การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคชิคุนกุนยา จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2552

Evaluation of Chikungunya Surveillance in Chonburi Province, 2009

✉ Prapranee@hotmail.com

วิชัย ธนาโสภณ, วัชธรี ทองอ่อน

ความเป็นมา

จังหวัดชลบุรี มีพื้นที่ที่ติดกับจังหวัดระยองซึ่งเป็นจังหวัดที่มีการระบาดของโรคชิคุนกุนยา จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอศรีราชา ติดต่อกับอำเภอปลวกแดง อำเภอสัตหีบ ติดต่อกับอำเภอบ้านฉาง ส่วนอำเภอบ่อทอง และ อำเภอหนองใหญ่ ติดต่อกับอำเภอวังจันทร์ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม และมีกลุ่มแรงงานที่มาทำงานรับจ้าง กรีดยาง และอาศัยในบ้านพักสวนยาง ซึ่งเป็นแหล่งชุกชุมของยุงลายสวน ทำให้เกิดการระบาดของโรคในพื้นที่ได้

จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรคชิคุนกุนยา จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2552 มีรายงานผู้ป่วย จำนวน 28 ราย อัตราป่วย 2.27 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนสูงขึ้น พบมากในกลุ่มอายุ 15-24 ปี (7.30 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 5-9 ปี และกลุ่มอายุ 25-34 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 7.30, 4.36 และ 2.33 ต่อประชากรแสนคน ดังนั้นการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคชิคุนกุนยาซึ่งเป็นระบบที่ช่วยสนับสนุนการตรวจจับการระบาดของโรคชิคุนกุนยา และติดตามแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงตลอดจนให้ข้อเสนอ แนะต่อระบบการเฝ้าระวังโรคชิคุนกุนยา และโรคอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบระบบเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อประเมินคุณลักษณะของระบบการเฝ้าระวังทั้งด้านคุณภาพ และปริมาณของโรคชิคุนกุนยา จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคชิคุนกุนยาในจังหวัดชลบุรี

ผู้เขียนบทความวิจัย

วิชัย ธนาโสภณ, วัชธรี ทองอ่อน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

Wichai Tanasophon Wattharee Thong-on

Chonburi Provincial Health Office

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective โดยใช้รูปแบบการประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคตามมาตรฐานของสำนักระบาดวิทยา ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative study) และเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังโรคชิคุนกุนยาในเชิงปริมาณ ได้แก่ ความไว (Sensitivity) ค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive, PVP) ความถูกต้อง (Accuracy) ความเป็นตัวแทน (Representativeness) และความทันเวลา (Timeliness) และคุณลักษณะเชิงคุณภาพ ได้แก่ การยอมรับ (Acceptability) ความยากง่าย (Simplicity) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ความอยู่ตัวของระบบเฝ้าระวัง (Stability) และการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง (Usefulness)

วิธีการศึกษา

1. เลือกพื้นที่ที่จะดำเนินการศึกษา จากโรงพยาบาลของอำเภอในพื้นที่ จำนวน 11 โรงพยาบาล และเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive หรือ justmental sampling) โดยเลือกโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษา จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ่อทอง และโรงพยาบาลหนองใหญ่ ซึ่งโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง มีรายงานผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคชิคุนกุนยา จำนวนมาก
2. ระยะเวลาการศึกษา โดยสืบค้นข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล และตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้าได้กับนิยามการเฝ้าระวังที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2552
3. นิยามผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

นิยามผู้ป่วย คือ ผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งของจังหวัดชลบุรี ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2552 ซึ่งอาการเข้าได้กับนิยามโรคติดเชื้อ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 ของสำนักระบาดวิทยา ผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา (Chikungunya) คือ

ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) คือ ผู้ที่มีอาการไข้และอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการต่อไปนี้ ปวดข้อ (Arthralgia) หรือข้อบวม (Joint swelling) หรือข้ออักเสบ (Arthritis) หรือมีผื่น (Maculopapular rash) หรือ ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia) หรือปวดศีรษะ (Headache) หรือปวดกระบอกตา (Orbital eyepain)

ผู้ป่วยที่เข้าข่ายน่าจะเป็น (Probable case) คือ ผู้ป่วยที่สงสัย และมีหลักฐานความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยัน หรือมีผลเม็ดเลือดขาว (WBC) < 5000 cells/mm^3 หรือ ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิดอิมมูโนโกลบูลิน M หรือ ตรวจพบภูมิคุ้มกันในตัวอย่างน้ำเหลืองคู่ (pair Serum) ด้วยวิธี Hemagglutination inhibition (HI) มากกว่าหรือ เท่ากับ 4 เท่า

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) คือ ผู้ป่วยที่สงสัย และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

(1) ผลการตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ด้วยวิธี pair Serum ด้วยวิธี Hemagglutination inhibition test (HI) มากกว่าหรือ เท่ากับ 4 เท่า

(2) ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM โดยวิธี Enzyme linked Immonosorbent Assay (Elisa) หรือ ตรวจด้วยวิธี Polymerase chain reaction (PCR) หรือการเพาะแยกเชื้อ (Culture)

4. รวบรวมข้อมูล จากรายงาน 506 ในระบบเฝ้าระวังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และจากเวชระเบียน สมุดแจ้งผู้ป่วยรายวัน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ตาม รหัส ICD-10 ซึ่งประกอบด้วย A90 Dengue fever A92.9 Mosquito-borne viral, fever, unspecified A91, Dengue hemorrhagic fever A92, Other mosquito-borne viral fevers A92.0 Chikungunya virus disease A92.8 Other specified mosquito- borne viral fever B05 Measles B09.0 Viral Exanthem, unspecified B34.9 Viral infection, unspecified M25.5 Pain in joint จำนวน 786 ราย

5. สัมภาษณ์แพทย์ผู้รักษา ผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังระบาดวิทยา และควบคุมป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 21 คน (ระดับผู้บริหาร 5 คน ผู้ปฏิบัติงาน 16 คน) รวมทั้งสังเกตการทำงานในระบบเฝ้าระวังโดยใช้แบบสัมภาษณ์

6. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการศึกษา สถิติและเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ

7. สรุปผลการศึกษา

<u>ผลการศึกษา</u>

1. <u>การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Attribute)</u>

ความไว(Sensitivity)และค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive, PVP)

วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2552 มีจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าตามรหัส ICD-10 ที่กำหนดทั้งสิ้น 786 รายพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าตามนิยาม 71 ราย โดยพบผู้ป่วยที่รายงาน ในระบบรายงาน 506 จำนวน 22 ราย คิดเป็นความไว ร้อยละ 31 และผู้ป่วยที่ถูกรายงานใน 506 ทั้งหมดจำนวน 22 ราย คิดเป็นค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 100 (ตารางที่ 1)

ความถูกต้องของการรายงาน (Accuracy)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยที่รายงานในระบบรายงาน 506 จำนวน กับข้อมูลที่สืบค้นได้จากเวชระเบียนของโรงพยาบาล พบว่า ตัวแปรเพศถูกต้องร้อยละ 100 ตัวแปรด้านอายุถูกต้อง ร้อยละ 75 ตัวแปร รหัสโรคถูกต้อง ร้อยละ 100 และตัวแปรวันเริ่มป่วย มีการรายงานถูกต้องร้อยละ 45

ความเป็นตัวแทน (Representativeness)

จากการศึกษาโดยเปรียบเทียบข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังกับข้อมูลจากการสำรวจสืบค้นได้จากเวชระเบียนโรงพยาบาล โดยพบว่าข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง (รายงาน 506) สามารถเป็นตัวแทนได้ดี ในตัวแปรเพศ และ กลุ่มอายุ (รูปที่ 1-2)

2. <u>การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Attribute)</u>

โดยวิธีการสัมภาษณ์ สอบถามและสังเกตขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังในพื้นที่ ตามแนวทางในแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ทำการศึกษาสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติงานการเฝ้าระวังและการรายงานโรคในโรงพยาบาลเห็นว่า การเฝ้าระวังโรคชิคุนกุนยามีความจำเป็น มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และการรักษาตามนโยบายโดยใช้แนวทางที่ทางจังหวัดและส่วนกลางกำหนด โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคชิคุนกุนยาในทุกโรงพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานอยู่ที่กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลชุมชน

การยอมรับในระบบเฝ้าระวัง (Acceptability)

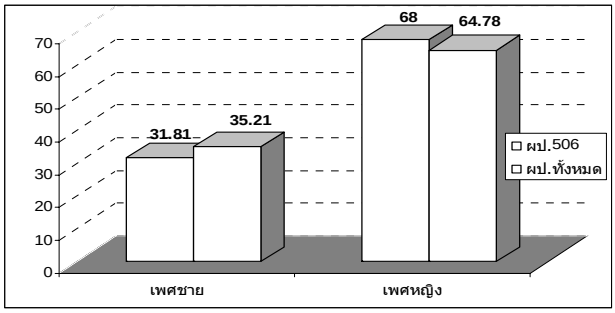
<u>ผู้บริหาร (คน)</u>

1. เห็นความสำคัญว่าระบบเฝ้าระวังโรคมีผลต่อการกำหนดนโยบายในด้านการเฝ้าระวังโรคและการรักษาผู้ป่วยในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคใหม่ (โรคชิกุนกุนยา)

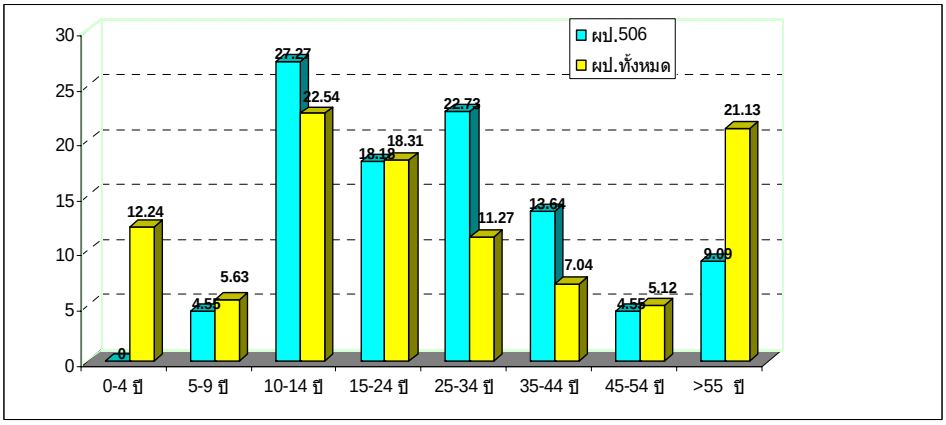
2. มีการแจ้งเตือนและติดตามสถานการณ์โรคชิคุนกุนยาทุกสัปดาห์ ทุกเดือนโดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังทำให้การขอความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคได้ อย่างรวดเร็ว/ทันเวลา และปรับเปลี่ยน/กำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการควบคุมและป้องกันโรค

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมิน ความไว และค่าพยากรณ์บวกตามนิยามการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา ของโรงพยาบาลที่ศึกษา 2 แห่ง ในจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2552

ระบบรายงาน	ตรงตามนิยาม	ไม่ตรงตามนิยาม
รายงานในระบบรายงาน 506	22 (A)	0 (B)
ไม่ได้รายงาน	49 (C)	401 (D)
รวม	71	401
ความไว =31% ค่าพยากรณ์บวก = 100 %		



รูปที่ 1 ร้อยละความเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา จังหวัดชลบุรี จากระบบรายงาน 506 เปรียบเทียบกับข้อมูลเวชระเบียน จำแนกตามเพศ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม -31 ธันวาคม 2552



รูปที่ 2 ร้อยละความเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาจังหวัดชลบุรี จากระบบรายงาน 506 เปรียบเทียบกับข้อมูลที่สืบค้นได้จากเวชระเบียนจำแนกตามอายุ ระหว่างวันที่ 1-31 ธันวาคม 2552

3. เป็นฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected chikungunya) ในการติดตามผลการสอบสวนโรคและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 ชลบุรี

ผู้ปฏิบัติ (คน)

1. ระบบเฝ้าระวังโรคมีประโยชน์ทำให้การรับรู้ข้อมูลการระบาดของโรคได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีรายงาน และรวดเร็วขึ้น ทำให้การควบคุมและป้องกันไม่ให้โรคระบาดไปในพื้นที่ใกล้เคียง มีประสิทธิภาพดีขึ้น

2. การควบคุมโรคที่ได้ผล สร้างความตื่นตัวในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคของทีมเฝ้าระวัง และการพัฒนาให้มีเครือข่ายที่ดี สามารถใช้เครือข่ายในชุมชน ช่วยเหลือในการควบคุมโรคได้มากขึ้น ทำให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รวดเร็วและชัดเจน

3. หน่วยงานเห็นคุณค่าของระบบ และมีการใช้ข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานระบบงานสาธารณสุขทั้งเชิงรุก และเชิงรับในอนาคตได้

ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity)

1. ผู้ปฏิบัติทุกคน ในหน่วยงานสามารถรับแจ้งเรื่องแทนกันได้ และใช้เวลาไม่มากนัก การบันทึกข้อมูลนั้น ไม่ซ้ำซ้อน โปรแกรมสะดวกในการเรียกข้อมูลออกมาใช้ได้เร็ว

2. การจัดเก็บข้อมูลมีแนวทางในการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน

3. ผู้ปฏิบัติบางแห่งมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบใหม่สามารถอบรมเพื่อให้เกิดทักษะ

4. ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสามารถประสานการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่เวชสถิติ

5. ผู้ปฏิบัติระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานที่ยุ่งยากกว่า เนื่องจากต้องมีการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลในตัวแปรต่าง ๆ และต้องยืนยันผู้ป่วยในกรณีที่บันทึกรหัสโรคที่ผิดพลาด

ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility)

ผู้ปฏิบัติเห็นว่า นิยามการรายงานโรคตามสำนักระบาด-วิทยามีความละเอียดชัดเจนอยู่แล้ว เมื่อนำอาการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามาปรับเพื่อรายงานตามนิยามดังกล่าว พบว่า มีความยืดหยุ่น แต่นิยามในการบันทึกข้อมูลโดยใส่รหัสโรคตามระบบ ICD 10 ซึ่งจะยึดการวินิจฉัยของแพทย์เป็นหลัก ผู้ปฏิบัติอาจจะไม่สะดวก มีความยืดหยุ่นน้อยในการรายงานโรคให้เข้ากับระบบเฝ้าระวังโรคน้อย เนื่องจากมีช่องทางในการรายงานโรคหลายช่องทาง เช่น โดยให้รายงานข้อมูลเป็นจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) โดยให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งข้อมูล E-mail ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทราบ ได้ทุกวันเพื่อความสะดวกและรวดเร็ว ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ชัดเจน ป้องกันความคลาดเคลื่อนของตัวแปรในข้อมูลนั้น ๆ ส่วนการรายงานโรคในวันหยุดราชการ ต้องประสานทางโทรศัพท์ แจ้งร่วมกับโทรสาร (Fax)

ความอยู่ตัวของระบบเฝ้าระวัง (Stability)

1. ระบบน่าจะมีความยั่งยืน เนื่องจากมีการให้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้บริหารผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกเช้าวันจันทร์เพื่อนำเสนอสถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาทุกวันสิ้นเดือน

2. ส่วนระดับอำเภอมีการให้ข้อมูลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ในกรณีฉุกเฉินทั้งระดับจังหวัด และอำเภอ มีการเรียกประชุมศูนย์ปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัด และเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการฝึกอบรมฟื้นฟูเกี่ยวกับระบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และการสอบสวนโรคเป็นประจำทุกปี

3. มีการนิเทศการดำเนินงานจากหน่วยงานสำนักงานควบคุมป้องกันโรค ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดทักษะ และความมุ่งมั่นในการในการปฏิบัติงาน อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในระบบเฝ้าระวัง มีความพร้อม เช่น คอมพิวเตอร์ และผู้ดูแลระบบ ในการแก้ไขระบบเมื่อเกิดปัญหา

4. ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความพร้อมในการทำงานระบบเฝ้าระวังไม่มากนัก เพราะต้องรับผิดชอบงานอื่นร่วมด้วย

การใช้ประโยชน์จากระบบการเฝ้าระวัง

1. พบการนำไปใช้ในการรายงานสถานการณ์โรคและคาดการณ์แนวโน้มของการเกิดโรค ในที่ประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกสัปดาห์/เดือน ตามรายงานสรุปการประชุม (เอกสารหมายเลข 1) จำนวน 12 ฉบับ

2. ข้อมูลตามเอกสารหมายเลข 1 ผู้บริหารสามารถใช้ข้อมูลในการบริหารจัดการปัญหาโรคและภัยในแต่ละพื้นที่ได้เป็นปัจจุบัน และใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ตามบันทึกการประชุม จำนวน 12 ฉบับ

3. ผู้ปฏิบัติมีความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา และสามารถสอบสวนโรค และลงพื้นที่เพื่อควบคุมป้องกันการแพร่กระจาย ของโรคได้รวดเร็ว (เฉลี่ย 1 วันหลังจากได้รับรายงาน ตามข้อมูลรายงานการสอบสวนโรค (10 ฉบับ) และผู้ปฏิบัติร่วมทีม มีความสัมพันธ์ดียิ่งขึ้น รวมทั้งการสอบสวนโรคอย่างรวดเร็วทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงาน

4. รายงานเฝ้าระวังโรค มีการปรับใช้กับงานที่เป็นปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ได้ ตามเอกสารโครงการ/แผนงาน 5 ฉบับ

<u>สรุปผลการศึกษา</u>

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคชิคุนกุนยาของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 แห่ง ในจังหวัดชลบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2552 ซึ่งสรุปผลการประเมินคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังได้ดังต่อไปนี้

1. <u>การศึกษาเชิงปริมาณ</u>

โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง มีความไวของระบบอยู่ในระดับควรปรับปรุง ส่วนความถูกต้อง ของรายงาน พบว่า ตัวแปรเพศถูกต้อง ร้อยละ 100 ตัวแปร ด้านอายุถูกต้อง ร้อยละ 75 ตัวแปร รหัสโรคถูกต้อง ร้อยละ 100 และตัวแปรวันเริ่มป่วย มีการรายงานถูกต้อง ร้อยละ 45

ความเป็นตัวแทน พบว่า ในตัวแปรเพศ และ อายุ พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 35.21 (25 ราย) เพศหญิงร้อยละ 64.79 (46 ราย) ความทันเวลาของการรายงานโรค พบว่า ข้อมูลที่รายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีความทันเวลาร้อยละ 81.12

2. <u>การศึกษาเชิงคุณภาพ</u>

พบว่า ในด้านการยอมรับความยากง่าย ความยืดหยุ่น ความอยู่ตัว และการใช้ประโยชน์ อยู่ของระบบเฝ้าระวัง อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผู้ปฏิบัติบางแห่ง มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่ ต้องมีทักษะในการใช้โปรแกรม ซึ่งต้องมีการเรียนรู้และอบรม จนสามารถปฏิบัติงานได้จริง

วิจารณ์ผล

1.การศึกษาเชิงปริมาณ

โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง มีความไวของระบบเฝ้าระวังอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง (ร้อยละ 31) เนื่องจากผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังมีการรายงานโรคตามแพทย์วินิจฉัย ไม่ได้รายงานโรคตามนิยามที่กำหนดของสำนักระบาดวิทยา โดยผู้ป่วยทุกรายต้องมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน

ค่าพยากรณ์บวกของการรายงาน พบว่า โรงพยาบาลมีค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับดี ร้อยละ100 เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าข่ายที่สงสัย และผู้ป่วยที่มีประวัติไปรับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนเขตจังหวัดระยองมาก่อนจะได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยทุกราย

ความถูกต้องของการรายงาน พบว่า ตัวแปรด้านอายุ ร้อยละ 75 และ ตัวแปรวันเริ่มป่วย มีการรายงานถูกต้องน้อยที่สุด ร้อยละ 45 เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งมีการดึงข้อมูลผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาตามรหัส ICD–10จากโปรแกรม MIDNET ของโรงพยาบาล การบันทึกข้อมูลวันเริ่มป่วยเป็นวันเดียวกับวันรับการรักษา

ความทันเวลาของการรายงานโรค พบว่า ข้อมูลที่รายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีความทันเวลา ร้อยละ 81.12 เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งมีผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังเพียงคนเดียว และมีภาระรับผิดชอบงานหลายอย่าง ทำให้การรายงานโรคล่าช้า

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ

พบว่า ในด้านความยากง่าย การยอมรับ ความยั่งยืนและการใช้ประโยชน์จากการเฝ้าระวัง อยู่ในเกณฑ์ดีแต่ยังคงต้องปรับในเรื่องความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง กรณีผู้รับผิดชอบหลักไม่อยู่อาจจะทำให้การรายงานในระบบเกิดความล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กำหนดระยะเวลาในระบบตั้งแต่แพทย์วินิจฉัย จนถึงการรายงานโรคให้ SRRT รพ./สสอ. ทราบเพื่อดำเนินการได้ทันเวลา

2. ควรประสานการประชุมศูนย์ปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนแนวทางการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรค กับ จ.ระยอง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาด และแจ้งเตือนสถานการณ์การระบาดของโรค พร้อมทั้งแนวทางการวินิจฉัย และระบบการเฝ้าระวังโรค ให้แพทย์และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่ไม่มีการระบาดทราบ

3. ควรจัดอบรมแพทย์ พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และผู้เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการรายงานจากระบบ รง 506 และการปรับการรายงานในระบบ ICD 10 มาสู่ รายงาน 506

4. กำหนดให้พื้นที่มีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรค เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง และกำหนดให้เป็นตัวชี้วัด ในการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา และควบคุมโรค

5. ควรให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่อื่น ๆ ร่วมดำเนินการการควบคุมและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดทักษะประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดทำองค์ความรู้ (Knowledge management) ด้านการระบาดของโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมือในการประเมินระบบเฝ้าระวังครั้งนี้เป็นอย่างดี ได้แก่ โรงพยาบาลหนองใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองใหญ่ โรงพยาบาลบ่อทอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อทอง ที่อนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และแพทย์หญิงวราลักษณ์ ตังคณะกุล ที่กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1.คำนวณ อึ้งชูศักดิ์. หลักวิชาการและการประยุกต์ระบาดวิทยาสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน; 2549.

2. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี; 2551.

3. สุริยะ คูหะรัตน์, บรรณาธิการ. นิยามโรคติดเชื้อประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2546.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

วิชัย ธนาโสภณ, วัชธรี ทองอ่อน. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคชิคุนกุนยา จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2554; S15-S19.

Suggested Citation for this Article

Wichai Tanasopon, Wattharee Thong-on. Evaluation of Chikungunya Surveillance in Chonburi Province, 2009. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2011; S15-S19.