

1. กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารบก. [cited 2 February 2009]; Available from: URL: http://www.amed.go.th/rta_med/pmunit/dengue_fever.htm.
2. สิริหญิง ทิพย์ศรีราช และคณะ. รายงานการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ปี 2548. กลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, เอกสารรายงาน, 2548.
3. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. [cited 2 February 2009]; Available from: URL: <http://www.sasookuthai.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=5374981&Ntype=5>.
4. อองอาจ เจริญสุข. ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.
5. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2551.
6. สุริยะ กุหะรัตน์. นิยามโรคติดเชื้อในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2546.
7. กลุ่มโรคไข้เลือดออก สำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง. [cited 2 February 2009]; Available from: URL: <http://www.dhf.ddc.moph.go.th/project/project50/target2550.doc>.

หลักเกณฑ์การส่งบทความวิชาการ

คณะกรรมการวิชาการฯ ได้เปิดเวทีให้ผู้สนใจส่งบทความวิชาการ/ผลการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในรายงานเพื่อระดมความคิดเห็น ระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ และฉบับผนวก (Supplement) ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โดยกำหนดหลักเกณฑ์การส่งบทความวิชาการ/ผลการศึกษาวิจัยดังนี้

ลักษณะรูปแบบเรื่องทางวิชาการที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 1 - 3 หน้า กระดาษ เอ 4 ประกอบด้วย
- บทนำ ซึ่งอาจมีวัตถุประสงค์ก็ได้ - เนื้อหา - สรุป - เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)
2. การสอบสวนโรค เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 5 - 6 หน้า กระดาษ เอ 4 และ รูปจำนวน 1 หน้ากระดาษ เอ 4
3. การศึกษาวิจัย เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 5 - 6 หน้า กระดาษ เอ 4 และ รูปจำนวน 1 หน้ากระดาษ เอ 4
4. แนวทาง/ผลการวิเคราะห์การเฝ้าระวังโรค เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 3 - 5 หน้า กระดาษ เอ 4
5. งานแปล ประกอบด้วย หนังสือ/เอกสารที่แปล, ชื่อผู้แปล, เนื้อหาที่แปล จำนวนไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ เอ 4

การส่งต้นฉบับ

ส่งแผ่นดีสก์พร้อมต้นฉบับจริง จำนวน 1 ชุด หรือ ส่ง e-mail พร้อมแนบไฟล์บทความที่จะลงตีพิมพ์ พร้อมทั้งแจ้งสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าของเรื่อง เพื่อที่คณะกรรมการฯ จะติดต่อได้ และส่งมาที่ กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1784 e-mail : wesr@health2.moph.go.th หรือ wesr@windowslive.com