ISSN 0125-7477 VOLUME 24 NUMBER 29 JULY 23,1993

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

สาระสำคัญในฉบับ

Highlight

ปัญหาที่พบบ่อย ๆ ในการเขียนบัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506)

บัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506) เป็นบัตรสำหรับรายงานผู้ป่วย ด้วยโรคที่อยู่ในข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ซึ่งมีสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนเป็นผู้รับผิดชอบในการรายงาน

ปัญหาที่พบบ่อย ๆ ในการเขียนบัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506) มีดังนี้

ชื่อโรค ..... ชื่อโรคที่มีปัญหาในการรายงาน คือ วัณโรคปอด โรคเรื้อน อุจจาระร่วง ปอดบวม พิษสุนัขบ้า ถูกพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและโรคอื่น ๆ

งานที่ทำ ในกรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่ระบุอาชีพและหน้าที่การงานของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย ส่วนใหญ่จะใช้ข้อมูลในบัตรประชาชน ซึ่งอาจจะไม่ใช่ที่อยู่ขณะเริ่มป่วยที่แท้จริง

สถานที่ใกล้เคียง ไม่ค่อยมีการกรอกข้อมูลในส่วนนี้ ทั้ง ๆ ที่ข้อมูลนี้มีความสำคัญต่อการติดตามสอบสวนโรคเป็นอย่างมาก

วันเริ่มป่วย เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจวิธีการคำนวณหาวันเริ่มป่วย

สถานที่รักษา มีปัญหาในการที่เจ้าหน้าที่ไปพบผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งไม่ใช่โรงพยาบาล หรือสถานีอนามัย

สภาพผู้ป่วย 'ยังรักษาอยู่' และ 'ยังมีชีวิตอยู่' ยังเข้าใจสับสนกันมาก

ชื่อผู้รายงาน ส่วนใหญ่ใช้ลายเซ็นอ่านไม่ออก เมื่อเกิดปัญหาที่จะต้องติดต่อสอบถามกลับไปจะกระทำได้ยากและล่าช้า

ปัญหาที่พบบ่อย ๆ ในการเขียนบัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506)

บัตรรายงานผู้ป่วย (แบบรง.506) เป็นบัตรสำหรับรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่อยู่ในข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูลทางระบาดวิทยาเป็นรายบุคคล สามารถบอกได้ว่าเกิดโรคอะไร กับใคร ที่ไหน และเมื่อไร ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการรายงานผู้ป่วยด้วยแบบ รง.506 ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน ที่พบผู้ป่วยหรือให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้น ๆ ด้วยโรคที่อยู่ในข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา แล้วส่งแบบ รง.506 นี้ต่อไปตามระดับของข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เพื่อนำมาเรียบเรียงข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่มีความหมายตามลักษณะตัวแปรของบุคคล สถานที่ และเวลา พร้อมทั้งวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล แล้วกระจายข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจนผลการวิเคราะห์ที่แปลความหมายแล้ว ไปให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

จากเหตุผลดังที่กล่าวแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่า บัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506) นั้นมีความสำคัญต่อกระบวนการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นข้อมูลเบื้องต้น ที่จะนำมาสู่กระบวนการวิเคราะห์และแปลผล แล้วนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป ฉะนั้น ถ้าหากข้อมูลเบื้องต้นผิดพลาดหรือผิดไปจากความจริงแล้ว การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลต่าง ๆ ก็ย่อมจะต้องผิดพลาดตามไปด้วย

บัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506) ได้รับการพัฒนาเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด โดยเริ่มต้นจากรูปแบบไปรษณียบัตร มาจนถึงรูปแบบที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งนับว่าเป็นแบบรายงานที่เข้าใจง่ายกว่ารูปแบบเดิมมาก แต่ถึงกระนั้นก็ยังมีเจ้าหน้าที่เขียนบัตรเข้าใจสับสน ทำให้การกรอกข้อมูลลงในรายงานผิดพลาดมาโดยตลอด อันจะส่งผลกระทบถึงกระบวนการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นอย่างมาก

สำหรับข้อผิดพลาดของการรวบรวมข้อมูล อันเนื่องมาจากความเข้าใจผิดในความหมายของแบบรายงาน รง.506 เท่าที่พบมากที่สุด มี 8 ข้อ คือ

1. **ชื่อโรค**.....โรคในข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ที่ต้องรายงาน ในปัจจุบัน มีทั้งสิ้น 57 โรค สำหรับโรคที่มีปัญหาในการรายงานที่พบมากก็คือ

1.1 วัณโรคปอด รหัสที่ 32 ในกรณีวัณโรคปอดที่จะต้องรายงาน ก็คือ ผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะแล้วพบเชื้อวัณโรคเท่านั้น ถ้าเอกซเรย์อย่างเดียวไม่ต้องรายงาน แล้วข้อสำคัญที่สุดก็คือให้รายงานเฉพาะผู้ป่วยใหม่เท่านั้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันการรายงานซ้ำซ้อนเฉพาะผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน โอกาสที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยน สถานที่รับยาหรือรักษามีสูง ขอให้ซักประวัติการเจ็บป่วยให้ดี

1.2 โรคเรื้อน รหัสที่ 35 มีปัญหาเช่นเดียวกับโรควัณโรคปอด ให้รายงานเฉพาะผู้ป่วยใหม่เพื่อป้องกันการรายงานซ้ำ

อ่านต่อหน้า 425

ปัญหาที่พบบ่อย ๆ ในการเขียนบัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506)

ต่อจากหน้า 478

1.3 **อุจจาระร่วง** รหัสที่ 02 และโรคปอดบวม รหัสที่ 31 ทั้งสองโรคนี้ รายงานสับสนกันมากที่สุด เนื่องจากในโรคหัด รหัสที่ 21 และโรคหัดที่มีโรคแทรก รหัสที่ 22 มีข้อบังคับไว้ว่า ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคหัดที่มีโรคแทรกร่วมด้วย ให้รายงานโรคหัดที่มีโรคแทรก รหัสที่ 22แล้วให้ระบุลงไปด้วยว่าโรคอะไรแทรก ซึ่งส่วนใหญ่โรคแทรกที่พบมากได้แก่ อุจจาระร่วงและปอดบวม ฉะนั้น ถ้าผู้ป่วยโรคหัดที่มีโรคอุจจาระร่วงหรือปอดบวมแทรก เมื่อรายงานในโรคหัดที่มีโรคแทรก รหัสที่ 22 แล้ว ก็ไม่ต้องรายงานโรคอุจจาระร่วง รหัส 02 หรือ ปอดบวม รหัส 31 อีก เพราะเป็นคนละประเด็นกัน

1.4 **พิษสุนัขบ้า** รหัสที่ 42 ให้รายงานเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า เท่านั้น ผู้ที่มาขอฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ไม่ต้องรายงาน รง.506 เคยมีการรายงาน รง.506 ในโรคพิษสุนัขบ้า และแจ้งสภาพผู้ป่วยมาด้วยว่า หาย ซึ่งหลังจากมีการสอบสวนดูแล้ว ปรากฏว่าเป็นผู้ที่มาขอฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทั้งสิ้น

1.5 **ถูกพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช** รหัสที่ 47 ให้รายงานเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเกษตรกร หรือผู้บริโภคอาหารที่ปนเปื้อนด้วยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือบริโภคด้วยความพลั้งเผลอ เท่านั้น ถ้าผู้ป่วยมีเจตนาที่จะฆ่าตัวตาย ไม่ต้องรายงาน

1.6 **โรคอื่น** ๆ โรคอื่น ๆ ไม่มีรหัส เป็นการเว้นว่างไว้เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ใช้ดุลยพินิจดูว่าในเขตความรับผิดชอบของตน มีโรคอะไรบ้างนอกจากโรคที่ระบุมาแล้ว ที่น่าจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขก็ให้รายงานได้ เช่น โรคแผลปากหมู โรคทางจิต เป็นต้น แต่ต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นโรคอะไร

2. **งานที่ทำ**.....จะต้องระบุอาชีพและหน้าที่การงานของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และไม่ได้เป็นนักเรียน ให้ระบุอาชีพของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองอย่างใดอย่างหนึ่ง

3. **ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย** .....เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับลงทะเบียนผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน ส่วนมากจะใช้ข้อมูลจากบัตรประชาชนของผู้ป่วย มากรอกลงในทะเบียนรับผู้ป่วย (แบบ รบ. 1n.01 หรือ 02) เพราะว่าสะดวกที่ไม่ต้องซักถาม จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้จากทะเบียนรับผู้ป่วยมากรอกลงในบัตรรายงานผู้ป่วย รง.506 ต่อไป แต่เนื่องจากบัตรประชาชนในปัจจุบันมีอายุการใช้ถึง 6 ปี โอกาสที่ผู้ป่วยจะย้ายที่อยู่ ในระยะที่บัตรประชาชนยังไม่หมดอายุนั้นมีค่อนข้างสูง หรือกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักท่องเที่ยว เกิดเจ็บป่วยขึ้นในระหว่างการเดินทาง เป็นต้น ฉะนั้นที่อยู่ขณะเริ่มป่วยกับที่อยู่ในบัตรประชาชน จึงเป็นคนละประเด็นกัน จะนำมาใช้แทนกันไม่ได้ กรณีเช่นนี้จะเกิดผลเสียต่อระบบการแจ้งและรับแจ้งผู้ป่วยต่างจังหวัดอีกด้วย (รีเฟอร์ออก-เข้า) การติดตามผู้ป่วยเพื่อสอบสวนโรคก็ยาก เพราะไม่ทราบที่อยู่ผู้ป่วยที่แท้จริง

4. **สถานที่ใกล้เคียง**.....เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มักไม่เห็นความสำคัญ จึงไม่ค่อยมีการกรอกข้อมูลในส่วนนี้ ที่จริงแล้วข้อมูลส่วนนี้มีความสำคัญต่อการสอบสวนโรคเป็นอย่างมาก เพราะจะอำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ในการค้นหาติดตามสอบสวนโรคได้รวดเร็วขึ้น อันจะส่งผลให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ สำหรับการจะกำหนดว่าสถานที่ใด ควรจะเป็นสถานที่ใกล้เคียงที่อยู่ของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้รวบรวมข้อมูลควรจะใช้ดุลยพินิจ โดยการกำหนดเอาที่หมายใหญ่ ๆ อาจจะเป็นสิ่งก่อสร้าง เช่น วัด โรงเรียน โรงภาพยนตร์ อาคารร้านค้า สถานที่ราชการ หรือสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ เป็นต้นว่า แม่น้ำ คู คลอง ต้นไม้ใหญ่ เป็นต้น ไม่ใช่บ้านเลขที่ 1 อยู่ใกล้บ้านเลขที่ 2 ซึ่งจะเป็นปัญหาในการติดตามค้นหาและเกิดการล่าช้าไปโดยเปล่าประโยชน์

5. **วันเริ่มป่วย**..... ข้อมูลวันเริ่มป่วย มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา แต่ปรากฏว่าใน รง.506 ยังไม่ค่อยมีข้อมูลส่วนนี้อย่างครบถ้วนมาโดยตลอด ทั้งที่ในเอกสารคู่มือการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้อธิบายถึงความหมาย และวิธีการกรอกข้อมูลไว้ชัดเจนแล้ว ตลอดจนวิทยากรผู้บรรยายในหลักสูตรการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ก็ได้เน้นถึงความสำคัญและวิธีการหาข้อมูลของวันเริ่มป่วยเสมอมา การหาข้อมูลวันเริ่มป่วยนี้ค่อนข้างจะยุ่งยากพอสมควร แต่ถ้าเจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญและมีความตั้งใจแล้ว ข้อมูลตัวนี้จะหาไม่ยาก วันเริ่มป่วยหมายถึงวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ หรืออาการของโรคแสดงออกมาให้เห็น โดยปกติแล้วแพทย์ผู้วินิจฉัยโรค จะซักถามวันเริ่มป่วยแต่เพียงว่า ป่วยมากี่วันแล้ว หรือมีอาการป่วยเช่นนี้มากี่วันแล้ว จากนั้นแพทย์ก็จะบันทึกลงในบัตรผู้ป่วยนอก (O.P.D. Card) เช่น เป็นไข้มา 3 วันแล้ว ในกรณีนี้ให้เจ้าหน้าที่ผู้เขียนบัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506) นับย้อนหลังจากวันที่แพทย์พบผู้ป่วยไป 3 วัน โดยไม่ต้องนับวันที่แพทย์พบผู้ป่วย เราก็จะได้ข้อมูลวันเริ่มป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในวันที่ 4 มีนาคม 2536 และผู้ป่วยแจ้งว่า ป่วยมาแล้ว 3 วัน วิธีหาวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้ก็คือ นับย้อนหลังจากวันที่ 4 มีนาคม 2536 ไป 3 วัน (ไม่นับวันที่ 4 มีนาคม 2536 ด้วย) วันเริ่มป่วยก็คือวันที่ 1 มีนาคม 2536 นั่นเอง ส่วนการบันทึกข้อมูลลงในบัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506) ในช่องวันเริ่มป่วย หรือวันพบผู้ป่วย ขอให้ระบุ**วันที่**เป็นตัวเลขอารบิค **เดือน** ระบุเป็นอักษรย่อภาษาไทย เช่น ม.ค., ก.พ. **พ.ศ.** ให้ระบุเป็นตัวเลขอารบิคของ 2 หลักท้าย เช่น 1 มี.ค. 36 เป็นต้น

6. **สถานที่รักษา**.....ปัญหาที่พบมากก็คือ ข้อ 4 และข้อ 8

ข้อ 4 **คลีนิคของทางราชการ** หมายถึง สถานบริการสาธารณสุข หรือ การให้การรักษาพยาบาล ของทางราชการแบบผู้ป่วยนอก ไม่มีเตียงสำหรับรับไว้เป็นผู้ป่วยภายใน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล, หน่วยมาลาเรีย, ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของทางราชการ **ยกเว้น** สถานีอนามัย

ข้อ 8 **บ้าน** ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ผู้เขียนบัตรรายงานผู้ป่วย ไม่เข้าใจว่าเหตุใดจึงถือว่าบ้านของผู้ป่วย เป็นสถานที่รักษา ความหมายของ **บ้าน** ในรายงานแบบ รง.506 หมายถึง กรณีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปพบผู้ป่วย ด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่บ้านของผู้ป่วยแล้วให้การรักษา จึงนับว่า **บ้าน**เป็นสถานที่รักษาด้วย

7. **สภาพผู้ป่วย**.....มีปัญหาในข้อที่ 3 และข้อที่ 5 ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกัน

ข้อ 3 **ยังรักษาอยู่** สภาพของผู้ป่วยที่ยังรักษาอยู่ หมายถึง ในขณะที่เจ้าหน้าที่เขียนบัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506) รายนี้ ผู้ป่วยยังคงรับการรักษาอยู่ภายในสถานบริการสาธารณสุข หรือผู้ป่วยรายนี้ แพทย์สั่งให้กลับบ้าน โดยรับยาไปรับประทานที่บ้าน แล้วนัดกลับมาตรวจอีกภายหลัง ให้ถือว่าผู้ป่วยรายนี้มีสภาพ ยังรักษาอยู่

ข้อ 5 **ยังมีชีวิตอยู่**..... ข้อนี้เจ้าหน้าที่ผู้เขียนบัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506) เข้าใจสับสนกันกับข้อ 3 สภาพผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ออกจากสถานบริการไปโดยพละการทั้ง ๆ ที่ยังไม่หายจากการเจ็บป่วย แล้วขาดการติดต่อกับสถานบริการนั้น ๆ โดยสิ้นเชิง แต่เจ้าหน้าที่ทราบว่า ผู้ป่วยรายนั้นยังมีชีวิตอยู่ ก็ให้รายงานว่า สภาพผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่

8. **ชื่อผู้รายงาน**.....วัตถุประสงค์ที่แท้จริงต้องการให้เจ้าหน้าที่ผู้รายงาน เขียนชื่อ-นามสกุล ให้อ่านออก ไม่ใช่ลายเซ็นซึ่งอ่านไม่ออก แต่ส่วนใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่ผู้รายงานมักจะเซ็นชื่อกัน การที่กำหนดให้เขียนชื่อ-นามสกุล ให้ชัดเจนนั้น มีประโยชน์ในการติดต่อสอบถามปัญหา หรือข้อสงสัย ในเมื่อบัตรรายงานผู้ป่วยที่ส่งไปแล้วมีปัญหา เพราะระเบียบปฏิบัติมีไว้ว่า ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อความในบัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506) โดยพละการ ถ้าบัตรรายงานผู้ป่วยฉบับใดมีข้อสงสัย ให้ส่งกลับไปให้ผู้รายงานแก้ไข วิธีปฏิบัติที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ถ้าหากใช้วิธีส่งบัตรรายงานผู้ป่วยกลับไปให้ผู้รายงานแก้ไข ก็จะทำให้เกิดความล่าช้า ฉะนั้น จึงใช้วิธีวิทยุ หรือโทรศัพท์ สอบถามกับผู้เขียนบัตรรายงานนั้น ๆ โดยตรง เพื่อให้รวดเร็วขึ้น ในกรณีเช่นนี้ ถ้าเจ้าหน้าที่ผู้เขียนบัตรรายงานผู้ป่วย เขียนชื่อ นามสกุล ให้อ่านง่าย การติดต่อสอบถามกลับไปก็จะสะดวกยิ่งขึ้น เพราะได้มีโอกาสสอบถามกับผู้ที่เขียนบัตรรายงานผู้ป่วยโดยตรง แทนที่จะต้องไปสอบถามกับผู้อื่น ซึ่งไม่ได้รับผิดชอบงานนี้

จากปัญหาต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นสาเหตุที่ทำให้ข้อมูลที่ได้รับจากบัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง.506) ซึ่งเป็นข้อมูลเบื้องต้นไม่สมบูรณ์และผิดพลาดไปจากข้อเท็จจริง อันจะส่งผลกระทบไปถึงกระบวนการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 3 กรกฎาคม 2535
2. คำบรรยายในวิชาระบาดวิทยาเบื้องต้น หลักสูตรพยาบาลศาสตร์, ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น) ของวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี และวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ เขต 4 พ.ศ. 2535 (นายเด่นดวง ธรรมลิขิต)
3. คำบรรยายหลักสูตรก่อนปฏิบัติการ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2534 (นายเด่นดวง ธรรมลิขิต)
4. คำบรรยายในการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลประจำการในจังหวัดภาคกลาง พ.ศ. 2535 (นายเด่นดวง ธรรมลิขิต)

นายเด่นดวง ธรรมลิขิต
ศูนย์ระบาดวิทยาภาคกลาง จังหวัดราชบุรี