

สถานภาพการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เสียชีวิตในแต่ละภาค พบการแนวโน้มการใช้แอลกอฮอล์ สูงขึ้นใน ปี พ.ศ. 2541 – 2545 โดยในภาคกลาง มีการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 17.8 - 20.5 ในแต่ละปี ภาคเหนือ ร้อยละ 20.7 - 25.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 22.2 - 23.9 ภาคใต้ ร้อยละ 12.2 - 13.1 และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 6.0 - 13.8

แนวโน้มของปัญหา

จากข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 14 โรงพยาบาลเครือข่าย ปี พ.ศ. 2541 - 2545 พบว่า ลำดับที่ของการบาดเจ็บยังคงเป็นลำดับที่ 5 ในทุกปี จำนวนและสัดส่วนของผู้บาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อยใน ปี พ.ศ. 2542 - 2543 และสูงขึ้นใน ปี พ.ศ. 2545 ลักษณะทางระบาดวิทยาของการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองไม่เปลี่ยนแปลง คือ ผู้บาดเจ็บเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สำหรับผู้เสียชีวิตเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาชีพผู้ใช้แรงงาน นักเรียน/นักศึกษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาชีพทำสวน ทำนา ทำไร่ มีแนวโน้มลดลง รูปแบบการทำร้ายตนเอง เป็นการทำร้ายตนเอง ด้วยพิษจากสารกำจัดสิ่งรบกวน (ได้แก่ สารปราบวัชพืช สารฆ่าแมลง) บ้านและบริเวณบ้าน เป็นสถานที่เสียชีวิต ทำร้ายตนเองมากที่สุด เช่นเดียวกันทุกปี สำหรับการการบาดเจ็บ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและรุนแรง คือ มีการทำร้ายตนเอง โดยการแขวนคอ รัดคอ ตาย 1 คน ในอายุต่ำกว่า 10 ปี และอีก 7 คน ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงเช่นเดียวกัน วิธีการทำร้ายตนเอง ด้วยยาฆ่าเชื้อ ยาระงับปวด ในโรงพยาบาลศูนย์และตติยภูมิ เพิ่มขึ้นมากกว่า ปี พ.ศ. 2541 สำหรับเวลาที่เกิดเหตุการณ์บาดเจ็บ อยู่ในช่วงเย็นถึงดึก ซึ่งแตกต่างเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นเวลาพลบค่ำถึงดึก

สรุปและข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาดำเนินการ

จากข้อมูล 14 โรงพยาบาลเครือข่าย พบเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีและวัยรุ่น มีปัญหาการบาดเจ็บจากสาเหตุนี้ เพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2541 อาจเนื่องจากการขยายตัวของสังคม สภาพแวดล้อมและการเลี้ยงดู ที่ไม่เอาใจใส่เด็ก หรือการตามใจเด็ก จนมีผลทำให้เด็กทำร้ายตนเอง กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการสืบค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนการให้บริการคำปรึกษา (counseling) แก่เด็กที่บาดเจ็บ จากทำร้ายตนเอง และผู้ปกครองเด็ก โดยเฉพาะทางภาคเหนือ และภาคใต้ เป็นกรณีพิเศษ นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาสุขภาพจิต พร้อมทั้งเผยแพร่วิธีการเข้าถึงบริการนี้ แก่ประชาชนทั่วไปในวงกว้าง สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ควรแสดงออกถึงความรัก ความอบอุ่น และการดูแลเอาใจใส่กันและกัน โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่น อย่างใกล้ชิด ควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะ ของการควบคุมการใช้สารฆ่าแมลง สารพิษ สารเคมี และการเก็บงา สารพิษให้รอบคอบ ยกต่อการหยิบฉวยมาใช้ทำร้ายตนเอง และควรกระทำอย่างต่อเนื่อง น่าจะทำให้ปัญหานี้ลดลงได้

ขอขอบคุณ : 14 โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับจังหวัด ดังนี้

รพ.นครราชสีมา, รพ.นครราชสีมา, รพ.ลพบุรี, รพ.ราชบุรี, รพ.สุราษฎร์ธานี(นครสวรรค์), รพ.ยะลา, รพ.พระปกเกล้า(จันทบุรี)
รพ.เชียงใหม่, รพ.นครราชสีมา, รพ.หาดใหญ่(สงขลา), รพ.ระยอง, รพ.ขอนแก่น, รพ.เลิดสิน(กทม), รพ.นพรัตนราชธานี, รพ.อุดรธานี

วิเคราะห์และรายงานโดย วนัสพันธ์ รุจิพัฒน์
สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



ความถูกต้องและครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยวัณโรค

จังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546

Accuracy and Completeness of Tuberculosis Surveillance Reports of Patients Mukdahan province, 2003

วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง วท.ม.(วิทยาการระบาด)* พุทธิศิริ ศิริโชติรัตน์ วท.บ.(สุขภาพ)*

อำเภอพร สุธรรมวิรัช ป.พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง* บุญมี ทองออน สส.บ.**

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความถูกต้อง และครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 จากรายงานผู้ป่วยวัณโรคที่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลอยู่ 3 ระบบ เปรียบเทียบกัน คือ ระบบงานเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งใช้ระบบการจำแนกโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (ร.506/507) และรายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB register) โดยการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ข้อมูลผู้ป่วยที่รวบรวมได้ จะถูกตรวจสอบจากคณะผู้วิจัย เทียบกับมาตรฐานการรักษาวัณโรค ผลการศึกษาพบว่า ความถูกต้องของการรายงานผู้ป่วยวัณโรค ค่าสุดในระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (ร้อยละ 82.09) และสูงสุดในระบบ

รายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (ร้อยละ 98.03) ความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละระบบรายงาน เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด พบต่ำสุดในระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (ร้อยละ 42.75) และสูงสุดในระบบรายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (ร้อยละ 77.46) จากระบบการรายงานโรคทั้ง 3 ระบบ ดังกล่าว ควรมีการรวมกันให้เหลือระบบรายงานเพียงระบบเดียว คือ ระบบที่มีความถูกต้องและครบถ้วนมากที่สุด เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการจัดทำรายงาน และเพื่อให้มีความถูกต้องและครบถ้วนในการรายงานผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

บทนำ

วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมานานนับศตวรรษแล้ว⁽¹⁾ โดยในแต่ละจังหวัด จะมีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สำหรับให้บริการตรวจ วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย รวมทั้ง ศูนย์วัณโรคเขตด้วย (ซึ่งศูนย์วัณโรคเขตนี้ จะมีเฉพาะในบางจังหวัด ที่เป็นที่ตั้งของศูนย์วิชาการเขต ในสังกัดกรมควบคุมโรค ตั้งอยู่เท่านั้น) เปิดให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป ที่มารับการตรวจรักษาในสถานบริการนั้น ๆ สำหรับการตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคนั้น ทางกองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข(เดิม) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการวินิจฉัยและการตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรค ไว้เป็นเกณฑ์มาตรฐานสากล สำหรับแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค⁽²⁾ ส่วนระบบรายงานผู้ป่วยวัณโรคนั้น ในแต่ละสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในแต่ละจังหวัด มีระบบการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ 3 ระบบ คือ

1. รายงานเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ระบบการจัดเก็บรายงานโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)⁽³⁾
2. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506/507) ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾
3. รายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค รบ 1 ก 04 (TB register) ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงความถูกต้องและความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ได้รับการตรวจรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2546 ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดมุกดาหาร จากระบบรายงานทั้ง 3 ระบบเปรียบเทียบกัน

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยการเก็บข้อมูล ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง
2. พื้นที่ดำเนินการ ทำการสุ่มเลือกจากจังหวัดในเขตทั้งหมด 7 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling technique)⁽⁵⁾ ซึ่งได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล เฉพาะผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดมุกดาหาร และได้รับการตรวจรักษาในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2545 - 30 กันยายน พ.ศ. 2546) จากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งของจังหวัดมุกดาหาร (ตารางที่ 1.) โดยการรวบรวมจากระบบรายงาน ดังต่อไปนี้คือ

3.1. งานเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดมุกดาหาร ได้ใช้ระบบรายงานตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ในรูปสื่ออิเล็กทรอนิกส์

3.2. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506/507) ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งของจังหวัดมุกดาหาร ได้จัดทำรายงานการเฝ้าระวังโรคระบบนี้ ในรูปสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งข้อมูลรายงานผู้ป่วยทั้งหมด จะถูกรวบรวมโดย งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วถูกส่งต่อไปที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี และสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขต่อไป

3.3. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค รบ 1 ก 04 (TB register) ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค เป็นรายงานการขึ้นทะเบียน สำหรับติดตามและประเมินผลการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย ในแต่ละสถานบริการรวบรวมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำคลินิกวัณโรค ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

ตารางที่ 1 ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดมุกดาหาร
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546

ระบบจัดเก็บข้อมูล	รพ.ทั่วไป (n=1)	รพช. (n=6)
- งานเวชระเบียนผู้ป่วย (ICD-10)	ทำทุกแห่ง	ทำทุกแห่ง
- รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา(รง.506/507)	ทำทุกแห่ง	ทำทุกแห่ง
- ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค รบ 1 ก 04 (TB Register)	ทำทุกแห่ง	ทำทุกแห่ง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลผู้ป่วยจากงานเวชระเบียนผู้ป่วยหรือจากบัตรรายงานโรค ที่ได้จากระบบรายงานแต่ละระบบ จะได้รับการตรวจสอบโดยคณะผู้วิจัย เทียบกับเกณฑ์การวินิจฉัยและมาตรฐานการรักษาโรค ของกองวินโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ (เดิม) โดยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด คือ จำนวนผู้ป่วยจากทุกระบบรายงานรวมกันและไม่ซ้ำกัน แล้วนำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Epi Info version 6.0 โดยนำเสนอเป็นคำร้อยละ

คำจำกัดความ

ความถูกต้องของการรายงานผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกรายงานเป็นผู้ป่วยวัณโรค ในแต่ละระบบรายงาน ต้องมีผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ยืนยันว่า ป่วยเป็นวัณโรค

ความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่ถูกรายงาน ในแต่ละระบบรายงาน มีจำนวนครบถ้วน ตรงกันกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ที่แพทย์วินิจฉัยยืนยันว่า ป่วยเป็นวัณโรคทั้งหมด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดมุกดาหารส่วนใหญ่ ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งกระจายอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน โดยพบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ในทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค รบ.1 ก 04 มากที่สุด รวม 305 ราย พบว่า มีความถูกต้องตามเกณฑ์การวินิจฉัย การรักษาและการรายงานผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 299 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.03 (ตารางที่ 2) ซึ่งความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่ เกิดจากความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล ของผู้ป่วยแต่ละรายผิดพลาด ความถูกต้องตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค การรักษาและการรายงานผู้ป่วยวัณโรคในทั้ง 3 ระบบนี้ พบว่า มีความถูกต้องของการรายงานน้อยที่สุด ในระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506/507) คิดเป็นร้อยละ 82.09 โดยความผิดพลาดที่พบส่วนใหญ่ เกิดจากการลงรหัสโรคผิด และการนับรวมเอาผู้ป่วย ที่มารับยาในแต่ละครั้ง เข้าเป็นผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับยา หรือผู้ที่แพทย์สงสัยว่าป่วยเป็นวัณโรค จะถูกนับเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ต้องรายงานด้วย ส่วนในระบบเก็บข้อมูล ของงานเวชระเบียนผู้ป่วย(ICD-10) นั้น พบว่า มีความถูกต้องของการรายงาน ร้อยละ 97.13 ซึ่งความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อน เกิดจากการนับจำนวนผู้ป่วย เช่น ในผู้ป่วยที่มารับยาในแต่ละครั้ง หรือผู้ป่วยที่แพทย์นัดหมายมาตรวจร่างกาย สำหรับติดตามผลการรักษาในแต่ละครั้ง ก็จะถูกนับเป็นผู้ป่วยทุกครั้ง ที่มารับบริการด้วย

ตารางที่ 2 ความถูกต้องของการรายงานผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระบบจัดเก็บข้อมูล จังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546

ระบบจัดเก็บข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยที่ รายงานทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ มีการรายงานถูกต้อง	ร้อยละ ที่ถูกต้อง
- รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (506/507)	201	165	82.09
- งานเวชระเบียนผู้ป่วย (ICD-10)	174	169	97.13
- รบ. 1 ก 04 (TB. register)	305	299	98.03

จากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ของจังหวัดมุกดาหาร จากทุกระบบรายงาน มีจำนวนทั้งสิ้น 386 ราย โดยพบว่า ระบบรายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค รบ.1 ก 04 หรือ TB. register มีความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วย มากที่สุด ถึงร้อยละ 77.46 รองลงมา คือ ระบบรายงานของงานเวชระเบียนผู้ป่วย(ICD-10) คิดเป็นร้อยละ 43.78 และระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506/507) มีความครบถ้วน ต่ำสุด คิดเป็นร้อยละ 42.75 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามระบบจัดเก็บข้อมูล จังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546

ระบบจัดเก็บข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
- รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา(506/507)	165	42.75
- งานเวชระเบียนผู้ป่วย (ICD-๑๐)	169	43.78
- รบ. 1 ก 04 (TB. register)	299	77.46
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจากทุกระบบรายงานและไม่ซ้ำกัน	386	100.0

อภิปรายผล

จากการศึกษาความถูกต้องและครบถ้วนของการรายงาน และการรักษาผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 พบว่า การรายงานผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506/507) ของกองระบาดวิทยา(เดิม) หรือ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค(ใหม่) มีความครบถ้วนและถูกต้อง ต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับการรายงานในระบบอื่น ๆ เนื่องจากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เป็นการรายงานและจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วย ที่มารับบริการตรวจรักษาทั่ว ๆ ไปในโรงพยาบาล ไม่ได้ใช้ประโยชน์ของระบบรายงาน ในการติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลการรักษาของผู้ป่วย เป็นเพียงการรายงานผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยวัณโรค เสมหะบวกรายใหม่ มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น เช่นเดียวกันกับ ระบบการรายงานของงานเวชระเบียน(ICD-10) ซึ่งเป็นระบบ

การจัดเก็บ บันทึกข้อมูล ทะเบียนประวัติผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั้งสองระบบนี้ ใช้สำหรับบันทึกและการรายงานผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนระบบรายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคนั้น จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ที่ตรวจพบใหม่ในโรงพยาบาล แล้วนำมาขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ๆ ใช้สำหรับการติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลการรักษาผู้ป่วย ที่ขึ้นทะเบียนทุกราย ตลอดจนติดตามการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ด้วย จึงทำให้ระบบรายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค มีความครบถ้วน ถูกต้อง และครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยวัณโรค มากกว่าระบบงานเวชระเบียน และระบบงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการรายงานของงานเวชระเบียน จะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่เวชสถิติ ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ส่วนในระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและรายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคนั้น ผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่ จะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดเดียวกัน คือ ถ้าเป็นในโรงพยาบาลทั่วไป จะเป็นหน้าที่ของ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชกรรมสังคม และถ้าเป็นในโรงพยาบาลชุมชน จะเป็นหน้าที่ของ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค เป็นผู้รวบรวมแล้วส่งต่อไปที่งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำหรับส่งต่อไปที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และสำนักโรคติดต่อทั่วไป ดังนั้น ระบบรายงานทั้งสองระบบนี้ คือ ระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และระบบรายงานทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค สามารถรวมเข้าด้วยกันได้ ให้เหลือเพียงระบบรายงานเดียว เพื่อให้ระบบการรายงานผู้ป่วยวัณโรค ในแต่ละจังหวัดไม่ซ้ำซ้อน มีความครบถ้วนและถูกต้องมากที่สุด อีกทั้ง ไม่ก่อให้เกิดความสับสน ในการจัดทำรายงานและการรวบรวมข้อมูล ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า สถานการณ์ของวัณโรคในแต่ละจังหวัด และของประเทศไทย จากระบบรายงานของสำนักโรคติดต่อ และสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันมาก ทั้งจำนวนผู้ป่วยและในลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วย ดังนั้น สำนักโรคติดต่อ และสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรร่วมมือกันพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข เพื่อรวมให้เป็นระบบรายงานระบบเดียว ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และระดับประเทศมีความครบถ้วน ถูกต้องมากที่สุด และเนื่องจากในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ นั้น มีโรคติดต่อที่เป็นปัญหาหลาย ๆ โรค และแต่ละโรค จะมีระบบรายงานเฉพาะโรค แตกต่างกันไป เช่น รายงานผู้ป่วยวัณโรค รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อน รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ และในบางโรค อาจจะมีการรายงานมากกว่า 1 ระบบรายงาน ทั้งในส่วนหน่วยงานที่รับผิดชอบเฉพาะโรคนั้น ๆ และระบบรายงานเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคติดต่อด้วย ดังนั้น ควรมีการรวมกันให้เหลือเพียงระบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการจัดทำรายงาน และทำให้การรายงานมีความครบถ้วน และถูกต้องมากที่สุด

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบัน ตามแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เน้นการรักษาผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยงควบคุมการกินยา (DOTS: Directly Observed Treatment, Short Course) อันเป็นยุทธศาสตร์หลัก ในการควบคุม และรักษาวัณโรค และถือเป็นมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ที่ต้องนำไปปฏิบัติให้ได้ผลอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัณโรคตรวจเสมหะพบเชื้อ อัตราการรักษาหาย (cure rate) ต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85^(1,2) ดังนั้น การให้ความรู้ในการรักษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วย รวมถึงมีระบบการติดตาม นิเทศงาน และประเมินผลสถานบริการสาธารณสุข ทุกระดับอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยทำให้การดำเนินงานควบคุมวัณโรคมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ ด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากโรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดมุกดาหาร และเจ้าหน้าที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล รวมทั้ง นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี และนายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ จากสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2542: 1-71.
2. Tuberculosis Division, Department of Communicable Disease Control, Ministry of Public Health. Management of Tuberculosis Modified WHO Modules of Managing Tuberculosis at District Level. 3rd edition. Bangkok: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2002: 1-47.
3. กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อประเทศไทย, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546; 80.
4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2542: 43-105.
5. สมชาย สุพันธุ์วิช. หลักชีวสถิติ, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามมิตร; 2522: 262.

บทบรรณาธิการ

วันโรค เป็นโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของประเทศไทยมากกว่า 50 ปี และยังคงเป็นปัญหามากยิ่งขึ้น ทั้งในเรื่องของวันโรคดื้อยา และวันโรคในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV การศึกษาเปรียบเทียบ ความถูกต้องและครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วย เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ทราบคุณภาพ ของการรายงานแต่ละระบบ อย่างไรก็ตาม การที่จะนำระบบต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกันนั้น พึงระลึกว่า วัตถุประสงค์, นิยาม, แหล่งข้อมูล, การไหลเวียนของข้อมูล, รายละเอียดของข้อมูล และการนำไปใช้ประโยชน์ ของแต่ละระบบรายงานอาจจะแตกต่างกัน จึงทำให้ผลที่ได้จากการเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกัน และไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ดังเช่น

1. รายงานจากเวชระเบียนผู้ป่วย จะเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการทุกโรค คุณภาพของข้อมูล อาจจะเกี่ยวข้องกับผู้ที่ทำหน้าที่ลงรหัส
2. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อค้นหาและตรวจจับการระบาด ดังนั้น การนำมาใช้กับโรคที่มีระยะฟักตัวยาว อาจทำให้คุณภาพของข้อมูล ไม่ดีเท่าที่ควร
3. ระบบรายงานทะเบียนผู้ป่วยวันโรค มีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วย เพื่อให้การรักษา

จะสังเกตได้ว่า ระบบรายงานใด ที่มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ จะมีคุณภาพดีกว่า ระบบรายงาน ที่ทำหน้าที่เป็นเพียงข้อมูล ทางด้านสถิติเท่านั้น ถึงอย่างไรก็ตาม แนวคิดที่จะปรับระบบรายงาน ให้เหลือเพียงระบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนก็มีความเป็นไปได้ แต่ควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงวิธีในการปรับ เพื่อให้ได้ระบบที่มีคุณภาพ และเป็นประโยชน์ ในการชี้แนะแนวทาง ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขต่อไป

โดย นายแพทย์จิรภัทร กัลยาณพจน์พร
สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



ถ้านนดี...ขับขีรถเร็วก็ปลอดภัย ไม่จริงมั้ง?

นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538 ที่กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บและรายงานปัญหาการบาดเจ็บและตาย จากอุบัติเหตุบนท้องถนนมาตลอด เพิ่งจะมีช่วงปี พ.ศ. 2546 - 2547 นี้ ที่รัฐบาลและข้าราชการประจำของประเทศไทย สามารถเอาชนะปัญหานี้ได้บ้าง และเห็นชัยชนะที่ชัดเจนเมื่อสงกรานต์ปี พ.ศ. 2547 ที่ผ่านมา แต่ก็ไม่แน่ใจเหมือนกันว่า ชัยชนะที่ผ่านมามีทำให้ผู้ใช้รถใช้ถนน "ตายใจ" จนเกินไปหรือไม่ เพราะเริ่มมีเสียงจากสื่อบ้าง จากผู้นิยมขึ้นชมการขับขีรถเร็วบ้าง อยากให้รัฐบาลพิจารณาเพิ่มความเร็วขึ้นสูงสุด (ในถนนระหว่างเมือง) จากที่เป็นอยู่ คือ

60-80 กิโลเมตร/ชั่วโมง สำหรับรถบรรทุก รถพ่วง และ รถบรรทุกหนัก

90 กิโลเมตร/ชั่วโมง สำหรับรถอื่น ๆ ทั่วไป

ทางหลวงพิเศษ (ทางด่วน Motorway)

80 - 100 กิโลเมตร/ชั่วโมง สำหรับรถบรรทุก รถพ่วง

120 กิโลเมตร/ชั่วโมง สำหรับรถอื่น ๆ ทั่วไป

ด้วยเหตุผลว่าในปัจจุบัน สภาพถนนดีขึ้น รถยนต์มีสมรรถนะและความปลอดภัยเพิ่มขึ้น การเพิ่มความเร็วสูงสุดในกฎหมาย ไม่น่าจะทำให้อุบัติเหตุบนท้องถนน เพิ่มขึ้น บางรายถึงกับคัดค้านการบังคับใช้กฎหมายจำกัดความเร็วที่มีอยู่แล้ว สำหรับรถทั่วไปที่ 90 กิโลเมตร/ชั่วโมง

จริงหรือ ที่ว่า ถนนดีขับขีรถเร็วได้ ไม่ต้องจำกัด?

รายงานการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) และธนาคารโลก (World Bank) ที่ร่วมกันจัดทำและเผยแพร่ต่อสาธารณชนเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2547 นี้ ได้รวบรวมข้อมูลการวิจัยและสถิติจากทั่วโลก และรายงานไว้อย่างชัดเจนว่า ความเร็ว เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุทางถนน

- การขับขีรถเร็วเกินกำหนด ยังคงเป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ที่มีการตาย ในประเทศที่พัฒนาแล้วถึง ร้อยละ 30 และในประเทศด้อยพัฒนา ร้อยละ 50

- บนถนนนอกเมือง หรือ ระหว่างเมือง ทุก ๆ 5 กิโลเมตร/ชั่วโมง ที่เพิ่มขึ้น จากความเร็วที่มากกว่า 60 กิโลเมตร/ชั่วโมง จะทำให้อากาศเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หรือ มากกว่า (ฉะนั้น ที่ 90 กิโลเมตร/ชั่วโมง โอกาสเกิดจะเป็นถึง 64 เท่า ของความเร็ว 60 กิโลเมตร/ชั่วโมง)

- สำหรับผู้โดยสารที่อยู่ในรถ การเปลี่ยนแปลงความเร็วที่สูงขึ้นของรถ จะเป็นสาเหตุสำคัญของความรุนแรง เช่น เมื่อความเร็วเปลี่ยนจาก 20 กิโลเมตร/ชั่วโมง ไปเป็น 100 กิโลเมตร/ชั่วโมง จะทำให้อากาศการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ที่มีการตายเพิ่มจาก