

**การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก โรงพยาบาลจอมทอง
จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2566**
Evaluation of Hand Foot Mouth Disease Surveillance in Chomthong Hospital,
Chiangmai Province, 2023

อนึ่ง อนาวรรณ* พ.บ. (แพทยศาสตรบัณฑิต), วว. เวชศาสตร์ครอบครัว	Anueng Anawan* M.D. (Doctor of Medicine.), Thai Board of Family medicine
ณัฐพล ใจวงศ์* วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)	Nattapon Jaiwong* B.Sc. (Occupational Health and Safety)
นัฐพนธ์ เอกกรักรุ่งเรือง** พบ., วท.ม. (อายุรศาสตร์เขตร้อน), วว. เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา)	Nattapon Eakarukroongrueng** MD., M.C.T.M, (Tropical Medicine), Thai Board Preventive Medicine (Epidemiology)

* โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ Chomthong Hospital, Chiangmai Province

** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค

Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai, Department of Disease Control

Received: Feb 5, 2025

Revised: Apr 29, 2025

Accepted: Jun 26, 2025

บทคัดย่อ

จากรายงานระบบเฝ้าระวังโรคอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ (รง.506) ในปี พ.ศ.2564-2566 พบอัตราป่วยด้วยโรคมือเท้าปากเท่ากับ 34.72, 252.50 และ 268.47 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยพบการระบาดของในสถานศึกษาเด็กเล็กอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก โรงพยาบาลจอมทองระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 ทำการศึกษาโครงสร้างการรายงานโรค คุณลักษณะเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ จากการทบทวนเวชระเบียนในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล จำนวน 469 คน พบว่าระบบเฝ้าระวังโรคของโรงพยาบาลเป็นการสืบค้นและรวบรวมข้อมูลผ่านระบบอัตโนมัติจากรหัสโรค ICD10 ในระบบ HOSxP เข้าระบบรายงาน 506 การตรวจสอบข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาก่อนการสรุปรายงาน ซึ่งมีความไวร้อยละ 50.70 ค่าทำนายผลบวกร้อยละ 92.86 คุณภาพของข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน มีความเป็นตัวแทนของข้อมูลดีและมีความทันเวลาภายใน 3 วัน ร้อยละ 99.48 ซึ่งระบบเฝ้าระวังฯ ดังกล่าว เป็นที่ยอมรับ ง่าย ไม่ซับซ้อน มีความยืดหยุ่น และมีความมั่นคงของระบบดี แต่ควรปรับปรุงระบบการวินิจฉัยโรค และการลงรหัสโรคที่ถูกต้องรวมทั้งควรมีการทบทวนนิยามโรค ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดง เช่น ระยะเวลา ไข้ ลักษณะผื่นและการกระจายตัวของผื่น และขั้นตอนการรายงานโรคในระบบ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความไวของระบบเฝ้าระวังโรคต่อไป

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวังโรค, โรคมือเท้าปาก, รายงานโรค, โรงพยาบาลจอมทอง

ABSTRACT

Retrieval of the report of the hand, foot and mouth disease (HFMD) surveillance system in Chom Thong District, Chiang Mai province, found the disease in Report 506 System (R506) at the rates of 34.72, 252.50 and 268.47 per 100,000 populations in 2021-2023, which has continuously persisted outbreaks in kindergarten schools. The epidemiological team therefore evaluated the HFMD surveillance system between January 1 and December 31, 2023 with an attempt to review the structure of disease reports, qualitative and quantitative analyses from an audit of registration forms and to provide recommendations for improving the disease surveillance system. A cross-sectional study design tempted to retrieve data from medical records in Extreme Platform for Hospital information (HOSxP) of 469 HFMD patients. It was found that the disease surveillance system of Chom Thong Hospital was an automatic data retrieval system from the ICD10 disease code in the HOSxP system into the R506 reporting system, which the epidemiology officers inspected it before reporting. That performance attained the sensitivity of 50.70%, the positive predictive value 92.86%. The quality of the data was accurate, complete, representative, and timeliness within 3 days possessed 99.48%. The surveillance system was acceptable, simple, uncomplicated, flexible, and had good system stability. However, recommendations being addressed that the diagnosis system and correct disease coding need to be improved, and the knowledge of related personnel should be continuously reviewed to increase the sensitivity of the disease surveillance system.

Key words: Disease surveillance system, Hand-foot-and-mouth disease, Disease report, Chom Thong Hospital

บทนำ

โรคมือเท้าปาก หรือ Hand Foot Mouth Disease (HFMD) เกิดจากเชื้อ Enterovirus 71, Coxsackie virus A16 และ A6 ก่อโรคได้ทั่วโลก ส่วนใหญ่มีการระบาดในช่วงฤดูร้อนต่อต้นฤดูฝน (พฤษภาคม-มิถุนายน) กลุ่มเสี่ยงสูงสุดคือเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี (Centers for Disease Control and Prevention, 2024) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการระบาดในโรงเรียนอนุบาล และโรงเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น การระบาดของโรคมีความสัมพันธ์กับสถานที่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ แออัด โดยความรุนแรงของการก่อโรคขึ้นอยู่กับระยะเวลาการระบาด ประเทศไทยได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคจากเชื้อ Enterovirus ทางห้องปฏิบัติการ

ตั้งแต่มิถุนายน 2541 เป็นต้นมา (กรมควบคุมโรค, ม.ป.ป.) จากฐานข้อมูล Digital Disease Surveillance (DDS) ตั้งแต่ปี 2564-2566 พบว่าแนวโน้มการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก สูงขึ้นในภาพรวมของประเทศ อัตราต่อแสนประชาชนเท่ากับ 17.54, 125.09 และ 741.47 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยสถานการณ์โรคในเขตสุขภาพที่ 1 พบอัตราป่วยคิดเป็น 32.04, 234.52 และ 1,105.01 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ ในขณะที่จังหวัดเชียงใหม่มีแนวโน้มอัตราป่วยของโรคมือ เท้า ปาก สูงขึ้น เช่นเดียวกัน พบว่ามีอัตราป่วย 23.8, 288.41 และ 1,476.67 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2567)

สำหรับสถานการณ์โรคมือเท้าปากของผู้ป่วยที่มา
รับการรักษาที่โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOSxP) ปี 2564-
2566 มีอัตราป่วยโรคมือ เท้า ปาก 34.72, 252.50
และ 268.47 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยพบ
การระบาดในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม ในปี
2566 มีการปิดโรงเรียนอนุบาลหลายแห่งรวม 16 ครั้ง
โดยจำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูล HOSxP 347 คน
ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่รายงานในระบบ
รง.506 ซึ่งมีจำนวน 196 คน ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค
โรงพยาบาลจอมทอง จึงได้ศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูล
โรงพยาบาล HOSxP เปรียบเทียบความถูกต้องจาก
ระบบ รง.506 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระบบ
เฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก ทั้งในเชิงปริมาณและ
เชิงคุณภาพ โรงพยาบาลจอมทอง เพื่อให้ข้อมูลใน
ระบบ HOSxP สะท้อนข้อมูลที่ถูกต้องและสัมพันธ์กับ
การระบาดของโรคในพื้นที่

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study)

รูปแบบการศึกษาเป็นเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง
(Descriptive Cross-sectional study)

**ประชากรที่ใช้ศึกษาคุณลักษณะของระบบ
เฝ้าระวังเชิงปริมาณ** คือ ข้อมูลผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก
ในโรงพยาบาลจอมทอง ปี 2566 ที่ได้รับการวินิจฉัย
จากแพทย์ จำนวน 469 คน มีเกณฑ์ทางคลินิกและ
เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (กองระบาดวิทยา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ดังนี้

เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical criteria) ได้แก่
มีตุ่มใส หรือแผลในปาก หรือมีผื่นแดงหรือตุ่มใส
ขนาดเล็กที่บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า แขน ขา ลำตัวหรือก้น

เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory criteria)

1. การตรวจหาเชื้อ Reverse transcription
polymerase chain reaction (RT-PCR) โดยใช้
Throat swab ภายในสัปดาห์แรกหลังเริ่มป่วย หรือ
ป้ายจากตุ่มน้ำพองที่ทำให้แตกบริเวณฝ่ามือ เท้า หรือ
ก้น หรือเก็บจากอุจจาระภายใน 14 วัน หลังเริ่มป่วย

หรือน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid; CSF) พบ
สายพันธุ์กรรมของเชื้อ Enterovirus

2. การเพาะแยกเชื้อไวรัส (Viral isolation) จาก
Throat swab หรือตุ่มน้ำพองที่ทำให้แตก หรือ
อุจจาระ พบเชื้อ Enterovirus

3. การตรวจหาภูมิคุ้มกันของเชื้อ (Serology)
ด้วยวิธี Hemagglutination inhibition test (HI) หรือ
Micro-neutralization test โดยการเก็บตัวอย่าง
serum คู่ (Paired sera) ห่างกันอย่างน้อย 10-14 วัน
และพบระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า
(4 fold rising)

โดยผู้ป่วยเข้าเกณฑ์รายงานโรค ได้แก่

1. ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่
มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก

2. ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ที่
มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีประวัติเชื่อมโยง
ทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยัน

3. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่
มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลบวกตาม
เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่ง

4. เกณฑ์การรายงานโรคตามความเห็นแพทย์
เฉพาะทาง ได้แก่ กุมารแพทย์และอายุรแพทย์ที่
วินิจฉัยผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ โดยมีรหัสโรค ICD10
ที่แพทย์เฉพาะทางระบุเข้าเกณฑ์โรค HFMD ได้แก่
รหัส B084 โรค Hand foot mouth disease และ
B085 โรค Herpangina

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นข้อมูลจากรายงาน
ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ระบบเฝ้าระวังทางระบาด
วิทยา รายงาน 506 Version 4.16 For Chiang Mai
Update 27 พฤศจิกายน 2560 ปรับปรุงข้อมูล
พื้นฐานจังหวัดเชียงใหม่ 8 กรกฎาคม 2565
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และ
เวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัด
เชียงใหม่ ด้วยระบบ HOSxP Copy Right 1998-
2020 Bangkok medical software Co.,Ltd. Version
3.65.12.27 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม
2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ศึกษาจากรายงานผู้ป่วยในระบบ รง.506 เปรียบเทียบกับ ระบบ HOSxP และวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ ดังนี้

ค่าความไว (Sensitivity) คำนวณจากร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รายงานและรายงานในระบบ รง.506 ต่อจำนวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ทั้งหมดที่พบจากการประเมินระบบเฝ้าระวัง

ค่าพยากรณ์ผลบวก (Positive Predictive Value) คำนวณจากร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรายงาน และรายงานในระบบรายงาน รง.506 ต่อจำนวนผู้ป่วยจริงตามนิยามที่ใช้ในการเฝ้าระวัง

การประเมินคุณภาพของข้อมูล (Data quality) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่ และวันที่รายงาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละความสมบูรณ์ของข้อมูล และร้อยละความถูกต้องของข้อมูลในระบบ HOSxP เปรียบเทียบกับ รง.506 โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในระบบ HOSxP ที่เข้าเกณฑ์รายงานและได้รายงานในระบบ รง.506 จำนวน 182 คน เปรียบเทียบกันแบบหนึ่งต่อหนึ่ง แต่เนื่องจากข้อมูลที่พบจริงมี 5 คน ที่ไม่สามารถเทียบกันได้ จึงใช้ข้อมูลจำนวนทั้งหมด 177 คน ที่สามารถเปรียบเทียบได้มาคำนวณซึ่งคิดเป็นร้อยละ 97.25 ของจำนวนผู้ป่วยในระบบ HOSxP ที่เข้าเกณฑ์รายงานและได้รายงานในระบบ รง.506

ความเป็นตัวแทนของข้อมูล (Representativeness) เปรียบเทียบสัดส่วนจากข้อมูล เพศ อายุ และจำนวนผู้ป่วยในแต่ละเดือนในระบบ HOSxP ที่รายงานเทียบกับระบบ รง.506

ความทันเวลา (Timeliness)

โดยการหาระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมือ เท้า ปาก จนถึงเวลาที่รายงานเข้าระบบเฝ้าระวัง

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเชิงคุณภาพ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรายงานโรคเชิงลึก ได้แก่

1. กลุ่มผู้บริหาร หมายถึง ผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการ หรือ

หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย มีหน้าที่สั่งการ หรือเป็นผู้มีอำนาจในการบริหารทรัพยากร ประสิทธิภาพมากกว่า 1 ปี

2. กลุ่มแพทย์ หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีหน้าที่ในการวินิจฉัยโรคและลงรหัสโรค ICD10 ในระบบ HOSxP ไม่จำกัดอายุและประสบการณ์

3. กลุ่มพยาบาลจากจุดให้บริการ ได้แก่ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป ห้องตรวจแผนกฉุกเฉิน ห้องตรวจแผนกกุมารเวชกรรม และห้องตรวจโรคทางเดินหายใจ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่รายงานโรคกรณีแพทย์วินิจฉัยโรคที่ต้องรายงาน ประสิทธิภาพมากกว่า 1 ปี

4. กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ทำงานในตำแหน่งข้าราชการ ทำหน้าที่เป็นผู้สอบสวน และรายงานโรคประสิทธิภาพมากกว่า 1 ปี

5. สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เป็นกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่รายงานและสอบสวนโรคในชุมชน และเป็นผู้ใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา ประสิทธิภาพมากกว่า 1 ปี

โดยเลือกตัวแทนตามความสะดวก (Convenience sampling) ตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มละ 1-2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์รายบุคคล โดยใช้บทสัมภาษณ์เชิงคุณภาพเดียวกันแบบกึ่งโครงสร้าง รูปแบบคำถามปลายเปิดให้แสดงความเห็นครอบคลุมเนื้อหา ได้แก่ การยอมรับระบบเฝ้าระวังโรค ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวังโรค ความยืดหยุ่นและความมั่นคงของระบบเฝ้าระวังโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการสรุปความ ถอดบทความ และการแสดงความเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยวิเคราะห์เนื้อหาและนำบทความของผู้ถูกสัมภาษณ์มาจัดเรียงให้เข้ากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาโดยปราศจากอคติ โดยยอมรับข้อมูลแต่ละกลุ่มเมื่อมีความถี่ของข้อมูลมากกว่าร้อยละ 50.00 ของผู้ถูกสัมภาษณ์

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่ อาการแสดง วันที่ป่วย และวันที่รายงานโรค จาก หัวหน้างานเวชกรรมสังคม รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. ศึกษาขั้นตอนและโครงสร้างการรายงานโรคมือ เท้า ปาก ของโรงพยาบาลจอมทอง โดยการสอบถาม ขั้นตอน และวิธีการวินิจฉัยโรค การลงรหัส ICD10 ในระบบ HOSxP ของแพทย์ วิธีการรายงาน และ ระยะเวลาการรายงานโรคของพยาบาล เมื่อทราบว่า เป็นโรคที่ต้องรายงานการระบาด รวมทั้งขั้นตอน การสอบสวนโรค และการรายงานโรคเข้าระบบ รง.506 ของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา วิเคราะห์ผลโดยการบรรยาย และทำแผนผังการรายงานโรค

3. ศึกษาคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังเชิงปริมาณ โดยสืบค้นข้อมูลการวินิจฉัยโรคจากรหัส ICD10 ในระบบ HOSxP จากนั้นพิจารณาข้อมูลว่าเข้าตาม เกณฑ์วินิจฉัยโรคมือ เท้า ปากหรือไม่ และ เปรียบเทียบข้อมูลว่าได้รายงานในระบบ รง.506 หรือไม่ได้อ้างอิง เพื่อนำมาวิเคราะห์ค่าความไว และ ค่าพยากรณ์ผลบวกของระบบเฝ้าระวังโรค นอกจากนี้ ยังเก็บข้อมูลในระบบ HOSxP ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่ และวันที่ป่วย และวันที่รายงานโรค นำมา เปรียบเทียบกับระบบ รง.506 เพื่อศึกษาความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล ความเป็นตัวแทนของข้อมูล และความทันเวลาของการรายงานโรค

4. ศึกษาคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวัง เชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วย แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกัน โดยผู้สัมภาษณ์นัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายบุคคล และอ่านคำถามทีละข้อ จดบันทึกคำตอบ และความเห็นปลายเปิดของ

ผู้ถูกสัมภาษณ์ รวบรวมคำตอบและนำมาวิเคราะห์ แยกประเด็นด้านการยอมรับระบบเฝ้าระวังโรค ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวังโรค ความยืดหยุ่น และความมั่นคงของระบบเฝ้าระวังโรค

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

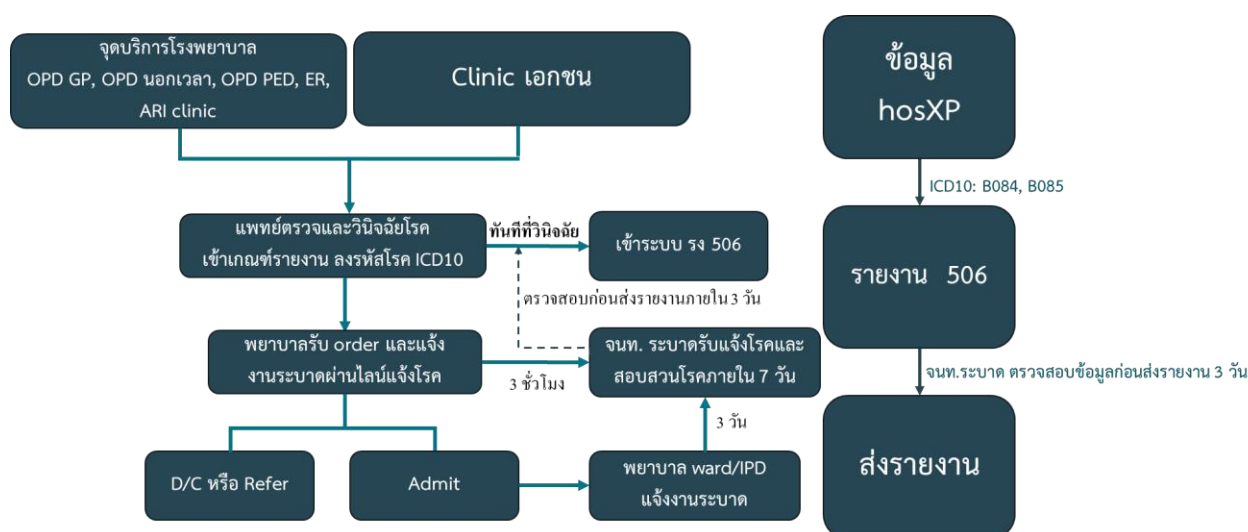
การศึกษานี้ได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูล รง.506 และจากระบบ HOSxP จากหัวหน้างานเวชกรรมสังคม รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิและผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เลขที่ ชม.0033.304/019 โดยแสดง ข้อมูลในภาพรวมของระบบการรายงานโรค ไม่สามารถระบุตัวตนและเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้

ผลการศึกษา

1. ระบบการรายงานโรคมือ เท้า ปาก

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องตรวจ OPD ทั่วไป OPD นอกเวลา ห้องตรวจเด็ก ห้องตรวจฉุกเฉิน และคลินิก โรคทางเดินหายใจ จะลงรหัสวินิจฉัยโรค ICD10 ในระบบ HOSxP โดยข้อมูลรหัส ICD10 ดังกล่าวจะถูก เรียกเข้ามาในระบบ รง.506 ซึ่งกำหนดผ่าน coding โดยทีมเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลที่จะ รายงานแก่เจ้าหน้าที่ห้องระบาด เพื่อตรวจสอบ ก่อนรายงานในระบบ รง.506 ของจังหวัดเชียงใหม่

การรายงานโรคจะเริ่มเมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัย และใส่รหัสวินิจฉัยโรค ICD10 ในระบบ HOSxP ข้อมูลจะถูกรายงานเข้าระบบ รง.506 โดยอัตโนมัติ กรณีที่ไม่ได้วินิจฉัยโรค ICD10 ที่กำหนด หรือสงสัย โรค หรือรับเข้านอนเป็นผู้ป่วยใน (Admitted) พยาบาลจะรายงานโรคภายใน 3 วัน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ สอบสวนโรคภายใน 7 วัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนผังการไหลเวียนของข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

2. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ (Quantitative attributes)

2.1 การประเมินค่าความไว (Sensitivity) และค่าพยากรณ์ผลบวก (Positive predictive value)

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมด 469 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รายงาน 359 คน โดยรายงานในระบบ รง.506 จำนวน 182 คน และไม่ได้รายงาน 177 คน คำนวณค่าความไวเป็นร้อยละ 50.70 สำหรับผู้ป่วยที่รายงานในระบบ รง.506

จำนวน 196 คน พบว่าเข้าเกณฑ์การรายงานโรคจำนวน 182 คน และไม่เข้าเกณฑ์การรายงานโรคจำนวน 14 คน มีค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ 92.86 เมื่อพิจารณาตามรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก พบว่าการรายงานมีความไวคิดเป็นร้อยละ 52.25 และค่าพยากรณ์ผลบวกร้อยละ 100.00 หากพิจารณาแยกตามชนิดของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยนอกมีการรายงานโรคได้ค่าความไวร้อยละ 52.83 และค่าพยากรณ์ผลบวกร้อยละ 92.31 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความไวและค่าพยากรณ์ผลบวกของระบบเฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก โดยแยกเป็นรหัสวินิจฉัยโรคและชนิดของผู้ป่วย (N=469 คน)

	เข้าเกณฑ์รายงานโรค		ไม่เข้าเกณฑ์รายงานโรค		ค่าความไว (ร้อยละ)	ค่าพยากรณ์ผลบวก (ร้อยละ)
	รายงานในระบบ รง. 506	ไม่รายงานในระบบ รง. 506	รายงานในระบบ รง. 506	ไม่รายงานในระบบ รง. 506		
รหัสวินิจฉัยโรค						
รหัสโรคหลัก	174	159	0	14	52.25	100.00
รหัสโรครอง	8	18	14	82	30.77	36.36
ชนิดของผู้ป่วย						
ผู้ป่วยนอก	168	150	14	84	52.83	92.31
ผู้ป่วยใน	14	27	0	12	34.15	100.00
รวมทั้งระบบ	182	177	14	96	50.70	92.86

2.2 คุณภาพของข้อมูล (Data quality)

วิเคราะห์ข้อมูลความครบถ้วนของข้อมูล และ ความถูกต้องของข้อมูลตัวแปรเพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่ และวันที่รายงาน พบว่าข้อมูลที่รายงานในระบบ

รายงาน 506 จำนวน 177 คน ได้แก่ เพศ อายุ วันที่ รายงานครบถ้วนและถูกต้องร้อยละ 100.00 แต่มี รายงานอาชีพจำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 97.17 และข้อมูลที่อยู่ถูกต้องร้อยละ 98.87 ดังตารางที่ 2

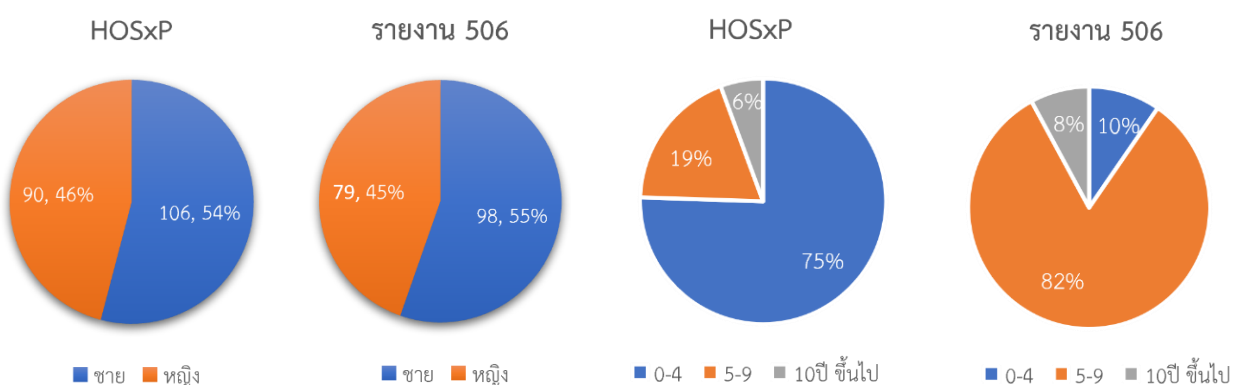
ตารางที่ 2 ความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่รายงานในระบบ รง.506 (N=177 คน)

ข้อมูล	ความครบถ้วนของข้อมูล		ความถูกต้องของข้อมูล	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	177	100.00	177	100.00
อายุ	177	100.00	177	100.00
อาชีพ	172	97.17	177	100.00
ที่อยู่	177	100.00	175	98.87
วันที่รายงาน	177	100.00	177	100.00

2.3 ความเป็นตัวแทนของข้อมูล (Representativeness)

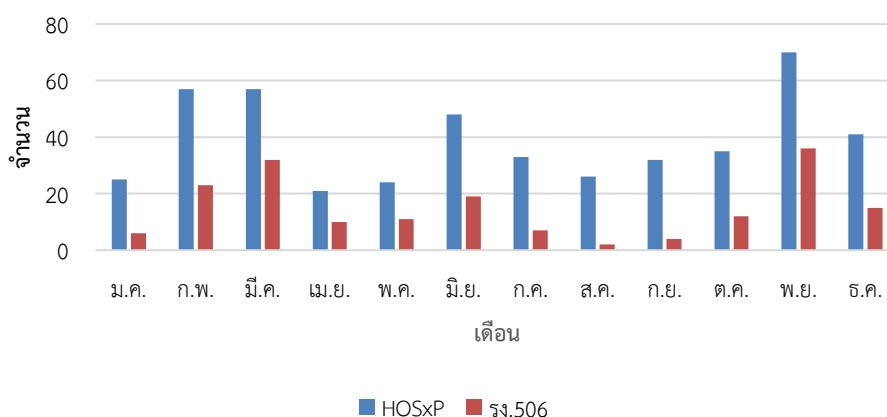
การประเมินความเป็นตัวแทนของข้อมูลโดย เปรียบเทียบข้อมูลเพศที่รายงานในระบบ HOSxP จำนวน 196 คนและรายงาน 506 จำนวน 177 คน พบว่า มีผู้ป่วยเพศชายต่อเพศหญิงคิดเป็น 1:0.85 และ 1:0.80 ตามลำดับ และช่วงอายุของผู้ป่วยทั้งใน ระบบ HOSxP และรายงาน 506 เป็นไปทางเดียวกัน คือส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 0-4 ปี และ 5-9 ปี

มากกว่าร้อยละ 90 ดังภาพที่ 2 เช่นเดียวกับจำนวน ผู้ป่วยแต่ละเดือนในระบบเฝ้าระวังในรายงานของ HOSxP และรายงาน 506 มีแนวโน้มไปในทาง เดียวกันคือจำนวนผู้ป่วยมากในช่วง เดือนกุมภาพันธ์- มีนาคม และลดลงช่วงเดือนเมษายน-ตุลาคม จากนั้น จำนวนผู้ป่วยมากขึ้นอีกครั้งในเดือนพฤศจิกายน- ธันวาคม ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 2 แสดงเพศ ช่วงอายุ และจำนวนผู้ป่วยรายเดือนเปรียบเทียบในระบบ HOSxP และระบบรายงาน 506

แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยเปรียบเทียบกันระหว่างในระบบ HOSxP
และระบบ รง.506



ภาพที่ 3 แผนภูมิจำนวนผู้ป่วยรายเดือนเปรียบเทียบในระบบ HOSxP และระบบรายงาน 506

2.4 ความทันเวลา (Timeliness)

จากเกณฑ์การรายงานโรคและการควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ของกรมควบคุมโรค การรายงานโรคของโรงพยาบาลได้กำหนดความทันเวลาในการรายงานโรคภายใน 3 วัน พบว่า ผู้ป่วยใน รายงานโรค

ทันเวลา ร้อยละ 92.86 และผู้ป่วยนอก รายงานโรคทันเวลาร้อยละ 100.00 โดยความทันเวลาทั้งระบบ คิดเป็นร้อยละ 99.48 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานโรคทันเวลา แยกตามผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (N=196 คน)

วันที่รายงานโรค (วัน)	จำนวนผู้ป่วยในที่รายงาน (N=14)		จำนวนผู้ป่วยนอกที่รายงาน (N=182)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1	0	0	182	100.00
2	4	28.57	0	0
3	9	64.29	0	0
4	1	7.14	0	0
ความทันเวลา (ภายใน 3 วัน)	13	92.86	182	100.00
ความทันเวลาทั้งระบบ (ร้อยละ)	99.48			

3. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ (Qualitative attributes)

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในการรายงานโรคจำนวนทั้งหมด 9 คน ได้ผลการศึกษาดังนี้

3.1 ความยอมรับของระบบเฝ้าระวังโรค (Acceptability)

ผู้บริหารโดยตัวแทนของรองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมนุฎิเห็นว่าระบบเฝ้าระวังโรคมีความสำคัญต่อการตรวจสอบสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทำให้

สามารถตรวจจับการระบาดของโรค และเป็นข้อมูลสำหรับการเตรียมการ เตรียมทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอในการป้องกันโรค และเฝ้าระวังในพื้นที่ก่อนเกิดการระบาดของโรคทั้งในชุมชนและในสถานศึกษาสามารถนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการควบคุมโรคและวางแผนการควบคุมโรคในอนาคต

3.2 ความง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity)

ระบบการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปากของโรงพยาบาลมีความง่ายต่อการรายงานโรค และรายงานโรคได้หลายช่องทาง แต่บางกรณีการรายงานโรคจากห้องตรวจ OPD ยังมีข้อจำกัดด้านปริมาณงานที่มาก

3.3 ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวังโรค (Flexibility)

ระบบการรายงานโรคผ่าน HOSxP โดยสามารถปรับเปลี่ยนนิยามได้ตลอดเวลา โดยนักวิชาการสาธารณสุข กล่าวว่า งานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการตามข้อสั่งการ หรือคำสั่งในการปรับเปลี่ยนข้อมูลรหัส code เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายความปลอดภัยและความถูกต้อง

ของข้อมูล และโปรแกรมสามารถประยุกต์การเฝ้าระวังโรคอื่นได้อย่างสะดวก โดยสามารถตั้ง code และระบุนิยามโรคเพื่อรายงานได้ รวมทั้งสามารถติดตั้งระบบแจ้งเตือน pop-up เพื่อเตือนโรคที่ต้องรายงานได้ด้วย

3.4 ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง (Stability)

ระบบการเฝ้าระวังโรคมีการปรับแผน และนโยบายอย่างต่อเนื่องประจำปี โดยระบุแผนปฏิบัติการควบคุมโรค การเตรียมคน เงิน ของในแต่ละปีงบประมาณ รวมทั้งเตรียมแผนพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง โดยใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา ในขณะที่ระบบเฝ้าระวังและรายงานโรคเป็นระบบที่ผ่านการลงรหัสวินิจฉัยโดยแพทย์ และมีความเสถียร เนื่องจากเป็นระบบดึงข้อมูลอัตโนมัติ ส่วนเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาสามารถหมุนเวียนทำหน้าที่ทดแทนได้เมื่อไม่สามารถปฏิบัติงานในเวลาด้านเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ พยาบาล พบว่ามีอัตราการหมุนเวียนสูง ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของระบบการเฝ้าระวังโรคด้านการรายงานโรค

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (N=9 คน)

คุณลักษณะเชิงคุณภาพ	ถอดประเด็นจากการสัมภาษณ์	จำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	
		เห็นด้วย/ยอมรับ	ร้อยละ
ความยอมรับของระบบเฝ้าระวังโรค (Acceptability)	- ระบบเฝ้าระวังมีความสำคัญ	9	100.00
	- หัวหน้าหรือผู้บริหารให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังโรค	9	100.00
	- ระบบเฝ้าระวังโรคสามารถนำมากำหนดนโยบายเพื่อรับมือการระบาดของโรคได้	8	88.89
	- ระบบเฝ้าระวังสามารถตรวจจับการระบาดของโรคได้	8	88.89
	- ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคสามารถนำมากำหนดทรัพยากรเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือการระบาดได้	9	100.00
ความง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity)	- ทราบและเข้าใจระบบเฝ้าระวังโรค	8	88.89
	- การยอมรับว่าการรายงานโรคในระบบเฝ้าระวังโรคเป็นระบบที่ง่าย ไม่ซับซ้อน	6	66.67
	- ทราบวิธีการ และขั้นตอนการรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง	9	100.00

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (N=9 คน) (ต่อ)

คุณลักษณะเชิงคุณภาพ	ถอดประเด็นจากการสัมภาษณ์	จำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	
		เห็นด้วย/ยอมรับ	ร้อยละ
ความยืดหยุ่นของระบบ เฝ้าระวังโรค (Flexibility)	- ระบบรายงานและเฝ้าระวังโรคสามารถปรับนิยามโรคหรือรหัสโรคให้เป็นปัจจุบันได้	8	88.89
	- ระบบเฝ้าระวังสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์การระบาดได้อย่างรวดเร็ว	8	88.89
	- ระบบเฝ้าระวังสามารถประยุกต์ใช้กับโรคใหม่ได้โดยไม่ต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มเติมได้	8	88.89
ความมั่นคงของระบบ เฝ้าระวัง (Stability)	- นโยบายของผู้บริหารสนับสนุนทรัพยากรให้ระบบการเฝ้าระวังโรคมีความยั่งยืน	6	66.67
	- ข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคมีความมั่นคง และเชื่อถือได้	7	77.78
	- ยอมรับว่าเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง โยกย้ายบุคลากรระบบเฝ้าระวังโรคยังคงดำเนินต่อไปได้อย่างสมบูรณ์	6	66.67

อภิปรายผล

ระบบการเฝ้าระวังโรคของโรงพยาบาลจอมทองเป็นระบบการดึงข้อมูลผ่านระบบ HOSxP เพื่อรายงานในระบบ รง.506 โดยการกำหนดรหัสดึงข้อมูลของแผนกเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล และมีการตรวจสอบข้อมูลโดยนักวิชาการสาธารณสุขของงานระบาดวิทยา ก่อนรายงาน คล้ายกับระบบรายงานโรคของโรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ต่างกันที่ผู้ส่งรายงานเป็นพยาบาล และมีระบบแจ้งเตือน (pop up) ภายหลังการวินิจฉัยโรคในรหัส ICD10 ที่กำหนด (ยุวดี แก้วประดับ และคณะ, 2567) อย่างไรก็ตามการรายงานโรคมักมีปัญหาจากการไม่เข้าใจนิยามโรคที่ต้องรายงาน การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การลงรหัส ICD10 ที่ถูกต้องของแพทย์ (ปรารค์ศิริ นาแหลม และคณะ, 2564) เป็นไปในทางเดียวกับระบบรายงานโรคของโรงพยาบาลจอมทองที่พบว่าปัจจัยความผิดพลาดของระบบการรายงานโรคคือการหมุนเวียนของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องระบาดวิทยา จึงเกิดความไม่เข้าใจนิยามโรคที่ต้องรายงาน

จากผลการศึกษาพบว่าความไวในการรายงานโรคในระบบเฝ้าระวังของโรงพยาบาลจอมทองมีการรายงานโรคที่มีความไวต่ำสาเหตุอาจเกิดจาก

การวินิจฉัยไม่ถูกต้อง และการลงรหัส ICD10 ผิด ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยโรคหลักมือ เท้า ปาก มีความไวร้อยละ 52.25 ในขณะที่รหัสโรครองมีความไวในการรายงานโรคเพียงร้อยละ 30.77 ดังนั้นการให้รหัสโรคจึงมีผลต่อความไวในการรายงานโรค ซึ่งการวินิจฉัยโรคบางครั้งแพทย์ไม่ทราบการวินิจฉัยตั้งแต่แรก ไม่แน่ใจลักษณะผื่น จำเป็นต้องติดตามอาการ เช่น การนัดผู้ป่วยดูอาการในผู้ป่วยนอก หรือรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อรออาการแสดงที่ชัดเจนหรือรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ส่งผลให้แพทย์ไม่ได้ลงรหัสวินิจฉัยโรคในครั้งแรก และบางกรณีแพทย์ให้การรักษาโดยไม่ได้เปลี่ยนรหัสโรคภายหลังเมื่อทราบผลการตรวจยืนยันโรคที่แท้จริง ทำให้การวินิจฉัยที่แท้จริงไม่ครบทุกคน พบมากในผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน (IPD) จึงทำให้ความไวในการรายงานโรคเพียงร้อยละ 34.15 เท่านั้น แตกต่างจากผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีความไวร้อยละ 52.83 ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความไวการรายงานโรคคือการลงรหัสผิด และผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้เกี่ยวกับนิยามโรค (ณรงฤทธิ์ กิตติกวิน และภักจิรา เกตุสถิต, 2562)

แม้ว่าความไวของการรายงานโรคในแผนกผู้ป่วยนอกสูงเมื่อเทียบกับแผนกผู้ป่วยใน ยังพบว่ามีปัญหาการไม่รายงานโรคถึงร้อยละ 75.00 จากการตรวจ

ของแพทย์ทุกระดับ และพบมากที่ห้องตรวจผู้ป่วยเด็ก และห้องฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นแผนกหลักที่ให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้มีความเร่งรีบในการรักษา และเสี่ยงที่ทำให้การรายงานโรคต่ำ โดยเฉพาะช่วงที่มีการระบาดของโรค มีผลต่อความไวในการรายงานโรค เนื่องจากความไวในการรายงานโรคของแต่ละโรงพยาบาลชุมชนขึ้นอยู่กับอุบัติการณ์การเกิดโรค และสถานการณ์การระบาดของโรค (ภาคภูมิ อินทรประดิษฐ์ และสุวัชร คำโตนด, 2564) และในสถานการณ์การระบาดของโรคอื่นๆ เช่น โควิด 19 ส่งผลต่อค่าความไวของการรายงานโรคเช่นกัน (Kim *et al.*, 2024)

นอกจากนี้จากการทบทวนผู้ป่วยในเวชระเบียนที่รายงานเข้าระบบรายงาน 506 พบว่า มีค่าพยากรณ์ผลบวกค่อนข้างสูง ร้อยละ 92.86 อาจเนื่องจากการรายงานโรคเป็นผลมาจากการวินิจฉัยและการลงรหัส ICD10 จากแพทย์โดยตรง โดยดูจากอาการทางคลินิกเป็นหลัก ส่วนใหญ่แพทย์ที่ตรวจวินิจฉัยเป็นแพทย์แผนกกุมารเวชกรรมที่มีความเฉพาะทางสูง จึงทำให้ค่าทำนายผลบวกสูง (ยุวดี แก้วประดับ และคณะ, 2567) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภาคภูมิ อินทรประดิษฐ์ และสุวัชร คำโตนด (2564) ที่พบค่าพยากรณ์ผลบวกต่ำ เกิดจากแพทย์วินิจฉัยโรคมือ เท้า ปากไม่ครบตามนิยาม การบันทึกประวัติไม่สมบูรณ์ หรืออาการทางคลินิกผู้ป่วยไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้ศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่รายงานโรคแต่ไม่เข้านิยามโรค 14 คน เกิดจากการลงวินิจฉัยผิด และเป็นผู้ป่วยสงสัยอาการทางคลินิกไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรคภายหลังการตรวจติดตามรักษา

ด้านความเป็นตัวแทนข้อมูลในระบบ HOSxP และ รง.506 มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงใกล้เคียงกัน และแนวโน้มปริมาณโรคไปด้วยกันในแต่ละเดือน จึงเป็นตัวแทนที่ดี แต่สัดส่วนอายุของระบบ HOSxP และ รายงาน 506 สะท้อนความเป็นตัวอย่างไม่ดีโดยพบความแตกต่างกันระหว่างอายุ 0-4 ปี และ 5-9 ปี เกิดจากขั้นตอนการนำข้อมูลมาวิเคราะห์แตกต่างกันคือระบบ HOSxP คำนวณอายุช่วง 4 ปี แต่ไม่ถึง 5 ปี

บริบูรณ์เป็นช่วงอายุ 0-4 ปี ในขณะที่ระบบรายงาน 506 คำนวณช่วงอายุดังกล่าวเป็นอายุ 5-9 ปี อย่างไรก็ตามหากพิจารณาอายุรวมช่วง 0-9 ปี เปรียบเทียบสองระบบพบว่ามีความใกล้เคียงกันคือ ระบบ HOSxP ร้อยละ 81.00 และระบบรายงาน 506 ร้อยละ 92.00 ส่วนด้านความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล และความทันเวลาอยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยโรงพยาบาลจอมทองรายงานทันเวลาภายใน 3 วัน ร้อยละ 99.48 สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี นันทนุช และคณะ (2557) ซึ่งพบว่าการรายงานทันเวลา 0-3 วัน ร้อยละ 90.46 อย่างไรก็ตามการรายงานโรคทันเวลาขึ้นกับประเภทของผู้ป่วย กล่าวคือแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) จะรายงานในวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 ส่วนแผนกผู้ป่วยใน (IPD) การรายงานโรคขึ้นอยู่กับการที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นวันที่แพทย์สรุปวินิจฉัยครั้งสุดท้ายและมีการลงรหัสโรคก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก มักจะนอนรักษาในโรงพยาบาล 2-3 วัน การรายงานโรคส่วนใหญ่จึงมีค่า 3 วัน ร้อยละ 92.86 ทำให้ข้อมูลดังกล่าวอาจสะท้อนความทันเวลาการรายงานโรคของระบบเฝ้าระวังโรคที่ไม่ดี

การศึกษาระบบการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก โรงพยาบาลจอมทองครั้งนี้ มีโครงสร้างการรายงานโรคง่าย ไม่ซับซ้อน มีความยืดหยุ่น และมีความมั่นคงในห้วงที่ค่าความไว และค่าทำนายผลบวกยอมรับได้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้แสดงให้เห็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อค่าความไวและค่าพยากรณ์ผลบวกได้ เช่น องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคได้แก่ การให้การวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องตามนิยามโรค หรือการวินิจฉัยโรคล่าช้าเนื่องจากไม่แน่ใจอาการของโรค ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาแสดงอาการของโรค การลงรหัสโรคไม่ถูกต้อง การให้การรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอกโดยไม่ปรับเปลี่ยนรหัสโรคที่ถูกต้องภายหลังการติดตาม (ใช้วิธีการ Re-Diagnosis) หรือผู้ป่วยในที่มีอาการแสดงออกของโรคที่ไม่ชัดเจน รอผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้เกี่ยวข้องกับ การหมุนเวียนบุคลากร ภาระงาน ความเข้าใจใน

ระบบการรายงานโรคของพยาบาล ความเข้าใจใน
นิยามโรคของเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา การมีส่วนร่วม
ของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ และความเชี่ยวชาญ
ของแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค นิยามโรค
การวินิจฉัยโรคมือ เท้า ปาก และการลงรหัส ICD10
ที่ถูกต้องแก่แพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แพทย์
ประจำ แพทย์หมุนเวียนหรือแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
สามารถวินิจฉัยโรคได้ตรงตามนิยาม และมั่นใจใน
การลงรหัสโรคที่ถูกต้อง

2. พยาบาลที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกทั้งแผนก
ห้องฉุกเฉิน แผนกกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก
ทั่วไป และแผนกโรคทางเดินหายใจ ควรมีการอบรม
เกี่ยวกับนิยามโรคเพื่อช่วยตรวจสอบผู้ป่วยที่
เข้าเกณฑ์รายงานแต่ไม่ได้รายงาน รวมทั้งเพิ่มความ
เข้าใจขั้นตอนการรายงานโรคอย่างต่อเนื่องแก่
พยาบาลดังกล่าว เพื่อลดปัญหาการหมุนเวียน
พยาบาลที่ไม่ทราบขั้นตอน และเพิ่มความสามารถใน
การรายงานโรคตามโครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรค

3. พยาบาลหอผู้ป่วยในปรับระบบการรายงานโรค
หลังได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ทันที และพิจารณาให้
แพทย์เขียนออเดอร์รายงานโรคเพิ่มเติมโดยไม่ต้องรอ
วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสะท้อน
ความทันเวลาของการรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง
และควรมีการอบรมพยาบาลด้านการรายงานโรค
เพื่อเป็นการทวนสอบการรายงานโรค

4. เจ้าหน้าที่ห้องระบาดวิทยาและนักวิชาการ
สาธารณสุข ควรทำความเข้าใจระบบรายงานโรค

และรหัสการรายงานโรคที่ถูกต้อง มีการอัปเดต
นิยามโรค รวมทั้งมีการทบทวนนิยามโรคแก่เจ้าหน้าที่
ระบาดวิทยาเป็นประจำ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา
สามารถตรวจสอบข้อมูลก่อนการส่งรายงาน 506
ได้ถูกต้อง

5. นำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทในการ
รายงานโรค เช่น ควรมีการทำข้อความเตือน (pop up)
การรายงานโรคเข้าสู่ระบบ รง.506 ทั้งระบบผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน เพื่อช่วยแจ้งเตือนกรณีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์
รายงานแต่พยาบาลมีภาระงานมากเป็นต้น

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการศึกษา
และจำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้รับสัมภาษณ์
จำนวนน้อย เนื่องจากภาระงาน รวมทั้งปัจจัยที่อาจ
ส่งผลต่อระบบเฝ้าระวังโรคไม่ได้ศึกษาวิเคราะห์ต่อ
ในทางสถิติ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัย
ที่ส่งผลต่อค่าความไวและค่าพยากรณ์ผลบวกของ
ระบบเฝ้าระวังโดยละเอียดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมทอง
รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิ งานเวชกรรมสังคม
และเจ้าหน้าที่ห้องระบาดวิทยาทุกท่าน ที่ให้ข้อมูล
และให้ความร่วมมือในการประเมินระบบเฝ้าระวังโรค
ขอขอบคุณคณะอาจารย์หลักสูตร FEMT รุ่น 18
ทุกท่านที่ให้ความรู้และทักษะในการประเมินระบบ
เฝ้าระวังโรค

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). มือเท้าปาก (Hand, Foot and Mouth Disease (HFM)) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ
10 มกราคม 2567]; แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=11
กรมควบคุมโรค. (2567). ระบบเฝ้าระวังโรค Digital Disease Surveillance [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ
10 มกราคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://ddssoe.ddc.moph.go.th/ddss/>

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). โรคมือเท้าปาก (Hand foot and mouth disease).

ใน: บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์, ดนยา สุเวทเวทิน, ณฐวดี ศรีวรรณยศ และอรุณ รั้งผึ้ง, บรรณาธิการ.

นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย.

กรุงเทพมหานคร: แคนา กราฟฟิค. 168-169.

ณรงฤทธิ์ กิตติกวิน และภักจิรา เกตุสถิตย์. (2562). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก ของ

ศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มเขตแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาด

วิทยาประจำสัปดาห์, 50(12), 181-187. [สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2568]; แหล่งข้อมูล:

<https://he05.tci-thaijo.org/index.php/WESR/article/view/1451>

ปรารงค์ศิริ นาแหลม, นิภาพรณ สฤทธอภีรักษ์, นิรันดร์ ยิ้มจ่อหอ และคณะ. (2564). การประเมินระบบเฝ้า

ระวังโรคมือเท้าปาก และโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัสที่มีอาการรุนแรงในกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี ของ

โรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2561. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์,

52(47), 689-698. [สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2568]; แหล่งข้อมูล:

<https://he05.tci-thaijo.org/index.php/WESR/article/view/1766>

ภาคภูมิ อินทรประดิษฐ์ และสุวภัทร คำโตนด. (2564). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก ในกลุ่ม

เด็กอายุ 0-9 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดอ่างทองในช่วงที่มีการระบาดของโรค

ระหว่างเดือนเมษายน – กันยายน 2559 และ 2560. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4,

11(1), 29-38. [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2567]; แหล่งข้อมูล:

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/article/view/248319/168161>

ยุวดี แก้วประดับ, ทิพวรรณ อาสุระ, ชรัฐพร จิตพิระ และคณะ. (2567). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ

เท้า ปาก โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ปี พ.ศ. 2565. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขต

เมือง, 9(1), 36-51. [สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2568]; แหล่งข้อมูล:

https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc_652300.pdf

รัชนี นันทนุช, นิตยา ดวงแสง และกนกกาญจน์ ยางเงิน. (2557). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า และ

ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2555. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุม

โรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 21(2), 54-63. [สืบค้นเมื่อ 4 พฤษภาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/165985/120049>

Centers for disease Control and Prevention. (2024). About Hand, Foot, and Mouth Disease

[online]. [cited 2024 May 11]; Available from:

<https://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/index.html>

Kim, B. I., Achangwa, C., Cho, S., *et al.* (2024). The Hand, Foot, and Mouth Disease Sentinel

Surveillance System in South Korea: Retrospective Evaluation Study. JMIR Public

Health Surveillance, 10(1), e59446. [cited 2025 February 25]; Available from:

<https://doi.org/10.2196/59446>