

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

DIVISION OF EPIDEMIOLOGY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

สารบัญ
CONTENTSความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์
ที่มีอาการ ตามระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของจังหวัดพะเยา

457

ความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มีอาการ ตามระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของจังหวัดพะเยา

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีธรรมชาติของการดำเนินโรคที่แตกต่างจากโรคติดเชื้อชนิดอื่น คือ เป็นโรคติดเชื้อที่มีระยะฟักตัวยาว และเป็นโรคที่มีอัตราป่วยตายสูง ประกอบกับในปัจจุบัน ประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของเชื้อชนิดนี้อย่างกว้างขวาง เครื่องมือชนิดหนึ่งที่ขาดไม่ได้ในการป้องกันและควบคุมโรคคือ ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เพราะจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยบอกขนาดของปัญหา, บอกแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของโรค และบอกถึงการกระจายของโรคในกลุ่มประชากรต่างๆ^(1,2) สำหรับโรคเอดส์แล้ว เราจำเป็นต้องมีระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่มีคุณภาพ เพื่อที่จะสามารถบอกอัตราตาย, อัตราป่วย, อัตราการติดเชื้อ ตลอดจนถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้.

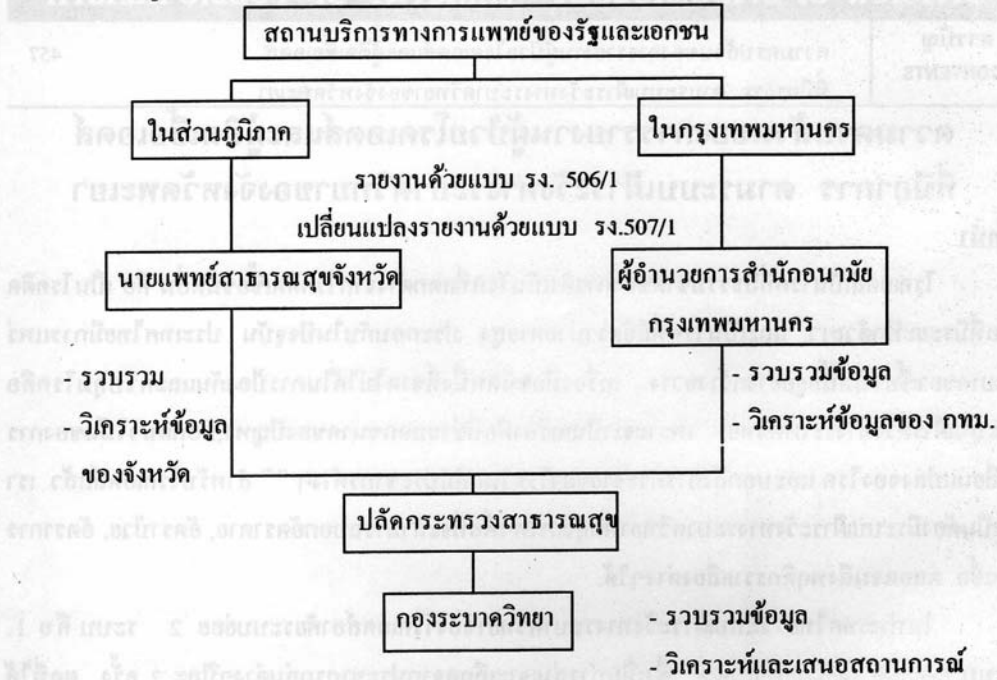
ในประเทศไทย ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์อาศัยระบบย่อย 2 ระบบ คือ 1. ระบบ Sentinel sero-surveillance ซึ่งเป็นการสุ่มเจาะเลือดจากประชากรกลุ่มต่างๆปีละ 2 ครั้ง ผลที่ได้สามารถบอกแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของการติดเชื้อเอชไอวี และสามารถนำมาใช้ในการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี^(3,4) แต่ข้อมูลจากระบบนี้จะมีข้อจำกัด คือ ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลในเชิงปริมาณ ส่วนข้อมูลในเชิงคุณภาพจะไม่สามารถเก็บได้มากนัก 2. ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ

ระบบการรายงานผู้ป่วยเอดส์ ได้จัดตั้งขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2528 โดยกองระบาดวิทยาเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานงาน จัดเก็บข้อมูล ประมวลผล และการจัดพิมพ์สรุปรายงานโดยอาศัย บัตรรายงาน รง.506/1 และอาศัยนิยามผู้ป่วยที่คณะทำงานพิจารณาร่างนิยามจากกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณานิยามโรคเอดส์ จัดทำขึ้นเป็นนิยามสำหรับการเฝ้าระวัง นิยามผู้ป่วยเอดส์ได้มีการปรับปรุงแก้ไขอยู่เสมอเพื่อให้มีคุณภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ของโรคมามากที่สุด

สำหรับแนวทางในการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ ที่กองระบาดวิทยาได้ให้ไว้ก็คือ ให้สถานบริการทางการแพทย์ทั้งของรัฐและเอกชนที่ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยเอดส์ รายงานผู้ป่วยโดยใช้บัตรรายงาน รง. 506/1 โดยให้ส่งรายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุข (สำหรับสถานบริการในส่วนภูมิภาค) หรือส่งรายงานไปยังสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (ในกรณีที่เป็นสถานบริการในกรุงเทพฯ)

มหานคร) ซึ่งจะทำให้การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของจังหวัดก่อน แล้วจึงส่งบัตรรายงานตรงไปยังกองระบาดวิทยา กองระบาดวิทยาจะตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นก่อนแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ ผลที่ได้จะนำมาจัดทำเป็นสรุปลานการเฝ้าระวังโรคเอดส์⁽⁵⁾ ซึ่งในปัจจุบันกองระบาดวิทยาสามารถที่จะรายงานได้ทุกเดือนโดยตีพิมพ์ในรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ และในเอกสารโรเนียวที่แจกไปตามหน่วยงานต่าง ๆ แนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการสามารถแสดงได้ดังรูปที่ 1.

รูปที่ 1. แสดงแนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ



สำหรับข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมีประโยชน์หลายด้าน คือ

1. เป็นข้อมูลที่บอกอัตราการเกิดโรค (Incidence)
2. สามารถนำมาใช้ในการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ (แต่เท่าที่ผ่านมาประเทศไทยไม่เคยทำการคาดประมาณ โดยวิธีนี้เลย)
3. สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลกระทบของการระบาดของเอดส์ที่มีต่อระบบการให้บริการทางสาธารณสุข (Burden Load)
4. สามารถนำมาใช้ในการประเมินความต้องการในบริการทางสาธารณสุขได้
5. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารที่จะนำมาพิจารณาในการจัดสรร และการกระจายทรัพยากรต่างๆ ให้เหมาะสม (ได้แก่งบประมาณ, บุคลากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ)
6. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับแพทย์และผู้ให้บริการสาธารณสุขที่จะทำให้เข้าใจลักษณะของผู้ป่วยโรคเอดส์ของประเทศได้ดียิ่งขึ้น^(6,7) แต่ข้อจำกัดที่สำคัญของระบบนี้ คือ เป็นระบบที่เฝ้าระวังที่จุดสุดท้าย

ของโรค (End point of the disease) จึงไม่สามารถบอกการกระจายของการติดเชื้อในปัจจุบันได้ ทำให้ไม่สามารถที่จะนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกันการติดเชื้อได้มากนัก

ในการจะนำข้อมูลที่ได้อาจการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาไปใช้ประโยชน์ให้ได้เต็มที่นั้น ผู้ที่นำไปใช้จำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของข้อมูลก่อน เพราะเป็นที่รู้กันแล้วอย่างกว้างว่า ข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจะมีข้อจำกัดที่สำคัญอยู่ 3 ประการด้วยกัน^(8,9) คือ

1. ความครบถ้วนของข้อมูล (COMPLETENESS)
2. ความมีอคติ (BIAS)
3. ความล่าช้าของข้อมูล (TIMELINESS)

สำหรับในแง่ของความครบถ้วนของข้อมูลจะมีผลกระทบโดยตรงต่อการประเมินขนาดและความรุนแรงของปัญหา การที่สามารถจะบอกได้ว่าความครบถ้วนของข้อมูลเป็นอย่างไรจะสำคัญมากเพราะจะทำให้สามารถประเมินขนาดและความรุนแรงของปัญหาได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

การศึกษากครั้งนี้จะเป็นการประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์เพียงบางส่วนของระบบเท่านั้น

วัตถุประสงค์

เพื่อที่จะประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในด้านของ

- 1 ความครบถ้วน (Completeness)
- 2 ความถูกต้อง (Predictive value positive)

วิธีการดำเนินการ

การศึกษากครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional study โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของกระทรวงสาธารณสุขทุกโรงพยาบาลในจังหวัดที่ทำการศึกษารวม 7 โรงพยาบาล

1. การเลือกจังหวัดที่ทำการศึกษา: จากจังหวัดที่มีอัตราการเกิดโรคสูงที่สุดของประเทศ 6 จังหวัดแรก ผู้ทำการศึกษเลือกจังหวัดที่จะทำการศึกษานึงจังหวัด คือจังหวัดพะเยา
2. ระยะเวลา: เก็บข้อมูลของผู้ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2537 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2537

3. นิยาม

ผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการและการตรวจพบ เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4⁽⁵⁾

ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการและการตรวจพบ เข้าได้กับ นิยามผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4⁽⁵⁾

ความครบถ้วน คือ สัดส่วนของจำนวนรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับ ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สำรวจในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ความถูกต้อง (Predictive value positive)⁽¹⁰⁾ คือ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับการตรวจสอบว่า เข้าได้กับนิยามของโรค ต่อจำนวนรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการทั้งหมดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับ

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วย

1.1 โรงพยาบาลชุมชน

- ผู้ป่วยใน: ทบทวนบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยในของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

- ผู้ป่วยนอก: ทบทวนระเบียบผู้ป่วยนอกเพื่อทำการเลือกบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยนอกมาทำการศึกษา

1.2 โรงพยาบาลทั่วไป

- ผู้ป่วยใน: ทบทวนระเบียบผู้ป่วยในที่เวชระเบียนและระเบียบผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยทุกหอเพื่อทำการเลือกบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยในมาทำการศึกษา

- ผู้ป่วยนอก: ทบทวนระเบียบผู้ป่วยนอกเพื่อทำการเลือกบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยนอกมาทำการศึกษา

อนึ่ง วิธีการเลือกบัตรบันทึกประวัติมาทำศึกษานั้น จะเลือกบัตรของผู้ป่วยที่ไม่น่าจะมารักษาด้วยเรื่องเอดส์ออก (ได้แก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้มีอาการป่วยที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับโรคที่แสดงถึงการมีภูมิคุ้มกันบกพร่องตามนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ) เช่น ผู้ป่วยด้วยอุบัติเหตุ, ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดด้วยโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์, หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์, หญิงตั้งครรภ์ที่มากคลอด, ทารกแรกเกิด เป็นต้น

2. ทบทวนข้อมูลของห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์

2.1 สมุดบันทึกผลการตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอดส์

2.2 สมุดบันทึกผลการตรวจทางจุลชีววิทยาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น

2.2.1 การตรวจย้อมสิ่งส่งตรวจต่างๆ เช่น การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค, การตรวจน้ำไขสันหลังหาเชื้อ *Cryptococcus*

2.2.2 ผลการเพาะเชื้อต่างๆ

เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคเอดส์และการติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การคัดเลือกบัตรเพื่อนำมาทำการศึกษาอีกด้วย

ผลการศึกษา

1. รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์

จากการศึกษาพบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ได้รับรายงานของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2537 ทั้งสิ้นจำนวน

(อ่านต่อหน้า 467)

ความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ จังหวัดพะเยา (ต่อจากหน้า 461)

35 รายงาน เมื่อพิจารณาถึงความถูกต้องจะพบว่ามียางานที่ถูกต้อง 26 รายงาน อีก 9 รายงานพบว่า เป็น รายงาน ที่ไม่สมควรจะรายงานเนื่องจาก ผู้ป่วยดังกล่าวไม่ได้มีอาการเข้าตามนิยามผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ นอกจากนี้ยังพบว่า ยังมีผู้ป่วยอีก 59 รายที่ป่วยด้วยโรคเอดส์แต่ไม่ได้มีรายงานของผู้ป่วยดังกล่าว

ดังนั้นความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดพะเยาจึงเท่ากับ 31 เปอร์เซนต์ (26/85) หรือหมายความว่า ถ้ามีผู้ป่วยโรคเอดส์ 100 คนเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของจังหวัดพะเยา จะมีการรายงานผู้ป่วยดังกล่าวเพียง 31 คนเท่านั้น ในขณะที่ความถูกต้องเท่ากับ 74 เปอร์เซนต์ (26/35) ซึ่งจะหมายความว่า ถ้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 100 ราย จะพบว่าจริงๆแล้วมีผู้ป่วยเอดส์เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเพียง 74 รายเท่านั้น

2. รายงานผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ

จากการศึกษาพบว่าในช่วงเวลาเดียวกัน จังหวัดพะเยามีรายงานผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการจำนวน 53 รายงาน ในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการเพียง 41 ราย อีก 12 รายเป็นการรายงานซ้ำซ้อนหรือไม่ก็เป็นการรายงานของผู้ป่วยที่ยังไม่เข้ากัมนิยามของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ ในขณะที่ยังมีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการอยู่อีก 57 รายที่ยังไม่ได้มีการรายงาน

ดังนั้น ความครบถ้วนของการรายงานผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการของจังหวัดพะเยาจึงเท่ากับ 42 เปอร์เซนต์ (41/98) และความถูกต้องของการรายงานผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการเท่ากับ 77 เปอร์เซนต์(41/53)

รูปที่ 2 แสดงความถูกต้องและความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์จังหวัดพะเยา

การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวัง	การค้นหาผู้ป่วยโดยการทบทวนบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วย		รวม
	ผู้ป่วย	ไม่ใช่ผู้ป่วย	
รายงาน	26	56	35
ไม่รายงาน	59	xxxx	xxx
รวม	85	xxxx	xxx

ความครบถ้วนเท่ากับ $(26/85) \times 100 = 31\%$

ความถูกต้องเท่ากับ $(26/35) \times 100 = 74\%$

รูปที่ 3 แสดงความถูกต้องและความครบถ้วนของการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการของจังหวัดพะเยา

การรายงานผู้ป่วยตาม ระบบเฝ้าระวัง	การค้นหาผู้ป่วยโดยการทบทวนบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วย		รวม
	ผู้ป่วย	ไม่ใช่ผู้ป่วย	
รายงาน	41	12	53
ไม่รายงาน	57	xxxx	xxx
รวม	98	xxxx	xxx

ความครบถ้วนเท่ากับ $(41/98) \times 100 = 42\%$

ความถูกต้องเท่ากับ $(41/53) \times 100 = 77\%$

วิจารณ์

1. ความครบถ้วน

วัตถุประสงค์อย่างหนึ่งในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ ก็คือ เพื่อที่จะสามารถทราบขนาดและความรุนแรงของปัญหา แต่จากการศึกษาพบว่า ความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์มีเพียง 30 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาในประเทศอังกฤษ โดยการศึกษาของ Hickman และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าความครบถ้วนของการรายงานเท่ากับ 90 เปอร์เซ็นต์ และการศึกษาของ Calzavara-Liviana-Mostacci และคณะ⁽¹²⁾ ซึ่งทำการประเมินระบบการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศแคนาดา พบว่าความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยเท่ากับ 85 เปอร์เซ็นต์ จะเห็นว่าความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการที่ได้จากการศึกษานี้ค่อนข้างจะต่ำ ผลก็คือไม่สามารถที่จะบอกขนาดและความรุนแรงของปัญหาโรคเอดส์ภายในจังหวัดได้ตามความเป็นจริง

ปัญหาของความครบถ้วนนี้ควรจะได้รับแก้ไข ซึ่งจะมีได้หลายวิธี คือ

1. การอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เขียนบัตรให้ทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานผู้ป่วย
2. การสร้างแรงจูงใจในการรายงาน
3. การพยายามสร้างความรู้สึกร่วมกันของการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อผลของการรายงาน
4. การส่งกลับข้อมูลที่ไว้วิเคราะห์เรียบร้อยแล้ว

นอกจากนี้ ผู้ศึกษามีความเห็นว่าการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ควรได้รับการนำไปใช้ศึกษาในจังหวัดอื่นๆ อีก เพื่อที่จะได้ทราบว่าในระดับประเทศแล้ว ความครบถ้วนของข้อมูลเป็นอย่างไร ซึ่งจะสำคัญมากในแง่ที่จะสามารถประเมินคุณภาพของระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และยังสามารถนำค่าความครบถ้วนที่ได้จากการศึกษามาคาดประมาณขนาดและความรุนแรงของปัญหาอีกด้วย

2. ความถูกต้อง

ความรุนแรงของปัญหาของความถูกต้องของระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์

เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาความครบถ้วนแล้ว ยังนับได้ว่ายังไม่มีความสำคัญมากนัก สาเหตุของปัญหามี 2 สาเหตุที่สำคัญ คือ 1. ปัญหาเรื่องการไม่ใช้นิยามผู้ป่วยในการเขียนบัตรรายงาน และ 2. การถอดรหัสชื่อผู้ป่วยไม่ถูกต้อง

แนวทางในการแก้ปัญหาเหล่านี้ตามแนวความคิดของผู้ทำการศึกษา คือ

1. แจกหนังสือนิยามการวินิจฉัยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการให้แพทย์โดยตรงอย่างทั่วถึง
2. ให้การอบรมแพทย์และทำความเข้าใจกับแพทย์ถึงวิธีการใช้นิยามผู้ป่วย โรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ และขอความร่วมมือให้แพทย์ใช้นิยามนี้เมื่อต้องรายงานผู้ป่วย
3. อบรมให้เจ้าหน้าที่เขียนบัตร มีความรู้ในเรื่องการวินิจฉัยโรคเอดส์ และนิยามของโรคเอดส์และการติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ
4. อบรมเจ้าหน้าที่เขียนบัตรให้สามารถออกแบบบัตรรายงานด้วยความถูกต้อง โดยเฉพาะควรเน้นในเรื่องการถอดรหัสเพราะเป็นตำแหน่งที่มีการเขียนผิดกันมาก และมีผลกระทบโดยตรงต่อจำนวนผู้ป่วย กล่าวคือ จะทำให้จำนวนผู้ป่วยมากกว่าที่ควรจะเป็นได้ (duplication of data)

นอกจากนี้ แนวทางในการแก้ปัญหาระยะยาวของการที่แพทย์ไม่รู้จักระบบเฝ้าระวังโรคและไม่ใช้นิยามในการเฝ้าระวังโรคเป็นนิยามในการรายงานผู้ป่วยก็กระทำได้โดยการจัดให้กองระบาดวิทยามีโอกาสที่จะได้ค้นพบแพทย์จบใหม่หรือนักเรียนแพทย์ตั้งแต่ก่อนที่พวกเขาจะได้เข้ามาทำงาน เพื่อให้พวกเขารู้จักระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เข้าใจเหตุผลของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ให้เขาได้รับทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และให้เข้าใจหน้าที่ที่พวกเขาจะต้องมีส่วนในระบบบนี้

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. เป็นการศึกษาที่ต้องอาศัยข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งบางส่วนของการบินทักข้อมูลผู้บันทึกข้อมูลไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์
2. การศึกษาต้องอาศัยการทบทวนข้อมูลที่บ้านที่กอยู่ในบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วย (Review OPD card and IPD charts)
3. ผลการศึกษาทำในจังหวัดเดียว ไม่อาจที่จะเป็นตัวแทนของระดับประเทศได้
4. การศึกษาไม่ได้ทำในโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดอื่น (เช่น โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์, สถานบริการทางการแพทย์ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย, โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย เป็นต้น) ผู้ทำการศึกษาเชื่อว่าปัญหาที่โรงพยาบาลในสังกัดอื่นไม่รายงานน่าจะแตกต่างจากการที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไม่รายงาน

กิตติกรรมประกาศ

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงเพชรศรี ศิรินิรันดร์ | 2. นายแพทย์อำพน ศิริบุญมา |
| 3. นายแพทย์ดาวฤกษ์ สิทธิวนิชย์ | 4. นายแพทย์ไพบุลย์ ธนเกียรติสกุล |
| 5. นายแพทย์เจษฎา พิชัยจุมพล | 6. แพทย์หญิงอารีย์ ดันบรรจง |
| 7. นายแพทย์สมนึก ชีวเกียรติยิ่งยง | 8. นายแพทย์ชาติ สุเมทวนิชย์ |
| 9. นายแพทย์สรกิจ ภาภิษฐ์ | 10. นายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสุวรรณ |
| 1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งของจังหวัดพะเยา | |

บรรณานุกรม

1. ประยูร ภูนาศล, ศุภชัย อุทัยงาม. การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการสอบสวนโรค. ใน: ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร, บดี ธีระมัน, บรรณาธิการ. ระบาดวิทยาและการป้องกันโรค. กรุงเทพฯ: 2536, 99-130.
2. ศึกษา ภมรสถิตย์. หลักการควบคุมป้องกันโรค. ใน: ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร, บดี ธีระมัน, บรรณาธิการ. ระบาดวิทยาและการป้องกันโรค. กรุงเทพฯ: 2536, 1-8.
3. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533
4. สมบัติ แทนประเสริฐสุข. การคาดประมาณและการคาดคะเนจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย ประสิทธิภาพในช่วงพ.ศ. 2532-2536. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2537; 3(1): 65-73.
5. คณะทำงานพิจารณาว่านิยามและแนวทางในการเฝ้าระวังโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง และกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค 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 Nostrand 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 PubHealth 1980; 70: 164-166.
10. Klauke 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.

คณะผู้ทำการศึกษา1. นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์¹2. นส. ยุภาพร ศรีจันทร์²3. นางสุจิตร์ สิริบุญ²4. นายแพทย์สยาม ศรีสุคนธ์¹5. นางอรพรรณ แสงวรรณลอย³6. นางวันสสนันท์ รุจิวิพัฒน์³7. แพทย์หญิงพจมาน ศิริอารยาภรณ์¹8. นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี¹

1 แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชกรรมป้องกัน(ระบาดวิทยา) กองระบาดวิทยา

2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

3 กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข