

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีการดำเนินงานทางระบาดวิทยาในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ แต่วิธีการดำเนินงานมีหลากหลายรูปแบบ ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหมด โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค แตกต่างกันไปมากทั้งในด้านวิธีการ ขอบเขต และวัตถุประสงค์ ดังนั้นจึงมีความพยายามที่จะปรับปรุงคุณสมบัติต่างๆของระบบให้ดีขึ้น เช่น ความถูกต้อง ความครบถ้วน และความทันเวลา เครื่องมือที่ใช้ในงานเฝ้าระวังโรคมีหลายอย่างด้วยกัน แต่ที่สำคัญคือ “ข้อมูลข่าวสารการป่วย - ตายของประชาชน” ซึ่งสำนักระบาดวิทยาได้จัดทำเป็นแบบฟอร์มเรียกว่า บัตรรายงานผู้ป่วย (รง.506) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดกรอกแบบฟอร์มโรคที่ต้องเฝ้าระวัง จากข้อมูลการรายงานโรคของสำนักระบาดวิทยา พบว่าอัตราป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่สำคัญในประเทศไทย 5 อันดับแรก ตั้งแต่ปี 2542 – 2546 เป็นดังนี้



จากข้อมูลอัตราป่วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่สำคัญในประเทศไทย 5 อันดับแรก พบว่าโรคโรคอุจจาระร่วงมีอัตราป่วยสูงสุด ส่วนโรคไข้หรือไข้ไม่ทราบสาเหตุมีแนวโน้มลดลง ไข้เลือดออกอัตราป่วยมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น ส่วนโรคปอดบวมและโรคอาหารเป็นพิษอัตราป่วยค่อนข้างคงที่

สำนักระบาดวิทยาได้ปรับปรุงระบบการรายงานโรค โดยการนำคอมพิวเตอร์มาช่วยในการประมวลผลข้อมูลทางระบาดวิทยาระดับจังหวัดตั้งแต่การนำข้อมูลบัตรรายงานผู้ป่วย(รง.506)

บัตรเปลี่ยนแปลงการรายงานผู้ป่วย (รง.507) เข้าเครื่องคอมพิวเตอร์และออกเป็นระเบียบรายงาน ตั้งแต่ E.0, E.1, E.2, E.3, E.4, DR และรายงานอื่นๆ โดยระยะแรกมีการใช้คอมพิวเตอร์ในระดับ จังหวัด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต่อมาขยายขอบเขตถึงระดับอำเภอ จนถึงสถาน บริการ คือ โรงพยาบาล สามารถนำเข้าข้อมูลรายงานผู้ป่วย (รง.506) เข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ ประมวลผลและจัดทำรายงาน และมีการส่งข้อมูลรายงานผู้ป่วยด้วยแผ่นแม่เหล็กหรือแฟ้มข้อมูล รายงานผู้ป่วยทางโมเด็ม (MODEM) จากโรงพยาบาลไปสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ทำการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม ระดับอำเภอ และจากนั้นมีการส่งข้อมูลรายงานผู้ป่วยด้วยแผ่นแม่เหล็ก หรือแฟ้มข้อมูลรายงาน ผู้ป่วยทางโมเด็ม (MODEM) ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูลและทำการส่งแฟ้มข้อมูลรายงานผู้ป่วยมายังสำนักกระบาดวิทยา

แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ยัง ต่ำกว่าความเป็นจริงมาก ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความ ร่วมมือในการส่งรายงานในอัตราค่อนข้างต่ำ รายงานที่ส่งไม่ครบถ้วน สาเหตุมาจากโรคที่อยู่ใน ข่ายการเฝ้าระวังมีจำนวนมาก และบางโรคมีอุบัติการณ์ของโรคสูง (1) ซึ่งสอดคล้องกับผล การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข พบว่ายังมีปัญหาในขั้นตอนการ เก็บรวบรวมข้อมูล แบบรายงานขาดการให้คำนิยามที่ชัดเจน (2) เจ้าหน้าที่มีภาระในการจัดทำ ระเบียบรายงานค่อนข้างมาก และขาดความรู้ในการบริหารข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อน การนำมาใช้ ประโยชน์ของข้อมูลที่จัดเก็บไว้ค่อนข้างน้อยในทุกระดับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากข้อมูลขาดความ แม่นยำ ขาดการพัฒนาเครื่องชี้วัดที่เหมาะสม (3) ส่วนการศึกษาเรื่องคุณภาพของข้อมูลการ รายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่ผ่านมาระดับโรงพยาบาล ยังพบปัญหาด้านความ ครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันเวลา ดังการศึกษาของนิภาพรรณ สฤกษ์ดีอภิรักษ์ และ สมาน สยมภูจินันท์ (4) ศึกษาคุณภาพข้อมูลการรายงานโรคไข้เลือดออก ภาคกลาง พ.ศ. 2538 โดยศึกษาด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล ทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า โรงพยาบาลชุมชน มีความครบถ้วนของการรายงาน ร้อยละ 67.8 ความถูกต้องร้อยละ 62.5 โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีความ ครบถ้วนของการรายงาน ร้อยละ 89.5 ความถูกต้อง ร้อยละ 80.1 ปัญหาที่พบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการรายงานโรค ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร

ศูนย์ระบาดวิทยาภาคกลาง จังหวัดราชบุรี (5) ได้ศึกษาคุณภาพการรายงานข้อมูล เฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายด้วยการรับประทานยาหรือสารพิษ (รง.506) ภาคกลาง พ.ศ. 2539 โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เลือกจังหวัดที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุดของ ทุกเขต เขตละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัดจากนั้นตรวจสอบข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ที่มาได้รับการรักษาตั้งแต่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2539 ของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า อัตราความครบถ้วนของการรายงานโดยภาพรวมทั้ง 4 จังหวัด เท่ากับร้อยละ 58.04 เมื่อจำแนกตามระดับโรงพยาบาลดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเท่ากับร้อยละ 77.4 และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับร้อยละ 25.14 ตัวแปรที่ถูกต่องน้อยที่สุดคือประเภทของสารพิษที่รับประทาน มีความถูกต้องเพียงร้อยละ 60.5 รองลงมา คือการวินิจฉัยมีความถูกต้องร้อยละ 86.21

ปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ระดับวิทยาของโรงพยาบาลชุมชน ไม่ทราบว่าจะต้องบันทึกผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายด้วยการรับประทานยาหรือสารพิษ ลงในแบบฟอร์ม รง. 506 ผู้ปฏิบัติมีการโยกย้ายปรับเปลี่ยนตำแหน่งบ่อย ขาดการอบรมก่อนปฏิบัติการและขาดการนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ระดับความครบถ้วนค่อนข้างต่ำ

ปัจจุบันสำนักกระบาดวิทยา (6) ได้ทำการประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อทั่วประเทศเป็นแนวทางเดียวกันโดยการประเมินการรายงานโรคทั้งหมด 25 โรคตามคู่มือการประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ พ.ศ.2547 ซึ่งสำนักงานควบคุมโรคติดต่อที่ 1 ได้ดำเนินการประเมินในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1 ประกอบด้วยจังหวัดอ่างทอง สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี และ พระนครศรีอยุธยา แก่เครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง และสุมประเมินโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย จังหวัดละ 1 แห่ง โดยวิธีการตรวจสอบจากบัตรบันทึกอาการผู้ป่วย เปรียบเทียบกับข้อมูลจากบัตรรายงานผู้ป่วย(รง.506) โรงพยาบาลละ 100 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยนอก 50 รายและผู้ป่วยใน 50 ราย ผลการประเมินมาตรฐานการรายงานโรคระดับโรงพยาบาล เป็นดังนี้ ความครบถ้วนของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่เฝ้าระวังมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 40 ความถูกต้องของการเขียนบัตรรายงานผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 30 ความทันเวลาของการรายงานโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 20 ซึ่งพบว่ายังผ่านเกณฑ์ในระดับที่น้อยมาก ส่วนผลการประเมินของจังหวัดอ่างทอง ระดับโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลอ่างทอง ความครบถ้วนของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง ร้อยละ 33 ความถูกต้องของการเขียนบัตรรายงานผู้ป่วย ร้อยละ 75.8 ความทันเวลาของการรายงานโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง ร้อยละ 61.5 ระดับโรงพยาบาลชุมชนที่สุ่มเลือกได้ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสามโก้ ซึ่งมีขนาด 10 เตียง ความครบถ้วนของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่เฝ้าระวังร้อยละ 36.3 ความถูกต้องของการเขียนบัตรรายงานผู้ป่วย ร้อยละ 58.6 ความทันเวลาของการรายงานโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง ร้อยละ 95.3

จากผลการประเมินดังกล่าวพบว่าในสาธารณสุขเขต 1 และจังหวัดอ่างทอง พบว่าคุณภาพของข้อมูลในด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันเวลายังอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐานมาก

ที่ผ่านมา ข้อมูลที่มีอยู่ในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลต่างๆ ขาดการวางแผนเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปอิเล็กทรอนิกส์จาก โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหนังสือให้โรงพยาบาล ที่มีข้อมูลผู้ป่วยในทุกรายของปีงบประมาณ 2539 รวบรวมส่งส่วนกลาง เพื่อวิเคราะห์จัดกลุ่มโรคตามหลักการกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) ปรากฏว่ามีโรงพยาบาลชุมชน 32 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ 46 แห่ง ที่ส่งข้อมูลดังกล่าว ในแผ่นแม่เหล็กบันทึกข้อมูล (diskettes) ภายหลังจากที่ปรับมาตรฐานข้อมูลบางส่วนให้ตรงกัน เพื่อสามารถนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกันได้ เหลือข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง และจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ 43 แห่งเท่านั้น จึงแสดงว่าการขาดมาตรฐานระดับข้อมูล ทำให้การเชื่อมโยงจากข้อมูลในระดับสูงลดน้อยลงไป (7) และยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินระบบการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้วยวิธีการจัดการฐานข้อมูลการรายงานโรคในโปรแกรมระบาดวิทยา ส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลด้วยการศึกษาจากบัตรรายงานผู้ป่วย (รง. 506) เปรียบเทียบกับบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วย

ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะประเมินระบบการรายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรงพยาบาลในจังหวัดอ่างทองโดยการศึกษาคุณภาพข้อมูลการรายงานโรค ด้วยวิธีการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ซึ่งได้มาจากข้อมูลจากโปรแกรมระบาดวิทยาเปรียบเทียบกับข้อมูลของโปรแกรมเวชระเบียน และศึกษาถึงปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพของข้อมูล ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน และระบบการรายงานโรคเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย (Research Question)

ผลการประเมินระบบการรายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรงพยาบาลในจังหวัดอ่างทองเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อประเมินระบบการรายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรงพยาบาล

ในจังหวัดอ่างทอง

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1.3.1.1 ศึกษาคุณภาพของข้อมูลการรายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้แก่ ความถูกต้อง ความครบถ้วน และความทันเวลา ของระบบการรายงานโรคโดยการเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลจากโปรแกรมระบาดวิทยากับโปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาลในจังหวัดอ่างทอง

1.3.1.2 ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน และระบบการรายงานโรคกับคุณภาพของข้อมูลการรายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

1.3.1.3 ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่รายงานโรคไม่ครบถ้วน จำแนกเป็นรหัสโรค (ICD-10)

1.3.1.4 ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่รายงานโรคไม่ทันเวลาจะแยกมาวิเคราะห์หาความถี่ ร้อยละ ของวันที่รับรักษาและวันที่จำหน่ายผู้ป่วย โดยจำแนกเป็นวันทำการของราชการ และ วันหยุดราชการ

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits and Application)

1.4.1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาการพัฒนาระบบการรายงานโรคทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

1.4.2 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา เห็นถึงความสำคัญของคุณภาพของข้อมูลการรายงานโรคทางระบาดวิทยา

1.4.3 เพื่อเป็นแนวทางและเป็นข้อมูลพื้นฐานในประเมินระบบการรายงานโรคทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

1.5 ตัวแปร (Variables)

1.5.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

1.5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ได้แก่ ประเภทของโรงพยาบาล จำนวนเตียง

1.5.1.2 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การผ่านการอบรม ด้านระบาดวิทยา ระยะเวลาที่รับผิดชอบงาน

1.5.1.3 ระบบการรายงานโรค ได้แก่ ระบบการรายงานโรคผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1.5.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ คุณภาพของข้อมูลการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา ประกอบด้วย ความถูกต้อง ความครบถ้วน และความทันเวลา

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1.6.1 ข้อมูลที่บันทึกไว้ในโปรแกรมรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลถือว่าเป็นข้อมูลของโรงพยาบาลนั้นไม่ว่าจะถูกบันทึกโดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียนคนใดก็ตาม

1.6.2 ศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลโปรแกรมระบาดวิทยา โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกข้อมูลจากบัตรรายงานผู้ป่วย (รง.506) และบัตรเปลี่ยนแปลงการรายงานผู้ป่วย (รง.507) ซึ่งเป็นรายงานที่สำคัญของการรายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มาวิเคราะห์หาลักษณะของความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันเวลา

1.6.3 ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกไว้ที่โรงพยาบาลของรัฐบาล ภายในจังหวัดอ่างทองเท่านั้น

1.7 ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

เนื่องจากระยะเวลาที่จำกัดและอุปกรณ์คอมพิวเตอร์อาจมีความแตกต่างกันด้วยรุ่นของเครื่องหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์อาจจะมีผลต่อคุณภาพของข้อมูลวิจัยได้

1.8 คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

1.8.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและสถิติ นักเวชสถิติ ซึ่งมีหน้าที่รวบรวมข้อมูล เขียน หรือ บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบการรายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

1.8.2 โปรแกรมเวชระเบียน (Stat) (7) หมายถึงโปรแกรมเวชระเบียนที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นเพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 12 แฟ้มมาตรฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการตรวจและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายทั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาล โดยไม่รวมข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิและผู้ป่วยในโรงพยาบาลในจังหวัดอ่างทองที่ใช้โปรแกรมนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลโพธิ์ทอง โรงพยาบาลป่าโมก โรงพยาบาลแสวงหา โรงพยาบาลไชโย และโรงพยาบาลสามโก้

1.8.3 โปรแกรมเวชระเบียน (Hospitec) หมายถึง โปรแกรมเวชระเบียนที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญพัฒนาขึ้นจากโปรแกรม Visual Foxpro และบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 12 แฟ้มมาตรฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการตรวจและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายทั้งผู้ป่วยนอก

และผู้ป่วยใน โปรแกรมนี้สามารถส่งข้อมูลเข้าไปประมวลผลที่กระทรวงสาธารณสุขได้เช่นเดียวกับ โปรแกรมเวชระเบียน (Stat)

1.8.4 โปรแกรมระบาดวิทยา (Epidemiological Program) (8) หมายถึง โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นระบบการเก็บ ข้อมูลจากบัตรรายงานผู้ป่วย (รง. 506) และบัตรเปลี่ยนแปลงการรายงานผู้ป่วย (รง.507) ประมวลผลรายงานเฝ้าระวังโรค

1.8.5 บัตรรายงานผู้ป่วย (รง.506) (9) หมายถึง บัตรสำหรับรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่อยู่ใน ข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูลทางระบาดวิทยาเป็นรายบุคคล ว่าเกิดโรคอะไร กับใคร ที่ไหน และเมื่อไร

1.8.6 บัตรเปลี่ยนแปลงการรายงานผู้ป่วย (รง.507) (9) หมายถึง บัตรสำหรับรายงานการ เปลี่ยนแปลง ได้แก่ เปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค มีผลการชันสูตรโรคเพิ่มขึ้น ตาย และการแก้ไข เปลี่ยนแปลงข้อมูลและหรือเพิ่มเติมข้อมูลต่าง ๆ หลังจากที่ได้รายงานด้วยบัตรผู้ป่วย (รง.506) ไปแล้ว

1.8.7 บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (10,11)

(International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD - 10) เป็นระบบที่มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน คือ ระบบการจัดหมวดหมู่ของโรคต่างๆที่พบ ในมนุษย์ และระบบรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพ

1.8.8 คุณภาพข้อมูล หมายถึง ร้อยละของความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลา ของ ข้อมูลผู้ป่วยที่รายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่บันทึกไว้ในโปรแกรมระบาดวิทยา (Epidemiological Program) เมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรมเวชระเบียน

1.8.9 ความถูกต้อง หมายถึง ร้อยละของจำนวนข้อมูลผู้ป่วยที่รายงานโรคที่เฝ้าระวังทาง ระบาดวิทยาที่บันทึกในโปรแกรมระบาดวิทยา มีรายละเอียดแต่ละตัวแปร คือ ชื่อโรค เพศ อายุ ที่อยู่ (อำเภอ, จังหวัด) และวันที่รับรักษา ต่อจำนวนข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกไว้ในโปรแกรมเวชระเบียน ของโรงพยาบาลทุกตัวแปรคือ ชื่อโรค เพศ อายุ ที่อยู่ (อำเภอ,จังหวัด) และวันที่รับรักษา โดย วิเคราะห์ความถูกต้องเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยที่ตรงกันเท่านั้นระหว่าง 2 โปรแกรม

1.8.10 ความครบถ้วน หมายถึง ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่รายงานโรคที่เฝ้าระวังทาง ระบาดวิทยาที่บันทึกในโปรแกรมระบาดวิทยา ต่อจำนวนผู้ป่วยจริงที่บันทึกไว้ในโปรแกรม เวชระเบียนของโรงพยาบาลทั้งหมด

1.8.11 ความทันเวลา หมายถึง วันที่โรงพยาบาลรักษาถึงวันที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับรายงานไม่เกิน 7 วัน

1.8.12 แบบรายงานข้อมูล (Print out) หมายถึง แบบรายงานที่พิมพ์ออกจากโปรแกรมระบาดวิทยาหรือโปรแกรมเวชระเบียน

1.8.13 การบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ (Key) หมายถึง การบันทึกตัวเลขหรือตัวอักษรลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

1.8.14 ข้อมูลที่ตรงกัน หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยรายเดียวกันที่พบเมื่อเปรียบเทียบจากฐานข้อมูลโปรแกรมระบาดวิทยากับโปรแกรมเวชระเบียน

1.8.15 ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยที่พบในโปรแกรมระบาดวิทยาแต่ไม่พบในโปรแกรมเวชระเบียนหรือข้อมูลผู้ป่วยที่พบในโปรแกรมเวชระเบียนแต่ไม่พบในโปรแกรมระบาดวิทยา

1.9 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

