ISSN 0125-7447 VOLUME 26 NUMBER 35 SEPTEMBER 1,1995

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

DIVISION OF EPIDEMIOLOGY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

สารบัญ CONTENTS

การศึกษาแนวทางในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำรายงาน รง. 506/1 ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลต่างๆ ของจังหวัดพะเยา 445

การศึกษาแนวทางในการรวบรวมข้อมูล เพื่อการจัดทำรายงาน รง. 506/1 ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ของจังหวัดพะเยา

บทนำ

กิจกรรมหลักในการเฝ้าระวังโรค ประกอบด้วย ขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูล, การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ การที่ระบบเฝ้าระวังโรคจะสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีประโยชน์ในการวางแผนทางสาธารณสุขได้ ทุกขั้นตอนจะต้องทำงานประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนในการจัดเก็บข้อมูลมีความสำคัญอย่างมากในการที่จะได้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและถูกต้อง กล่าวคือ ถ้าโรงพยาบาลใดมีระบบการรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำรายงานที่ง่าย ไม่ซับซ้อนมากนัก จะทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่ในการรายงานโรคสามารถทำงานได้สะดวกขึ้น, สามารถรายงานผู้ป่วยได้มากขึ้น, สามารถค้นหาข้อมูลมากรอกลงในแบบรายงานได้ง่ายขึ้น และใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลน้อยลง

การศึกษาครั้งนี้ จะเป็นการศึกษาถึงแนวทางที่โรงพยาบาลต่างๆในจังหวัดพะเยาใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อการจัดทำรายงาน รง. 506/1 ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อที่จะได้ทราบกระบวนการต่างๆที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำรายงาน รง. 506/1 ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
2. เพื่อที่จะได้ทราบถึงปัญหาในการจัดเก็บข้อมูล
3. เพื่อที่จะให้ข้อสังเกตในการดำเนินการปรับปรุงระบบในการรวบรวมข้อมูลให้ได้ดียิ่งขึ้น

วิธีการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Crossectional study โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของกระทรวงสาธารณสุขทุกโรงพยาบาลในจังหวัดที่ทำการศึกษารวม 7 โรงพยาบาล

1. การเลือกจังหวัดที่ทำการศึกษา: จังหวัดพะเยา

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล: สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับในทุกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ได้แก่ แพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่ฝ่ายกามโรคและเอดส์, เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการเขียนรายงานโดยตรง, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อให้ทราบแนวทางในการรวบรวมข้อมูลและจัดเขียนรายงาน

ผลการศึกษา

รูปแบบของการรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สามารถแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้

รูปแบบที่ 1 เมื่อแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยรายใดจะป่วยด้วยโรคเอดส์หรือติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการจะสั่งให้มีการเจาะเลือด ผู้ป่วยรายนั้นจะได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการเจาะเลือดโดยเจ้าหน้าที่ผู้ผ่านการอบรมวิธีการให้คำปรึกษาแล้ว ซึ่งอาจจะถูกส่งตัวไปให้คำปรึกษาที่คลินิกนิรนามหรือให้คำปรึกษาโดยพยาบาลที่หอผู้ป่วยก็แล้วแต่ความสะดวกในแง่ของเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย หลังจากได้ผลเลือดกลับมาแล้ว แพทย์จึงให้การวินิจฉัย หลังจากนั้นพยาบาลก็จะแจ้งให้เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมผู้มีหน้าที่ในการเขียนรายงานทราบ เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมจะมาเขียนรายงานที่หอผู้ป่วย

รูปแบบที่ 2 เมื่อแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยในรายใดจะมีการติดเชื้อเอดส์ก็จะสั่งเจาะเลือดผู้ป่วยรายดังกล่าว ผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาจากคลินิกนิรนามก่อน ถ้าผู้ป่วยมีความประสงค์จะตรวจเลือดจึงจะทำการตรวจให้ เมื่อได้ผลเลือดกลับมา เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาจะพิจารณาจากประวัติผู้ป่วยว่าเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการหรือไม่ ถ้ามีอาการเข้าได้กับนิยามก็จะจัดทำรายงานส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รูปแบบที่ 3 เมื่อแพทย์สงสัยผู้ป่วยในรายใดจะเป็นผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ ก็จะสั่งให้พยาบาลทำการตรวจเลือด ผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษาก่อนการเจาะเลือด เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้แจ้งผลให้ผู้ป่วยทราบ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะนำรายงาน 506/1 มาเสียบไว้กับบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยในเพื่อให้แพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นผู้ลงบันทึกการวินิจฉัยผู้ป่วย หลังจากนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะนำบัตรดังกล่าวมาลงรายละเอียดในส่วนข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย แล้วจึงรวบรวมส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกนิรนามเป็นผู้จัดส่งรายงานต่อไป

รูปแบบที่ 4 เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นแล้ว และแพทย์เห็นควรให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยก็จะถูกส่งไปพักที่หอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการจัดทำรายงานจะมาเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยด้วยตัวเองทุกวัน โดยจะพิจารณาผลการวินิจฉัยเบื้องต้นของแพทย์ที่ให้ไว้กับผู้ป่วยในรายใหม่ทุกราย ในการเขียนรายงาน 506/1 นั้นเจ้าหน้าที่จะเขียนเองทั้งในส่วนข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและในส่วนที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยผู้ป่วย

รูปแบบที่ 5 หลังจากที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยในกลับบ้านแล้ว บัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยในทุกรายจะถูกส่งกลับมาที่แผนกเวชสถิติ เจ้าหน้าที่เวชสถิติจะแยกบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยในดังกล่าวตามแพทย์ผู้ให้การรักษาแล้วส่งบัตรบันทึกประวัติกลับไปให้แพทย์ผู้ทำการรักษาสรุปผลการวินิจฉัยและการรักษา หลังจากแพทย์

(อ่านต่อหน้า 453)

สรุปเรียบร้อยแล้วบัตรจะถูกส่งกลับมาที่เวชสถิติอีกครั้งเพื่อการจัดเก็บ ในกรณีที่มีบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยในสรุปการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ เจ้าหน้าที่ของฝ่ายเวชสถิติจะแยกบัตรบันทึกประวัติเหล่านี้เอาไว้ แล้วส่งให้เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา เป็นผู้เขียนบัตรรายงานในส่วนข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย หลังจากนั้นทั้งบัตรบันทึกประวัติและรายงาน 506/1 ก็จะถูกส่งไปให้แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย ลงบันทึกรายงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย แล้วเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจะรวบรวมบัตรเพื่อจัดส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อไป

วิจารณ์

ขั้นตอนในการจัดทำรายงานของแต่ละโรงพยาบาลในจังหวัดพะเยามีความแตกต่างกัน และแต่ละระบบมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันดังนี้ คือ

1. รูปแบบที่ 2 รูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 เป็นระบบที่ง่าย อาศัยขั้นตอนน้อยและอาศัยการประสานงานน้อย ส่วนรูปแบบที่มีขั้นตอนในการจัดทำรายงานซับซ้อนค่อนข้างมากคือรูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 5

2. รูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 5 เป็นรูปแบบที่แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการรายงานด้วย โดยเป็นผู้ลงบันทึกการวินิจฉัยผู้ป่วยเอง ส่วนรูปแบบที่แพทย์ไม่มีส่วนร่วมในการรายงานผู้ป่วยเลย คือ รูปแบบที่ 2 ในขณะที่รูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 4 แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยโรค แต่ไม่ได้เป็นผู้รายงานเอง

3. รูปแบบที่ 1 รูปแบบที่ 2 รูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 ผู้รายงานจะพบผู้ป่วยด้วยตัวเองซึ่งจะทำให้สามารถได้ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นครบถ้วน ในขณะที่รูปแบบที่ 5 การรายงานอาศัยข้อมูลที่บันทึกลงในบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยใน ซึ่งบางครั้งอาจไม่ครบถ้วน

4. รูปแบบที่ 4 จะมีปัญหาได้ข้อมูลการวินิจฉัยได้ง่าย เพราะอาศัยการวินิจฉัยเบื้องต้น ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยขณะที่ผู้ป่วยกำลังพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะทำให้ไม่ได้รายงานผู้ป่วยรายนั้นไป

5. รูปแบบที่ 5 เป็นรูปแบบที่มีโอกาสที่จะมีการตกหล่นของข้อมูลระหว่างขั้นตอนสูง และยังเป็นระบบที่ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลสูง

ตามความเห็นของผู้ทำการศึกษา รูปแบบการรายงานแบบที่ 3 จะเป็นรูปแบบการรายงานที่ดีที่สุดใน 5 รูปแบบที่พบมีการใช้ในจังหวัดพะเยา

โดยทั่วไป กองระบาดวิทยา ซึ่งเป็นผู้ที่วางระบบควรจะให้คำแนะนำเบื้องต้นว่า ระบบการจัดเก็บควรจะเป็นอย่างไร ฝ่ายใดควรจะเป็นผู้รับผิดชอบ ใครควรจะเป็นผู้รับผิดชอบในการเขียนรายงาน ใครควรจะเป็นผู้รับผิดชอบในการรวบรวมรายงานเพื่อส่งต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุข และแพทย์ควรจะเข้ามามีส่วนร่วมในการรายงานอย่างไร แต่สุดท้ายแล้วโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการบริหารของแต่ละโรงพยาบาลควรจะเป็นผู้จัดระบบดังกล่าวออกมาให้ชัดเจน โดยประยุกต์จากคำแนะนำเบื้องต้นที่กองระบาดวิทยาได้ให้ไว้ และควรจะมีการจัดทำเป็นหนังสือคู่มือออกมา เพื่อที่ทุกคนในโรงพยาบาลจะสามารถเข้าใจได้ตรงกัน และเมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ปฏิบัติจะได้ไม่มีปัญหา

กิตติกรรมประกาศ

1. แพทย์หญิงเพชรศรี ศิรินิรันดร์ 2. นายแพทย์อำพน ศิริบุญมา
3. นายแพทย์ดาวฤกษ์ สิทธุวนิชย์ 4. นายแพทย์ไพบูลย์ ธนเกียรติสกุล
5. นายแพทย์เจษฎา พิชัยจุมพล 6. แพทย์หญิงอารีย์ ตันบรรจง
7. นายแพทย์สมนึก ชีวาเกียรติยิ่งยง 8. นายแพทย์ชาลี สุเมทวณิชย์
9. นายแพทย์สรกิจ ภาคีชีพ 10. นายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสุวรรณ
11. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งของจังหวัดพะเยา

บรรณานุกรม

1. ประยูร กุนาศล, ศุภชัย ฤกษ์งาม. การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการสอบสวนโรค. ใน: ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, บดี ธนะมั่น, บรรณาธิการ. ระบาดวิทยาและการป้องกันโรค. กรุงเทพ: 2536, 99-130.

2. ศึกษา ภมรสถิตย์. หลักการควบคุมป้องกันโรค. ใน: ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, บดี ธนะมั่น, บรรณาธิการ ระบาดวิทยาและการป้องกันโรค. กรุงเทพ: 2536, 1-8.

3. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย. กรุงเทพ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533

4. สมบัติ แทนประเสริฐสุข. การคาดประมาณและการคาดคะเนจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย ประสบการณ์ในช่วงพ.ศ. 2532-2536. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2537; 3(1): 65-73.

5. คณะทำงานพิจารณาร่างนิยามและแนวทางในการเฝ้าระวังโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง และกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4 (สิงหาคม 2536). รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2536; 24(2s): 1-39.

6. Berkelman RL, Buehler JW, Dondero TJ. Surveillance of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). In: Halperin W, Baker EL, editors. Public health surveillance. New York: Van Norstrand Reinhold, 1992, 108-120.

7. Brookmeyer R, Gail MH. AIDS epidemiology: a quantitative approach. New York: Oxford University Press, 1994

8. Stroup NE, Zack MM, Wharton M. Sources of routinely collected data for surveillance. In: Teutsch SM, Churchill RE, editors. Principle and practice of public health surveillance. New York: Oxford University Press, 1994, 31-82

9. Kimball AM, Thacker SB, Levy ME. Shigella surveillance in a large metropolitan area: assessment of a passive reporting system. Am J Pub Health 1980; 70: 164-166.

10. Klaucke DN, Buehler JW, Thacker SB, et al. Guidelines for evaluating surveillance system. MMWR 1988; 37(ss-5): 1-18.

11. Hickman M, Aldous J, Gazzard B, Ellam A. AIDS surveillance: a direct assessment of under-reporting. AIDS 1993; 7: 1661-1665.

12. Calzavara LM, Coates RA, Craib KJP, Schechter MT, Le TN, Nault PL, et al. Underreporting of AIDS cases in Canada: a record linkage study. Canadian Medical Association Journal 1990; 142(1): 36-39.

คณะผู้ทำการศึกษา

1. นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์[1]
2. นส. ยุภาพร ศรีจันทร์[2]
3. นางสุจิตร สิทธิยุโณ[2]
4. นางอรพรรณ แสงวรรณลอย[3]
5. นางวนัสสนันท์ รุจิวิพัฒน์[3]
6. แพทย์หญิงพจมาน ศิริอารยาภรณ์[1]
7. นายแพทย์สยาม ศรีสุคนธ์[1]
8. นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี[1]

1 แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชกรรมป้องกัน(ระบาดวิทยา) กองระบาดวิทยา

2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

3 กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข