



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 45 ฉบับที่ 45 : 21 พฤศจิกายน 2557

Volume 45 Number 45 : November 21, 2014

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

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบาในโรงพยาบาลป่าดงเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2556
Surveillance Evaluation of Amoebic Dysentery in Padangbasar Hospital, Sadao District, Songkhla Province, Thailand, 2013



✉ doctorwised@hotmail.com

วิเศษ สิรินทรโสภณ, อมร มะบุญยา
โรงพยาบาลป่าดงเบซาร์, สำนักงานสาธารณสุขสงขลา

บทคัดย่อ

โรคบิด (Dysentery) เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ โรคบิดชิเกลลลา (Shigellosis) หรือโรคบิดไม่มีตัว และโรคบิดอมีบา (Amebiasis) หรือโรคบิดมีตัว จากรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 ของโรงพยาบาลป่าดงเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ที่มารักษาด้วยโรคบิดอมีบาในปี 2552 - 2556 มีอุบัติการณ์ของโรคนิวโน้มสูงชัน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเวชระเบียนจากโปรแกรม Hosxp ที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคบิดอมีบา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยแตกต่างกัน นอกจากนั้น ในช่วง 5 ปีนี้มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลป่าดงเบซาร์เองป่วยด้วยโรคนี้อีก 2 ราย ดังนั้น ทีมเฝ้าระวังโรคจึงมีความสนใจในการประเมินระบบเฝ้าระวังของโรคบิดอมีบา ในโรงพยาบาลป่าดงเบซาร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคบิดอมีบา ศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณและคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา ผลการศึกษาพบเวชระเบียนที่ได้จากการคัดกรองด้วย ICD-10 รวมทั้งหมด 493 ราย แต่เข้านิยามโรคบิดอมีบาเพียง 67 ราย เป็นผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506 จำนวน 52 ราย มีความไวของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 76.12 ส่วนค่าพยากรณ์บวกของระบบการเฝ้าระวังร้อยละ 98.02 ข้อมูลจากการรายงานสามารถเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวังได้ดี

ความทันเวลาของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 100 และความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังร้อยละ 92.43 พบว่าในด้านการยอมรับในระบบเฝ้าระวัง การใช้ประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวังอยู่ในเกณฑ์ แต่ยังคงต้องปรับในด้านการยอมรับในระบบเฝ้าระวังในเรื่องการวินิจฉัยโรคเมื่อผลตรวจอุจจาระพบเชื้อบิดอมีบาตรวจรายงานก่อนได้ ถึงแม้ว่าแพทย์จะยังไม่ให้การวินิจฉัย และเพิ่มความมั่นคงในระบบเฝ้าระวังโดยมีการรายงานสถานการณ์โรคให้กับผู้ปฏิบัติได้ทราบ

คำสำคัญ : การประเมิน, ระบบเฝ้าระวัง, โรคบิดอมีบา, ป่าดงเบซาร์, สงขลา

ความเป็นมา

โรคบิด (Dysentery) เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ โรคบิดชิเกลลลา (Shigellosis) หรือโรคบิดไม่มีตัว และโรคบิดอมีบา (Amebiasis) หรือโรคบิดมีตัว สถานการณ์โรคบิดในจังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคบิดรวมทุกรหัส (04, 05 และ 06) ทั้งหมด 130 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 9.51 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วย



◆ การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบาในโรงพยาบาลป่าดงเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2556	705
◆ สรุปรายการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 45 ระหว่างวันที่ 9 - 15 พฤศจิกายน 2557	712
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 45 ระหว่างวันที่ 9 - 15 พฤศจิกายน 2557	715

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรือ งานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร กุมาตล
นายแพทย์รัชช ายนียโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์ดำนวน อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ธนรักษ์ พลิพัฒน์

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักศิรีสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : นายแพทย์โรม บัวทอง

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักศิรีสัมพันธ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุรภิตต์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภูจันท์ ศติธันว์ มาแอดเย็น พัชรี ศรีหมอก
สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา ดล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักศิรีสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักศิรีสัมพันธ์ พิรยา ดล้ายพ้อแดง

แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อโคโรน่า สายพันธุ์ใหม่ 2012

- แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อโคโรน่า สายพันธุ์ใหม่ 2012
- แนวทางการเก็บและนําส่งตัวอย่างผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า สายพันธุ์ใหม่ 2012
- แบบส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า สายพันธุ์ใหม่ 2012
- แบบแจ้งผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) ในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (AI-1)
- แบบรายงาน/สอบสวนโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง สงสัยไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (SARI_AI 1,2)

สามารถดาวน์โหลดแนวทางการได้ทางเว็บไซต์สำนักระบาดวิทยา www.boe.moph.go.th ในกรณีพบผู้ป่วยสงสัย แจ้งภายใน 24 ชั่วโมง ที่โทรศัพท์: 02-5901793 หรือ 02-5901795 โทรสาร 02-5918579 หรือ Email: outbreak@health.moph.go.th หรือ บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง SARI ทางเว็บไซต์

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายังกลุ่มจัดการความรู้และเผยแพร่วิชาการ สำนักระบาดวิทยา
E-mail: panda_tid@hotmail.com หรือ weekly.wesr@gmail.com

เสียชีวิตพบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 68 ราย เพศหญิง 62 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.1 : 1

อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอสะเดา อัตราป่วยเท่ากับ 46.30 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อำเภอเมืองสงขลาอัตราป่วยเท่ากับ 20.95 ต่อประชากรแสนคน และอำเภอนาทวีอัตราป่วยเท่ากับ 13.83 ต่อแสนประชากร ส่วนอำเภอที่มีอัตราป่วยน้อยที่สุด คือ อำเภอเทพา 1.38 ต่อแสนประชากร

จากรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 โรงพยาบาล ปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ที่มารักษาด้วยโรคบิดอมีบา ในปี 2552 - 2556 มีจำนวนผู้ป่วย 8, 31, 22, 22 และ 52 ราย ตามลำดับ และมีอัตราป่วยเท่ากับ 6.48, 25.11, 17.83, 17.83 และ 42.21 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเวชระเบียนจากโปรแกรม Hosxp ที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคบิดอมีบา พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยแตกต่างกันและมีอุบัติการณ์ของโรคนี้น่าสนใจสูงขึ้น นอกจากนี้ในช่วง 5 ปีนี้มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ป่วยด้วยโรคนี้ 2 ราย ดังนั้น ทีมเฝ้าระวังโรคจึงมีความสนใจในการประเมินระบบเฝ้าระวังของโรคบิดอมีบา ในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคบิดอมีบา
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณและคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา
3. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาภาคตัดขวางทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ พื้นที่ศึกษา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลาทำการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556 ประชากรที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคที่มีรหัส ICD10 TM ที่กำหนดได้แก่ A030 - A039, A06, A060, A061, A062, A063, A069, A040 - A049, A050 - A059, A080 - A088 และ A090 - A099 โดยมีนิยามผู้ป่วยในการเฝ้าระวังโรค (Case Definition for Surveillance) มีดังต่อไปนี้

นิยามผู้ป่วย คือ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ทั้งผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556 ซึ่งอาการเข้าได้กับนิยามโรคบิดอมีบา ตามนิยามของโรคติดเชื้อ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 ของสำนักระบาดวิทยา¹

เครื่องมือและการเก็บข้อมูล^{2,3}

คุณลักษณะเชิงปริมาณ (Quantitative Attribute) คือ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในที่มีรหัส ICD 10 TM ตามที่กำหนด และข้อมูลที่ได้จากรายงาน 506 ตามแบบ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคบิดอมีบา โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ โดย ศึกษาในประเด็นความไวของการรายงาน (Sensitivity) ค่าพยากรณ์ บวก (Positive Value Predictive) ความเป็นตัวแทน (Representativeness) ความทันเวลา (Timeliness) และคุณภาพข้อมูล (Data quality)

คุณลักษณะเชิงคุณภาพ (Qualitative Attribute) สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา เป็นรายบุคคล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งหมด พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบระบบเฝ้าระวัง โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ตามแบบ สัมภาษณ์ระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ โดย ศึกษาในประเด็นการยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง (Acceptability) การ นำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) ความง่าย (Simplicity) ความ ยืดหยุ่น (Flexibility) ความมั่นคงของระบบ (Stability)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของอำเภอสะเตา

อำเภอสะเตามีอาณาเขตติดต่อกับด้านชายแดนมาเลเซีย เขต ป่าดงเบขาร์และสะเตามีประชาชนผ่านเข้าออกประมาณ 3,500 คน ต่อวัน โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์รับผิดชอบพื้นที่ 3 ตำบล มี 16,114 หลังคาเรือน ประชากร 44,752 คน เป็น ชาย 21,693 คน หญิง 23,059 คน แยกเป็นรายตำบล ดังนี้ ตำบลทุ่งหมอ 1,876 หลังคา เรือน ชาย 3,746 คน หญิง 3,712 คน ตำบลป่าดงเบขาร์ 7,761 หลังคาเรือน ชาย 12,197 คน หญิง 12,533 คน ตำบลสำนักขาม 6,477 หลังคาเรือน ชาย 5,750 คน หญิง 6,814 คน (จากการสำรวจ ข้อมูลประชากรกลางปี ณ กรกฎาคม 2556)

2. ผลการประเมินระบบเฝ้าระวัง

มีผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนก ผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556 – 31 ธันวาคม 2556 และแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคที่มีรหัส ICD10 TM ที่กำหนด ได้แก่ ไม่พบ A030-A039, A040-A049 พบ 5 ราย, A060-A069 พบ 67 ราย, A050-A059 A080-A088 และ A090 – A099 พบ 421 ราย รวมทั้งหมด 493 ราย เป็นผู้ป่วยที่เข้าตาม นิยามโรคบิดอมีบา 67 ราย ไม่เข้าตามนิยามโรคบิดอมีบา 426 ราย เป็นผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบ รง 506 จำนวน 52 ราย และเป็น ผู้ป่วยที่ไม่ถูกรายงานในระบบ รง 506 จำนวน 441 ราย (ตารางที่ 1)

2.1. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ (Quantitative attributes result)

การประเมินความไวของการเฝ้าระวัง (Sensitivity) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2556 พบจำนวนรายงาน ผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามโรคบิดอมีบาในระบบรายงาน 506 จำนวน 51 ราย จากจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามโรค บิดอมีบาทั้งหมด 67 ราย คิดเป็นความไวของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 76.12

การประเมินค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวัง (Positive Value Predictive, PVP) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2556 พบจำนวนรายงานผู้ป่วยโรคบิดอมีบาที่เข้าได้ตามนิยาม 51 ราย จากจำนวนรายงานผู้ป่วยโรคบิดอมีบาในระบบรายงาน 506 ทั้งหมด 52 ราย คิดเป็นค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 98.08

การประเมินความเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวัง (Representativeness) ทำการศึกษาโดยเปรียบเทียบข้อมูล ตัวแปร เพศ อายุ และพื้นที่ที่พบผู้ป่วย ในรายงาน 506 จำนวน 52 ราย กับ ผู้ป่วยจากเวชระเบียนจำนวน 67 ราย

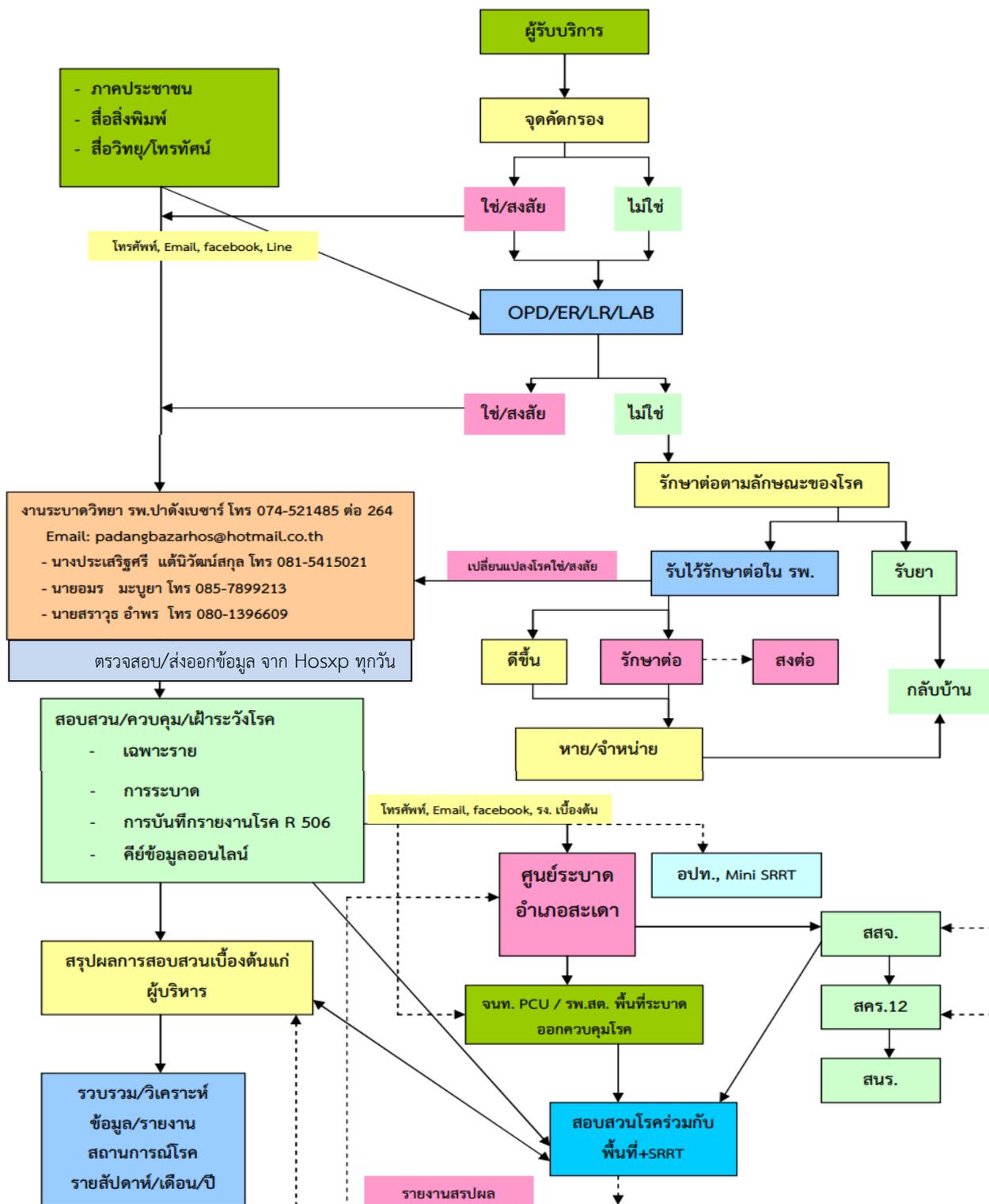
ตารางที่ 1 ความไวและค่าพยากรณ์บวกของการรายงานผู้ป่วยโรค บิดอมีบา ในระบบเฝ้าระวังโรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2556

	เข้าตามนิยาม	ไม่เข้าตามนิยาม	รวม
รายงาน	51	1	52
ไม่รายงาน	16	425	441
รวม	67	426	493

ข้อมูลจากรายงาน 506 กับข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนใน ด้านอัตราส่วนระหว่างเพศ ด้านอายุ ด้านสัดส่วนของกลุ่มอายุ และ ด้านอัตราส่วนพื้นที่ที่พบผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ซึ่ง ทั้งหมดใช้เป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวังได้ดี

การประเมินความทันเวลาของระบบเฝ้าระวัง (Timeliness of report) พบผู้ป่วยทั้ง 51 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัย ได้มีการ รายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ทันเวลาภายใน 2 วัน จำนวน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

การประเมินความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล จากกร ทบทวนเอกสารพบว่า ข้อมูลของผู้ป่วยที่รายงานเข้ามาในรายงาน 506 จำนวน 51 ราย พบว่า มีความถูกต้องของประเภทผู้ป่วย นอก/ใน จำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.20 สัณฐานิต จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.24 และวันเริ่มป่วย จำนวน 35 ราย คิด เป็นร้อยละ 68.63 ส่วนข้อมูลของอายุ เพศ ที่อยู่ และวันที่วินิจฉัย มีความถูกต้องร้อยละ 100



หมายเหตุ - งานระบาดวิทยาทำงานทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ สามารถแจ้งผู้ป่วยโรคระบาดได้ตลอดเวลา

2.2. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ (Qualitative attributes results)

ทำการสัมภาษณ์ สอบถามและสังเกตขั้นตอนการทำงานของ ผู้รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา เป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ได้ผลดังนี้

การยอมรับในระบบเฝ้าระวัง (Acceptability) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ระบบเฝ้าระวังโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ทุกคน ทราบว่าโรคบิดอมีบาเป็นโรคที่ต้องรายงานทางระบาดวิทยา และเห็นว่าเป็นโรคที่ควรเฝ้าระวัง เพราะเป็นกลุ่มโรคเชื้อในทางเดินอาหารที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อบิดอมีบา การ

รายงานโรคและสอบสวนโรคได้ทันเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน จะสามารถควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยังคิดว่า “จำนวนรายงานโรคบิดอมีบา ยังคงต่ำกว่าความเป็นจริง (underreport)” เนื่องจากว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจจะไม่ได้ตรวจอุจจาระ นอกจากนั้น แพทย์และพยาบาล ไม่มีปัญหาในการวินิจฉัยโรคบิดอมีบา โดยใช้ ICD10 และตามนิยามโรคบิดอมีบาซึ่งประกอบไปด้วยเกณฑ์ทางคลินิกและเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการที่ใช้การตรวจอุจจาระพบเชื้อบิดอมีบา ซึ่งที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลปาดังเบซาร์สามารถตรวจอุจจาระดูเชื้อบิดอมีบาได้ แต่พบว่าเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบระบบเฝ้าระวัง “การรายงานจะยึดการวินิจฉัยของแพทย์เป็นหลัก”

การนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพ มีการนำข้อมูลไปใช้ในการรายงานสถานการณ์โรคและคาดการณ์แนวโน้มของการเกิดโรค ในการประชุมทีม SRRT และประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขสู่สะเดา ทุกเดือน ผู้ปฏิบัติงานมีความตื่นตัวตลอดเวลา ช่วยในการค้นหาแหล่งกำเนิดโรคและประเมินความรุนแรงของการระบาด เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายโรคให้อยู่ในวงจำกัดและควบคุมได้อย่างรวดเร็ว แต่อยากให้มีการสรุปสถานการณ์โรคไปยังผู้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ความง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ บุคลากรอื่นๆ สามารถช่วยปฏิบัติงานได้ และใช้เวลาไม่นาน การรายงานโรคมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสงสัย/วินิจฉัยโรคบิดอมีบา ลงในทะเบียนแจ้งข่าว มีช่องทางการรายงานหลายช่องทาง ทั้งทางทะเบียนเอกสาร ทางอิเล็กทรอนิกส์ (โทรศัพท์/ E-mail/ Facebook/ Line) โดยเฉพาะทางอิเล็กทรอนิกส์ จะเป็นช่องทางที่ง่ายและรวดเร็ว เมื่อมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการ หรือผู้ปฏิบัติงานใหม่ สามารถชี้แจงแนวทาง

และอบรมเพื่อให้เกิดทักษะได้ ในส่วนเอกสารที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ มีคู่มือ/ แนวทางต่างๆ ที่ใช้ในการรายงาน เฝ้าระวัง และควบคุมโรค เพื่อให้การปฏิบัติงาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ง่าย ใช้เวลาน้อย ไม่ซับซ้อนเพราะเปรียบเทียบกับคำนิยามและผลการตรวจอุจจาระ และเชื่อมโยงข้อมูลจากโปรแกรม HosXP มาใช้ในการส่งรายงาน 506 ได้ ในส่วนของโปรแกรม R506 มีการบันทึกข้อมูลไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการใช้ สามารถเรียนรู้การลงข้อมูล และการนำเอาข้อมูลออกมาใช้ได้ง่าย และการวิเคราะห์ข้อมูลมีความซับซ้อน ทำให้ยากต่อการนำข้อมูลไปใช้สำหรับผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

ความยืดหยุ่น (Flexibility) มีการปรับเปลี่ยนตามโปรแกรมรายงาน 506 เนื่องจากการลงข้อมูลรหัส ICD 10 ข้อมูลไม่ครอบคลุมการรายงานจึงได้ปรับปรุงให้รายงานได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และต้องมีการวินิจฉัยโรคบิดอมีบาจากแพทย์ก่อน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังถึงจะรับรายงานโรค ถึงแม้ว่าพยาบาลจะเห็นผลการตรวจอุจจาระว่าพบเชื้อบิดอมีบา

ความมั่นคงของระบบ (Stability) มีคำสั่ง SRRT อำเภอสะเดา และมีหนังสือมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงาน SRRT หลักการควบคุมโรคเบื้องต้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานทุกคน ถือว่าระบบเฝ้าระวังมีความสำคัญอย่างยิ่ง มีการส่งเสริมสนับสนุนในการส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังโรค มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ มีการให้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารผ่านการประชุมทุกเดือน นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ มีประสบการณ์และได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน แต่มีความพร้อมในการทำงานไม่มากนัก เพราะต้องรับผิดชอบงานอื่นร่วมด้วย

ตารางที่ 2 ความเป็นตัวแทนของข้อมูล 506 การรายงานผู้ป่วยโรคบิดอมีบา ในระบบเฝ้าระวังโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2556

ตัวแปร	ข้อมูลจากรายงาน 506	ข้อมูลจากเวชระเบียน
อัตราส่วน ชาย : หญิง	1.4 : 1.1	1.7 : 1.6
อายุ Mean	21.8	22.5
Median	20.5	22
อัตราส่วน เด็ก : ผู้ใหญ่ *	1 : 1.5	0.9 : 1.3
อัตราส่วน พื้นที่ (ตำบล)		
ปาดังเบซาร์ : ทุ่งหมอ : สำนักขาม	33 : 10 : 2	42 : 11 : 5
สะเดา : สำนักแต้ว : ปริก : ท่าโพธิ์	4 : 1 : 1 : 0	4 : 3 : 1 : 1

*อายุมากกว่า 15 ปี

อภิปรายผล

ความไวของระบบการเฝ้าระวังโรคบิดอมีบาร้อยละ 76.12 เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รายงานทั้งหมดเป็นแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งช่วงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยังเก็บอุจจาระส่งตรวจไม่ได้ แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคอื่น แต่เมื่อผลตรวจอุจจาระรายงานกลับมา แพทย์ไม่ได้มีการเปลี่ยนรหัสการวินิจฉัยโรค ดังนั้น ข้อมูลรหัส ICD 10 TM ใน Hosxp จึงไม่ถูกเปลี่ยนและไม่ได้ถูกดึงเข้าไปในระบบรายงาน 506 ส่วนแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดได้ผลการตรวจอุจจาระก่อนเข้าพบแพทย์ จึงได้รับการลงรหัสวินิจฉัยโรคบิดอมีบา ข้อมูลจึงเข้าระบบรายงาน 506 ทั้งหมด

ค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 98.08 เพราะมีผู้ป่วย 1 รายที่ไม่เข้าตามนิยามและมีการรายงาน แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นโรคบิดอมีบา ทั้งที่ผลการตรวจอุจจาระไม่พบเชื้อบิดอมีบา แต่สามผู้ป่วยเป็นโรคบิดอมีบาในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน

คุณภาพข้อมูลร้อยละ 92.43 มีความคลาดเคลื่อนในเรื่องประเภทของผู้ป่วย สัญชาติ เนื่องจากเป็นค่าที่กำหนดไว้ ส่วนวันที่เริ่มป่วย เกิดความคลาดเคลื่อนจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรค

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา โรงพยาบาล ปาดังเบซาร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556 ซึ่งสรุปผลการประเมินคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังไว้ ดังต่อไปนี้

คุณลักษณะเชิงปริมาณ (Quantitative Attribute)

โรงพยาบาลปาดังเบซาร์มีความไวของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 76.12 ส่วนค่าพยากรณ์บวกของระบบการเฝ้าระวังร้อยละ 98.02 ข้อมูลจากการรายงานสามารถเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวังได้ดี ความทันเวลาของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 100 และความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังร้อยละ 92.43

คุณลักษณะเชิงคุณภาพ (Qualitative Attribute)

พบว่าในด้านกรยอมรับในระบบเฝ้าระวัง การใช้ประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวังอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังคงต้องปรับในด้านกรยอมรับในระบบเฝ้าระวังในเรื่องการวินิจฉัยโรค เมื่อผลตรวจอุจจาระพบเชื้อบิดอมีบา ควรมีการรายงานก่อนได้ ถึงแม้ว่าแพทย์จะยังไม่ให้การวินิจฉัย และความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง โดยการรายงานสถานการณ์โรคให้กับผู้ปฏิบัติทราบ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดอบรมแพทย์ พยาบาล กลุ่มงานปฏิบัติการครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการรายงานในระบบ (โปรแกรม Hosxp) เพื่อใช้ในการลงรหัส ICD 10 TM ได้ถูกต้อง จะทำให้ข้อมูลถูกดึงมาเข้าสู่รายงาน 506 ได้ถูกต้อง

2. กรณีเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคบิดอมีบา ให้พยาบาลสามารถรายงานให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานเฝ้าระวังได้ โดยไม่ต้องรอแพทย์เปลี่ยนรหัสการวินิจฉัยโรคก่อน เพื่อให้การรายงานโรคและสอบสวนโรคทันเวลา ครบถ้วน และถูกต้อง

3. ควรมีการประเมินระบบการเฝ้าระวังเป็นระยะ เพื่อจะได้ทราบประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบเฝ้าระวัง และแจ้งผลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทุกระดับ เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น

4. ควรประชุมทีม SRRT อำเภอร่วมกับทีม SRRT ตำบล เพื่อชี้แจงและแลกเปลี่ยนแนวทางการเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมโรค ตลอดจนการแจ้งเตือนสถานการณ์การระบาดของโรค ให้ทีม SRRT และผู้เกี่ยวข้องทราบ

5. ควรจัดอบรมการใช้โปรแกรมรายงาน R506 ให้กับผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ เพื่อให้วิเคราะห์ข้อมูลการเกิดโรคในพื้นที่ได้อย่างทัน่วงที

ข้อจำกัด ผู้ป่วยบางรายไม่มีการส่งตรวจอุจจาระ ทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. สุริยะ คูหะรัตน์, บรรณาธิการ. นิยามโรคติดต่อเชื้อประเทศไทย 2546. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546
2. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2551.
3. คำนวน อึ้งชูศักดิ์. หลักวิชาการและการประยุกต์ระบบระบาดวิทยา สำหรับผู้บริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน; 2549.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

วิเศษ สิรินทรโสภณ, อมร มะบูยา. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบาในโรงพยาบาลปางดงเบซาร์ อำเภอสงขลา จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2557; 45: 05-11.

Suggested Citation for this Article

Sirinthornsopon W, Mabooya A. Surveillance Evaluation of Amoebic Dysentery in Padangbasar Hospital, Sadao District, Songkhla Province, Thailand, 2013. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2014; 45: 705-11.

Surveillance Evaluation of Amoebic Dysentery in Padangbasar Hospital, Sadao District, Songkhla Province, Thailand, 2013

Authors: Wised Sirinthornsopon, Amorn Mabooya

Padangbezar Hospital, Songkhla Provincial Health Office, Ministry of Public Health

Abstract

Dysentery is an infection of small and large bowels. There are two major causative pathogens which is *Shigella* spp. (invasive bacteria) and *Amoeba histolytica* (protozoa). The notifiable disease report of amoebic dysentery at Padangbezar hospital was increasing during 2009 – 2013. But the reporting number of notifiable disease surveillance and diagnosis program (Hosxp) was markedly different. Furthermore, two cases of amoebic dysentery were health care workers of Padangbezar hospital. Thus the hospital surveillance team conducted the surveillance evaluation of amoebic dysentery during 1 January – 31 December 2013. The objectives were aimed to describe the surveillance system, to study the qualitative and quantitative attributes and to provide the recommendation to improve the amoebic dysentery surveillance. Total 493 medical records were recruited from the ICD-10 but only 67 records met the case definition of amoebic dysentery. Of these 67 cases, only 52 cases were reported to the system. The sensitivity and predictive positive value was 76.12% and 98.92% respectively. The representative was good and timeliness was 100%. The accuracy of data was 92.43%. The acceptability, usefulness, flexibility and stability were good. But there should improve the acceptability by allow other personnel to report amoebic dysentery when the laboratory was positive. In case of the attending clinician was not yet diagnosed. And the stability was strengthening by providing the summary of surveillance report to all staffs routinely.

Keywords: Surveillance, Evaluation, Amoebic dysentery, Padangbezar, Songkhla