



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 : 19 มกราคม 2561

Volume 49 Number 1 : January 19, 2018

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



นิพนธ์ฉบับ

การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดคุณาามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2557

✉ phuongtipya@hotmail.com

พวงทิพย์ รัตนะรัตและคณะ

บทคัดย่อ

บทนำ: สำนักโรคระบาดวิทยาได้มีการพัฒนาทีม SRRT ชายแดนเนื่องจากพื้นที่ชายแดนเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญจุดหนึ่งในงานคุณาามัยระหว่างประเทศ และในปี พ.ศ. 2557 ได้ดำเนินการประเมินสมรรถนะของ SRRT ชายแดนของประเทศไทย เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนา โดยผลการศึกษานี้เน้นเฉพาะตัวชี้วัดระดับพื้นฐานซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของการประเมิน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การจัดทำเครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย โดยการประยุกต์จากแบบประเมินของกณานามัยฯ ด้านการเฝ้าระวังและตอบสนอง ร่วมกับแบบประเมิน SRRT ที่ใช้อยู่ในประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2555 2) ดำเนินการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดนของ 9 จังหวัด คือ จันทบุรี ตราด สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน หนอง และยะลา สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา: ตัวชี้วัด SRRT ชายแดนระดับอำเภอประกอบด้วย 21 ตัวชี้วัดหลักและ 84 ตัวชี้วัดย่อย (จากเดิมตัวชี้วัด SRRT มี 13 ตัวชี้วัดหลักและ 57 ตัวชี้วัดย่อย) ซึ่งตัวชี้วัดย่อยทั้งหมดแบ่งเป็นระดับพื้นฐาน 33 ตัวชี้วัด ระดับดี 40 ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม 11 ตัวชี้วัด โดยเป็นด้านระบบเฝ้าระวัง 24 ตัวชี้วัด การรายงานข้อมูล

4 ตัวชี้วัด การควบคุมโรค 50 ตัวชี้วัด และผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ 6 ตัวชี้วัด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด SRRT ปกติ จะพบว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนนี้เป็นการเพิ่มในด้านการเฝ้าระวังเป็นหลัก ผลการประเมินสมรรถนะหลักระดับพื้นฐานของอำเภอชายแดน 30 แห่ง ใน 9 จังหวัด พบว่ามี 12 อำเภอ (ร้อยละ 40.00) ผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้ง 33 ตัวชี้วัด โดยด้านการเฝ้าระวัง ผ่านร้อยละ 83.33 ด้านการรายงานข้อมูลผ่านร้อยละ 83.33 ด้านการควบคุมโรคผ่านร้อยละ 60.00 และด้านผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพผ่านร้อยละ 73.33

สรุปและวิจารณ์: ในภาพรวมอำเภอชายแดนที่ผ่านการประเมินระดับพื้นฐานมีน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของอำเภอที่ถูกประเมินทั้งหมด โดยด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือ ด้านการควบคุมโรคซึ่งตัวที่ไม่ผ่านเป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด โดยที่ปัญหาเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งจากความไม่เข้าใจในตัวชี้วัดบางตัว จากปัญหาเชิงระบบของงานระบาดวิทยา รวมถึงจากการที่ตัวชี้วัด SRRT ปกติสามารถใช้ผลการประเมินรับรองได้นานสามปี จึงค่อยถูกประเมินครั้งใหม่ เมื่อมีการดำเนินการประเมินในระหว่างปีที่ยังไม่ครบรอบการประเมินครั้งใหม่ก็พบว่าบางกิจกรรมมีการย่อหย่อนลงจากเดิม

คำสำคัญ: ประเมิน, เฝ้าระวัง, สอบสวนและควบคุมโรค, จังหวัดชายแดน, กณานามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548



◆ การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดคุณาามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2557	1
◆ สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 7-13 มกราคม 2561	10
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 7-13 มกราคม 2561	11

บทนำ

กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) เป็นข้อตกลงระหว่างสมาชิกขององค์การอนามัยโลกที่ทุกประเทศต้องปฏิบัติตามเพื่อป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่อาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) กฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับแรกเริ่มมีตั้งแต่ พ.ศ. 2512 (ค.ศ. 1969)⁽¹⁾ ฉบับปัจจุบันได้ผ่านการรับรองจากสมาชิกทุกประเทศในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2548 (ค.ศ. 2005) และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2550^(1,2) มีการกำหนดให้ประเทศสมาชิกพัฒนาสมรรถนะหลักด้านต่าง ๆ ภายใน 5 ปี หลังการบังคับใช้ คือ 15 มิถุนายน 2555 แต่สามารถขยายระยะเวลาได้ครั้งละ 2 ปี จำนวน 2 ครั้งโดยต้องมีการประเมินผลและจัดทำแผนพัฒนาส่วนที่ขาด⁽³⁾ ประเทศไทยได้ขอขยายเวลาในการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยฯ ออกไปอีก 2 ปี จนถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2557 ทั้งนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามแนวทางของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 นั้น ประเทศไทยได้ดำเนินการต่อเนื่องตลอดมาด้วยการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and

Rapid Response Team: SRRT) ระดับอำเภอและจังหวัดในปี พ.ศ. 2548 พร้อมกับจัดทำมาตรฐานทีม SRRT ฉบับแรก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำหรับการประเมินทีม SRRT แต่ละระดับ ต่อมาได้ปรับปรุงมาตรฐานทีม SRRT อีก 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศมากขึ้น คือ พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2555⁽⁴⁾

สำหรับช่วงที่ขอขยายเวลาในการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านต่าง ๆ ตามกฎอนามัยฯ ออกไปอีก 2 ปี สำนักกระบวนวิชาซึ่งเป็นจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทยในเวลานั้นได้เสนอผ่านคณะกรรมการกฎอนามัยระหว่างประเทศให้มีการพัฒนาจังหวัดชายแดนทั้งเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของการเฝ้าระวังในประเทศและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับประเทศเพื่อนบ้าน รวมไปถึงการตอบสนองที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดภัยสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่อยู่ในกรอบของงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ โดยเป็นส่วนหนึ่งในจุดเน้นของการพัฒนาในช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจากพื้นที่ชายแดนเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญจุดหนึ่งในงานกฎอนามัยฯ เพราะเป็นด่านหน้าของการแลกเปลี่ยนสินค้า และการเข้าออกของผู้คนต่างเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ซึ่งเอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคได้เป็นอย่างดี ได้มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะหลักด้านเฝ้าระวังและการสอบสวนควบคุมโรคของ SRRT ในพื้นที่ชายแดนโดยใช้เนื้อหาจากแบบประเมินด้านการเฝ้าระวังและตอบสนองของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ฉบับที่เป็นปัจจุบัน ผสมรวมกับมาตรฐานทีม SRRT ฉบับล่าสุด เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันกับผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ทั่วไปได้ และยังคงครอบคลุมเนื้อหาที่อาจตกหล่นไปจากแนวทางการประเมินของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ทั้งนี้ผลที่ได้จากการประเมินจะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาทีมในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญต่อไป

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาศ
นายแพทย์ธวัช จายน้อยอิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
องอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์นคร เปรมศรี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงพจมาน ศิริอารยาภรณ์

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงษ์ สุวดี ติวงษ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภูริรัตน์ ศศิธรบัว มาเอเดียน

พัชรี ศรีหมอก สมเจตน์ ตั้งเจริญติลาปี

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา ดล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา ดล้ายพ้อแดง

ผู้เขียนบทความ

พวงทิพย์ รัตนะรัต, พจมาน ศิริอารยาภรณ์,

ธีรศักดิ์ ชักนำ, นิภาพรรณ สฤกษ์คือภริรักษ์¹

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย

2. เพื่อประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน และนำผลการประเมินมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดนหรืออาจรวมถึงพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทยที่พบปัญหาคล้ายคลึงกัน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. จัดทำเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ชายแดนของประเทศไทย

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556-พฤษภาคม 2557 โดยการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เปรียบเทียบแบบประเมินด้านการเฝ้าระวังและตอบสนองของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ฉบับปี พ.ศ. 2555⁽⁵⁾ กับแบบประเมิน SRRT ที่ใช้อยู่ในประเทศไทย (มาตรฐาน SRRT) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 และเพิ่มเติมเนื้อหาส่วนที่ขาด ร่วมกับเพิ่มตัวชี้วัดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริบทของการทำงานในพื้นที่ชายแดน จากนั้นทำการทดสอบเครื่องมือและปรับปรุงอีกครั้งหลังการทดสอบ ก่อนจะนำเครื่องมือไปใช้จริงในพื้นที่ชายแดน

2. ประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2557 โดยร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3, 4, 7, 9, 10, 11 และ 12 ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่ชายแดนของ 9 จังหวัด คือ จันทบุรี ตราน สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน หนอง และยะลา ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอและ คปสอ. ทั้งส่วนที่ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค รวมถึงส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล ทบพวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน โดยใช้เครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทยที่จัดทำขึ้น (ในข้อ 1) ทั้งนี้การเลือกจังหวัดใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 7 แห่ง เลือกมา 1 จังหวัดในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีหลักเกณฑ์การเลือก คือ จังหวัดชายแดนที่มีความพร้อมในการรับการประเมิน

ผลการศึกษา

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย และผลการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน

1. การจัดทำเครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย ซึ่งพัฒนาจากตัวชี้วัด SRRT ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยที่ระดับอำเภอเดิมมี 13 ตัวชี้วัดหลักและ 57 ตัวชี้วัดย่อย แล้วปรับเปลี่ยนเนื้อหาที่อยู่ในกรอบสมรรถนะของกฎอนามัยฯ ที่ตัวชี้วัด SRRT เดิมไม่ได้ครอบคลุม รวมถึงประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมแล้วเป็น 21 ตัวชี้วัดหลักและ 84 ตัวชี้วัดย่อย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ตัวชี้วัด SRRT เดิม 2) ตัวชี้วัดที่มาจากเครื่องมือประเมินของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และ 3) ตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อช่วยเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกฎอนามัยระหว่างประเทศฯ ทั้งนี้ตัวชี้วัดย่อยแต่ละกลุ่มยังแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีเยี่ยม และกำหนดรหัสตัวชี้วัด SRRT เดิม ทั้ง 3 ระดับเป็น B, S, SS ตัวชี้วัดตามกฎอนามัยฯ เป็น IB, IS, ISS และตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมเป็น IIB, IIS, IISS (ตารางที่ 1)

ตัวชี้วัด SRRT ชายแดน แบ่งหมวดหมู่ของเนื้อหาเป็นสมรรถนะหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันทั่วทั้งที่ ด้านมีการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ และด้านมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ซึ่งตัวชี้วัดย่อยทั้งหมดแบ่งเป็น ระดับพื้นฐาน 33 ตัวชี้วัด ระดับดี 40 ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม 11 ตัวชี้วัด โดยอยู่ในด้านระบบเฝ้าระวังฯ 24 ตัวชี้วัด รายงานข้อมูลฯ 4 ตัวชี้วัด การควบคุมโรคฯ 50 ตัวชี้วัด และการดำเนินงานที่มีคุณภาพ 6 ตัวชี้วัด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด SRRT เดิม จะพบว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนนี้เป็นการเพิ่มในด้านของการเฝ้าระวังเป็นหลัก (ตารางที่ 1)

2. ผลการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน ในการศึกษาครั้งนี้จะวิเคราะห์เฉพาะส่วนที่เป็นตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานเท่านั้นประกอบด้วย 16 ตัวชี้วัดหลักและ 33 ตัวชี้วัดย่อย ซึ่งเกณฑ์ขั้นต่ำของการประเมินระดับอำเภอกำหนดว่าจะต้องผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัด จึงจะถือว่าผ่านการประเมินระดับพื้นฐาน จากพื้นที่ที่อยู่ในการศึกษาจำนวน 9 จังหวัด มีจังหวัดที่สามารถดำเนินการศึกษาครบทุกอำเภอชายแดนจำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย จันทบุรี (2 อำเภอ) กาญจนบุรี (5 อำเภอ) มุกดาหาร (3 อำเภอ) ตาก (5 อำเภอ) และ หนอง (3 อำเภอ) ส่วนจังหวัดที่ศึกษาไม่ครบทุกอำเภอมี 4 จังหวัดคือตราน (ประเมิน 2 จากทั้งหมด 3 อำเภอ) สระแก้ว (ประเมิน 3 จากทั้งหมด 4 อำเภอ) น่าน (ประเมิน 6 จากทั้งหมด 7 อำเภอ) และ ยะลา (ประเมิน 1 จากทั้งหมด 5 อำเภอ) รวมเป็นอำเภอชายแดนที่ประเมินทั้งหมด 30 อำเภอ จากทั้งหมด 37 อำเภอ (ร้อยละ 81.08) เนื่องจากพื้นที่ชายแดนบางอำเภอเป็นช่องทางธรรมชาติ มีเทือกเขาสูงตลอดแนวเขตแดน บางอำเภอเป็นเขตพื้นที่อันตราย และบางอำเภอเป็นปัญหาเรื่องความพร้อมของพื้นที่ที่รับการประเมิน

เมื่อจำแนกผลการประเมินตามตัวชี้วัดย่อยเฉพาะระดับพื้นฐานจำนวน 33 ตัวชี้วัด เป็นรายอำเภอพบว่า มี 12 อำเภอใน 7 จังหวัด ผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ของอำเภอทั้งหมด แบ่งเป็น ด้านมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ฯ ผ่านการประเมินทั้ง 6 ตัวชี้วัดใน 25 อำเภอ (ร้อยละ 83.33) ด้านมีการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านการประเมินทั้ง 2 ตัวชี้วัดใน 25 อำเภอ (ร้อยละ 83.33) ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ผ่านการประเมินทั้ง 23 ตัวชี้วัดใน 18 อำเภอ (ร้อยละ 60.00) และด้านมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ผ่านการประเมินทั้ง 2 ตัวชี้วัดใน 22 อำเภอ (ร้อยละ 73.33) (ตารางที่ 2)

เมื่อจำแนกผลการประเมินตามสมรรถนะหลักเฉพาะตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานตามรายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 4 ด้านสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่ 3)

1. ด้านการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้งหมด 6 ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิม 4 ตัวชี้วัด ผ่านการประเมินทุกอำเภอทั้ง 4 ตัวชี้วัด ส่วนที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี 2 ตัวชี้วัด คือมีข้อมูล 506 ไม่ครบทุกเดือนในปีที่ผ่านมา ไม่ผ่านการประเมิน 1 อำเภอ (ร้อยละ 3.33) และการส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วยเฝ้าระวังต่าง ๆ และผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ไม่ผ่านการประเมิน 4 อำเภอ (ร้อยละ 13.33) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดใหม่ทั้ง 2 ตัวชี้วัด

2. ด้านการมีรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน 2 ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิม 1 ตัวชี้วัด ผ่านการประเมินทุกอำเภอ ส่วนที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี 1 ตัวชี้วัด คือ ไม่มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคหรือภัยสุขภาพ ไม่ผ่านการประเมิน 5 อำเภอ (ร้อยละ 16.67) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดใหม่

3. ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน 23 ตัวชี้วัด (เป็นตัวชี้วัดเดิม 22 ตัวชี้วัด) ส่วนที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี 14 ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 63.64 ของตัวชี้วัด SRRT เดิม ซึ่งกระจายใน 7 ตัวชี้วัดหลัก (จากทั้งหมด 9 ตัวชี้วัดหลัก) โดยด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน (ข้อ 3.3) ซึ่งมี 3 ตัวชี้วัดย่อย และมีจำนวนอำเภอที่ไม่ผ่านการประเมินในสัดส่วนที่สูงกว่าข้ออื่น ๆ ทั้ง 3 ตัวชี้วัดย่อย (ไม่ผ่านการประเมิน 7 อำเภอเท่ากันในทุกตัวชี้วัดย่อย เป็นร้อยละ 23.33) คือ การกำหนด

หน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจนทั้งขณะปกติและกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคฯ การประชุมทีมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และหัวหน้าทีมมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีม

กลุ่มที่มีปัญหารองลงมา คือ ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม (ข้อ 3.5) มี 3 ตัวชี้วัดย่อย ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอ ทั้ง 3 ตัวชี้วัด คือมีแผนการฝึกซ้อมประจำปีเพื่อพัฒนาทักษะของทีม SRRT ไม่ผ่านการประเมิน 3 อำเภอ มีการฝึกซ้อมตามแผนฝึกซ้อมประจำปี ไม่ผ่านการประเมิน 2 อำเภอ และการได้ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น ไม่ผ่านการประเมิน 1 อำเภอ นอกจากนี้ตัวอื่น ๆ ที่น่าสนใจ คือ ข้อ 3.2 ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ ซึ่งมี 3 ตัวชี้วัดย่อย ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ทีมมีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรทีม SRRT และ/หรือการจัดการความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่ผ่านการประเมิน 1 อำเภอ สมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้นไปได้รับการฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมการระบาดตามหลักสูตรก่อนปฏิบัติการทางระบาดวิทยาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า ไม่ผ่านการประเมิน 3 อำเภอ และข้อ 3.9 การควบคุมโรคขั้นต้น มี 3 ตัวชี้วัดย่อย ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอทั้ง 3 ตัวชี้วัด คือป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและ/หรืออันตรายขณะสอบสวนโรคและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชนได้ บอกได้ถึงสิ่งที่เกินขีดความสามารถและขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานเฉพาะด้านหรือทีมที่เชี่ยวชาญกว่า และจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น หรือสำรวจความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขณะควบคุมโรคได้ ไม่ผ่านการประเมิน 1 อำเภอทั้ง 3 ตัวชี้วัด ส่วนตัวชี้วัดอื่น ๆ นอกจากนี้มีจำนวนอำเภอที่ไม่ผ่านการประเมินกระจายกันไปอย่างละ 1-2 อำเภอในแต่ละตัวชี้วัด

ตารางที่ 1 จำนวนตัวชี้วัดย่อยของ SRRT ชายแดน จำแนกตามประเภท ระดับ และสมรรถนะหลักของตัวชี้วัด

สมรรถนะหลัก	ตัวชี้วัด SRRT เดิม			ตัวชี้วัดตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548			ตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมเพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน			รวม			รวมทั้งหมด
	พื้นฐาน	ดี	ดีเยี่ยม	พื้นฐาน	ดี	ดีเยี่ยม	พื้นฐาน	ดี	ดีเยี่ยม	พื้นฐาน	ดี	ดีเยี่ยม	
	(B)	(S)	(SS)	(IB)	(IS)	(ISS)	(IIB)	(IIS)	(IISS)				
1. มีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่	4	1	0	1	4	0	1	7	6	6	12	6	24
2. มีรายงานข้อมูลฯ ไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง	1	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	4
3. ความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที	22	19	2	1	5	0	0	1	0	23	25	2	50
4. มีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ	2	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2	2	6
รวม	29	23	5	3	9	0	1	8	6	33	40	11	84
รวมทั้งหมด	57			12			15			84			

ตารางที่ 2 ผลการประเมินด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ในตัวชี้วัดย่อย ระดับพื้นฐาน และสมรรถนะหลักทั้ง 4 ด้าน

จังหวัด	จำนวนอำเภอ ที่ประเมิน	จำนวนอำเภอที่ผ่านทุกตัวชี้วัด (ร้อยละ)			
		มีระบบเฝ้าระวังที่ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ^๑ (6 ตัวชี้วัด)	มีการรายงานข้อมูล ด้านโรค/ภัยสุขภาพ ^๑ (2 ตัวชี้วัด)	สามารถดำเนินการ ควบคุมโรคในพื้นที่ (23 ตัวชี้วัด)	มีผลการดำเนินงาน ที่มีคุณภาพ (2 ตัวชี้วัด)
1	2	2 (100)	1 (50.00)	2 (100)	2 (100)
2	2	1 (50.00)	2 (100)	1 (50.00)	1 (50.00)
3	3	3 (100)	1 (33.33)	0	0
4	5	2 (40.00)	5 (100)	5 (100)	4 (80.00)
5	3	3 (100)	3 (100)	0	3 (100)
6	5	5 (100)	3 (60.00)	2 (40.00)	4 (80.00)
7	6	5 (83.33)	6 (100)	5 (83.33)	5 (83.33)
8	3	3 (100)	3 (100)	2 (66.67)	2 (66.67)
9	1	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)
รวม	30	25 (83.33)	25 (83.33)	18 (60.00)	22 (73.33)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของ ตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน จำแนกตามสมรรถนะหลัก 4 ด้านและรายละเอียดกิจกรรม (n=30)

สมรรถนะหลักและรายละเอียดกิจกรรม	จำนวนอำเภอ	
	ผ่าน	ร้อยละ
1. ด้านการมีระบบเฝ้าระวังครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจัดการป่วยหรือการตายที่ผิดปกติในพื้นที่อย่างทันที่		
1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์โรคและการตรวจจัดการระบาดโดยใช้ข้อมูล 506		
○ มีข้อมูล 506 ทุกเดือนในปีที่ผ่านมา **	29	96.67
○ มีการกำหนดรายชื่อโรคหรือภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบของทีม (Priority diseases) และมีนิยามผู้ป่วยครบทุกโรค	30	100
1.2 การส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วย เฝ้าระวังต่างๆ และผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ *	26	86.67
1.3 การเฝ้าระวังเหตุการณ์และเตือนภัย		
○ มีการจัดทำทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือรับรายงานการเกิดโรค/ภัยที่เป็นปัญหาสำคัญ	30	100
○ มีการแจ้งเตือนภัย การส่งข่าว หรือรายงานเบื้องต้น	30	100
○ มีการสร้างเครือข่ายแหล่งข้อมูลข่าวสารในชุมชนทั้งในเขตรับผิดชอบพื้นที่ใกล้เคียงและพื้นที่อื่นที่เกี่ยวข้อง	30	100
2. ด้านการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยสุขภาพ ไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง		
2.1 มีการแจ้งเตือนข่าวเกิดโรค/ภัยได้ภายใน 24 ชม. หรือประเมินสถานการณ์และรายงานเหตุการณ์ได้ภายใน 48 ชม.		
○ มีการแจ้งเตือนฯ และรายงานเหตุการณ์ ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป	30	100
2.2 มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ *	25	83.33
3. ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันที่		
3.1 การจัดตั้งทีม SRRT		
○ มีคำสั่งแต่งตั้งทีมปฏิบัติการที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบันร้อยละ 80 ขึ้นไป	30	100
○ มีสมาชิกทีมจำนวน 4 คน ขึ้นไป ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ด้าน	30	100
○ แกนหลักของทีมเป็นผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยา (เฝ้าระวัง, สอบสวนโรค) และสมาชิกทีมอย่างน้อย 1 คน มีความรู้พื้นฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	30	100
3.2 ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ		
○ ทีมมีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรทีม SRRT และ/หรือการจัดการความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	29	96.67
○ สมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมการระบาด	27	90.00
○ ตามหลักสูตรก่อนปฏิบัติการทางระบาดวิทยาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า		
○ สมาชิกทีมอย่างน้อย 2 คน ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับ การเก็บและส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการใน	30	100
ช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา*		
3.3 ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน		
○ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน ทั้งขณะปกติ และกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคหรือตอบ	23	76.67
ได้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข		
○ จัดประชุมทีมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี	23	76.67
○ หัวหน้าทีมมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีม	23	76.67

สมรรถนะหลักและรายละเอียดกิจกรรม	จำนวนอำเภอ	
	ผ่าน	ร้อยละ
3.4 ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน		
○ มีผู้ประสานงานทีมตลอดเวลา เพื่อรับส่งข่าวสารหรือปฏิบัติงานกรณีเร่งด่วน	30	100
○ มีหมายเลขโทรศัพท์หรือการสื่อสารอื่นที่สามารถติดต่อสมาชิกทีมทั้งหมดได้ตลอดเวลา	30	100
○ มียานพาหนะที่สามารถนำออกปฏิบัติงานได้ทันที	30	100
3.5 ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม		
○ มีแผนการฝึกซ้อมประจำปีเพื่อพัฒนาทักษะของทีม SRRT เช่น การใส่ PPE	27	90.00
○ มีการฝึกซ้อมตามแผนฝึกซ้อมประจำปี	28	93.33
○ ได้ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น	29	96.67
3.6 การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ		
○ มีการกำหนดเกณฑ์ของทีมในการออกสอบสวนโรค ควบคุมการระบาด/ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	29	96.67
○ มีการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน	30	100
○ มีการเก็บและนำส่ง วัตถุตัวอย่างได้ถูกต้องและเหมาะสม	30	100
3.7 ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค		
○ มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 1 เรื่องขึ้นไป	28	93.33
3.8 ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค (ภายใน 48 ชั่วโมง)		
○ มีรายงานการสอบสวนโรคจากการสอบสวนทันเวลา ร้อยละ 50 ขึ้นไป	28	93.33
3.9 การควบคุมโรคขั้นต้น		
○ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและ/หรืออันตรายขณะสอบสวนโรค และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชนได้	29	96.67
○ บอกได้ถึงสิ่งที่เกินขีดความสามารถและขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานเฉพาะด้านหรือทีมที่เกี่ยวข้องมากกว่า	29	96.67
○ จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น หรือสำรวจความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขณะควบคุมโรคได้	29	96.67
4. ด้านผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ		
4.1 ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค		
○ มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 50 ขึ้นไป	23	76.67
4.2 ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค		
○ มีการเขียนรายงานสอบสวนการระบาดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดที่มีคุณภาพ 1 เรื่องขึ้นไป	23	76.67

หมายเหตุ * คือตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของ IHR ที่เพิ่มเติมจาก SRRT เดิม (IB)

** คือตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานที่เพิ่มเติมเพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน (IIB)

4. ด้านมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน 2 ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด ไม่ผ่านการประเมิน 7 อำเภอ ทั้ง 2 ตัวชี้วัด คือ มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วนร้อยละ 50 ขึ้นไป และมีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 1 เรื่องขึ้นไป เนื่องจากส่วนใหญ่มีการเขียนเฉพาะรายงานเบื้องต้นและรายงานเพิ่มเติม ส่วนรายงานฉบับสมบูรณ์จะเขียนเฉพาะกรณีที่ต้องการให้ประเมินรับรอง หรือการส่งประกวดรายงานสอบสวนโรคหรือทราบสาเหตุชัดเจนเท่านั้น (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

เครื่องมือประเมินทีม SRRT ในพื้นที่ชายแดน ซึ่งใช้แนวทางของแบบสอบถามตามกรอบสมรรถนะของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง (Surveillance) และการตอบสนอง (Response) เป็นหลัก และดึงตัวชี้วัดทั้งหมดจากมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานทีม SRRT ปกติ⁽⁴⁾ รวมทั้งสร้างตัวชี้วัดเพิ่มเติมเพื่อประเมินในประเด็นที่จะตอบโจทย์ของงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ที่จะ

ให้มีระบบเฝ้าระวังและตอบสนองที่มีประสิทธิภาพสูงเพียงพอที่จะสามารถตรวจจับความผิดปกติของสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ รวมถึงระงับเหตุการณ์ที่อาจจะลุกลามกลายเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ ผลการประเมินสมรรถนะหลักระดับพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน พบว่า มี 12 อำเภอ (ร้อยละ 40.00) ผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้ง 33 ตัวชี้วัด โดยที่การศึกษาครั้งนี้เน้นเฉพาะเนื้อหาในส่วนที่เป็น การประเมินในระดับอำเภอ เนื่องจากเป็นระดับที่เหมาะสมที่สุดในการเฝ้าระวังและตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดของมาตรฐาน SRRT ปกติ ตั้งแต่ฉบับแรก ๆ พัฒนามาจากเครื่องมือ IHR อยู่แล้วและมีวิวัฒนาการต่อ ๆ มาตามบริบทของประเทศไทยและความซับซ้อนของงานที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจะเห็นว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนที่ได้นำเครื่องมือประเมิน IHR ฉบับล่าสุด ณ เวลานั้นมาเทียบกับตัวชี้วัด SRRT ของประเทศไทยจึงไม่ได้มีความแตกต่างมากนักในจุดใหญ่ๆ ยกเว้นเรื่องการเฝ้าระวัง ซึ่งในตัวชี้วัด SRRT ปกติเน้นเฉพาะการเฝ้าระวังเหตุการณ์

(event-based surveillance) โดยไม่ได้มีตัวชี้วัดเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังการป่วยจากข้อมูลของสถานบริการทางการแพทย์ เนื่องจากเดิมตัวชี้วัดด้านที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังถูกแยกไปไว้ในมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ⁽⁶⁾ แต่ในระยะหลังมาตรฐานดังกล่าวไม่ได้ถูกนำมาใช้ จึงทำให้ตัวชี้วัด SRRT ปกติมีเนื้อหาค่อนข้างน้อยในด้านการเฝ้าระวังดังกล่าว ดังนั้นเครื่องมือประเมินทีม SRRT ชายแดนที่จัดทำขึ้นมาจึงมีส่วนที่เพิ่มขึ้นหลัก คือ หัวข้อการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ฯ ส่วนประเด็นอื่นๆที่เพิ่มขึ้นมาทั้งหมดในส่วนของการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ การมีเครือข่ายเฝ้าระวังกับประเทศเพื่อนบ้านในพื้นที่ที่มีชายแดนติดต่อกัน เป็นต้น ทั้งนี้ ตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นมาใหม่ส่วนใหญ่จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มตัวชี้วัดระดับดี หรือดีเยี่ยม เพื่อลดผลกระทบต่อการประเมินมาตรฐาน SRRT ที่จะใช้เกณฑ์ว่าการผ่านการประเมิน คือ จะต้องผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐานทุกตัว อย่างไรก็ตาม ยังคงมีตัวชี้วัดใหม่บางตัวที่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มของระดับพื้นฐาน เนื่องจากคณะทำงานได้พิจารณาว่าร่วมกันแล้วว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานที่จะต้อง มี เช่น มีการส่งข้อมูล 506 ทุกเดือนในปีที่ผ่านมา ซึ่งถือว่าการดูแลความสม่ำเสมอของการส่งรายงานเฝ้าระวังหลักอย่างยืดหยุ่นมากแล้ว เนื่องจากในมาตรฐานของงานระบาดวิทยาจะต้องส่งรายงาน 506 ถึงส่วนกลางทุกสัปดาห์, มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นแค่แนวทางอย่างง่าย ๆ แต่ต้องมีชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของผู้ที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจุบันอยู่ในแนวทางดังกล่าวด้วย เพื่อความสะดวกและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานกรณีที่มีเจ้าหน้าที่ใหม่ หรือเมื่อเจ้าหน้าที่หลักไม่อยู่ เป็นต้น

ในภาพรวมพบด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที โดยตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐานสำหรับด้านนี้เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด และตามด้วยด้านผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ซึ่งเน้นเรื่องการเขียนรายงานสอบสวนโรค ซึ่งก็เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมดเช่นกัน ปัญหาที่พบน่าจะแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 3 กลุ่ม คือ

- 1) เกิดจากพื้นที่ยังไม่เข้าใจชัดเจนในแนวทางที่จะต้องทำ เช่น เรื่องการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน ซึ่งหลายทีมยังมองไม่เห็นภาพว่าควรทำแค่ไหน อย่างไร หรือในเรื่องความครบถ้วนของการสอบสวนโรค ซึ่งบางพื้นที่ไม่ทราบว่าจะควรทำการตรวจจับการป่วยเป็นกลุ่มก่อนจากข้อมูลเฝ้าระวังด้วย
- 2) จากปัญหาเชิงระบบของงานระบาดวิทยา โดยเฉพาะการที่เจ้าหน้าที่มักขอย้ายออกไปอยู่งานอื่นเมื่อมีเจ้าหน้าที่บรรจุใหม่เข้ามาในหน่วยงาน เนื่องจากภาระงานที่หนักและไม่เป็นเวลา จึงต้องมีการอบรมคนใหม่เป็นประจำ ทำให้มีผลกระทบกับความต่อเนื่องของ

งานและความเข้าใจในงาน และมีผลกระทบโดยตรงกับตัวชี้วัดบางตัว เช่น เรื่องสมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้นไปได้รับการฝึกอบรมฯ หากมีผู้ปฏิบัติงานเข้ามาใหม่ภายหลังการจัดอบรมของปีนั้นไปแล้ว เมื่อมีการประเมินก็ทำให้ไม่ผ่านในข้อนี้ หรือปัญหาเรื่องไม่สามารถเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพได้ ซึ่งเกิดจากบางพื้นที่ขาดพี่เลี้ยงที่มีเวลาและประสบการณ์ และผู้ปฏิบัติไม่มีเวลาเพียงพอในการเขียนรายงานที่ดีได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3) ในพื้นที่ที่ผ่านการประเมินระดับพื้นฐานของมาตรฐาน SRRT เดิมแล้ว ไม่ได้จัดการให้มีการคงระดับผลการดำเนินงานดังกล่าวในทุก ๆ ปี โดยที่แนวทางการประเมินมาตรฐาน SRRT กำหนดให้ผลการประเมินมีอายุ 3 ปี จึงจะขอรับการประเมินรอบใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้มีหลายพื้นที่ที่ถูกประเมินในปีที่ 2 หรือ 3 หลังจากพื้นที่ผ่านการประเมินรอบล่าสุดไปแล้ว และพบว่า การปฏิบัติในบางหัวข้อลดความเข้มข้นลงจากปีที่มีการประเมินดังกล่าวทำให้ไม่ผ่านการประเมินในหัวข้อนั้น ๆ

ส่วนผลการประเมินด้านการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ฯ และด้านการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดระดับพื้นฐานที่ผ่านไม่ครบทุกอำเภอเป็นตัวชี้วัดใหม่ที่เพิ่มขึ้นมาจากตัวชี้วัด SRRT เดิม กล่าวคือ มี 1 อำเภอ (ร้อยละ 3.33) ที่ขาดส่งข้อมูล 506 เป็นเวลามากกว่า 1 เดือน เพราะศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอมีเจ้าหน้าที่เพียงคนเดียว และไม่สามารถหาคนอื่นมาทำแทนในช่วงที่ไม่อยู่, มี 4 อำเภอ (ร้อยละ 13.33) ที่ไม่ส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้ผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งโดยทั่วไปมักมีการแจ้งสถานการณ์โรคระบาดในที่ประชุมประจำเดือนของผู้บริหาร แต่ในบางพื้นที่ไม่มีการสื่อสารการรายงานสถานการณ์โรค รวมทั้งไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลผลการเฝ้าระวังผ่านทางช่องทางอื่น ๆ มี 5 อำเภอ (ร้อยละ 16.67) ไม่มี SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานมานาน แต่จะมีปัญหาเมื่อเปลี่ยนเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่หรือผู้ปฏิบัติงานแทน

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับผลการประเมิน SRRT ทั่วประเทศในระดับอำเภอในปี 2557⁽⁷⁾ พบว่าผลการประเมินของ SRRT ชายแดนในการศึกษานี้ต่ำกว่าผลการประเมิน SRRT ทั่วประเทศมาก (ร้อยละ 40 กับ 98.10 ตามลำดับ) ถึงแม้ว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนจะมีส่วนที่เป็นตัวชี้วัดใหม่เพิ่มเติมขึ้นมาบ้าง แต่ในระดับของตัวชี้วัดพื้นฐาน มีตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นจากของ SRRT เดิมเพียง 4 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 33 ตัวชี้วัดและในจำนวนตัวชี้วัดใหม่นี้ มีอยู่ 1 ตัวชี้วัดที่ผ่านการประเมินทุกอำเภอที่ศึกษา ส่วนอีกสามตัวชี้วัดที่เหลือมีจำนวนอำเภอที่ไม่ผ่านตัวชี้วัดเหล่านี้เพียงส่วนน้อย (อยู่ระหว่าง 1-5 อำเภอ จากจำนวน 30 อำเภอที่ถูกประเมิน) ซึ่งหากตัดเนื้อหาส่วนที่เป็นตัวชี้วัดใหม่ออก อัตราการผ่านการประเมิน

ระดับพื้นฐานจะอยู่ที่ร้อยละ 53.33 ซึ่งยังคงแตกต่างกันอย่างมากกับผลการประเมิน SRRT ปกติ สำหรับปัจจัยในด้านความแตกต่างของผลการดำเนินงานของทีม SRRT ในพื้นที่ชายแดนกับ SRRT ในพื้นที่อื่น ๆ ว่าอาจเป็นสาเหตุของความแตกต่างอย่างมากของผลการประเมินในสองส่วนนี้หรือไม่นั้น เมื่อไปทบทวนข้อมูลผลการประเมิน SRRT ทั่วประเทศของปี 2557 และแยกวิเคราะห์ระหว่างพื้นที่ชายแดนกับพื้นที่ปกติโดยใช้เครื่องมือประเมินชุดเดียวกันพบว่าอำเภอในจังหวัดชายแดนผ่านการประเมินร้อยละ 98.37 (361 จากทั้งหมด 367 อำเภอ) ส่วนอำเภอในจังหวัดอื่น ๆ ผ่านการประเมินร้อยละ 97.93 (567 จากทั้งหมด 579 อำเภอ) ซึ่งจะเห็นว่าแทบไม่แตกต่างกัน ดังนั้นปัจจัยหลักที่น่าจะอธิบายความแตกต่างของผลการประเมินจากเครื่องมือสองชุดดังกล่าว คือ การที่ SRRT ปกติใช้ผลการประเมินแบบสะสม คือ ในอำเภอที่ผ่านการประเมินแล้วยังสามารถใช้ผลดังกล่าวได้ 3 ปี ในขณะที่การประเมินของอำเภอชายแดนครั้งนี้ดำเนินการใหม่ทั้งหมด โดยที่พื้นที่ที่ได้รับการประเมินไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้าจนกว่าจะมีการประเมิน

ข้อเสนอแนะ

1. จากประสบการณ์การประเมินครั้งนี้พบว่าเครื่องมือ SRRT ชายแดนนี้มีจุดที่เป็นประโยชน์เพิ่มขึ้นจากเครื่องมือ SRRT ปกติในหลายประเด็น แต่ในขณะเดียวกันก็เพิ่มเวลาและความซับซ้อนในการประเมินขึ้นกว่าเดิมพอสมควร ประกอบกับการที่จุดมุ่งหมายของกฎอนามัยระหว่างประเทศไม่ได้เน้นเฉพาะพื้นที่ชายแดน แต่ต้องการให้ทุกพื้นที่ที่มีสมรรถนะที่ดีในการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรค นอกจากนี้พบว่าปัญหาหลัก ๆ ที่ได้จากการประเมินครั้งนี้เป็นสิ่งที่พบได้ทั้งในพื้นที่ชายแดนและพื้นที่ปกติ ดังนั้นหากสามารถปรับให้เครื่องมือทั้งสองอยู่ในฉบับเดียวกัน โดยดึงจุดแข็งบางประเด็นของ SRRT ชายแดนเพิ่มเข้าไปในตัวชี้วัดของ SRRT ปกติ แต่ยังคงความง่ายและรวดเร็วของเครื่องมือเดิมน่าจะเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้นในภาพรวม

2. สำหรับตัวชี้วัดบางตัวที่พื้นที่ยังขาดความเข้าใจ ผู้รับผิดชอบงาน SRRT ควรสรุปตัวชี้วัดเหล่านี้โดยเน้นตัวที่พบปัญหาบ่อย ๆ และนำประเด็นเหล่านี้มาทำเครื่องมือหรือตัวอย่างที่เห็นภาพชัดร่วมกับเน้นผู้นิเทศจากระดับที่สูงกว่า เช่น จังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ให้เพิ่มการให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจตัวชี้วัดเหล่านี้กับพื้นที่ที่ยังไม่ผ่านการประเมินในข้อดังกล่าว

3. ควรปรับแนวทางการประเมินของ SRRT ปกติเพื่อแก้ปัญหาเรื่องความย่อหย่อนในปีที่ 2 หรือ 3 หลังผ่านการประเมิน เช่น อาจปรับระยะเวลาของผลงานที่นำมาใช้ประเมินให้เป็นการใช้ผลงานย้อนหลัง 3 ปี แทนการใช้ผลงานเพียงปีเดียวอย่างเช่นในปัจจุบัน หรืออาจลดระยะเวลาของอายุการใช้งานผลการประเมิน

มาจาก 3 ปีมาเป็น 2 ปี เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เจ้าหน้าที่กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง ของสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11 และ 12 เจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทุกแห่ง เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม รวมทั้งแพทย์ พยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัด จันทบุรี ตราด สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน ระนอง และยะลา ที่ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนข้อมูลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ปรีชา เปรมปรี, สุวรรณ เทพสุนทร, ขวลิศ ตันตินิมิตกุล, วันชัย อาจเขียน, อมรรัตน์ หล่อธีรณวัฒน์, อภิชาติ เมฆมาลิน, และคณะ, บรรณาธิการ. แผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551.
2. พจมาน ศิริอารยาภรณ์, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล, ธีรศักดิ์ ชักนำ, ขวลิศ ตันตินิมิตกุล, ศิริลักษณ์ รัชชีวงศ์, พวงทิพย์ รัตนะรัต, และคณะ, บรรณาธิการ. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
3. WHO. Information to States Parties regarding determination of fulfillment of IHR Core Capacity requirements for 2012 and potential extensions. Geneva. WHO; 2012.
4. นิภาพรณ สฤชคืออภิรักษ์, วันชัย อาจเขียน, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล, อำนวย ทิพศรีราช, สุภาวิณี แสงเรือน, บรรณาธิการ. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
5. WHO. IHR core capacity monitoring framework: Questionnaire for Monitoring progress in the implementation of IHR core capacities in states parties. Geneva. WHO; 2012.
6. ลดารัตน์ ผาตินาวิน, รุ่งนภา ประสานทอง, วรณา หาญเชาว์วรกุล. มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2548.
7. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอปี 2557. แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตบริการสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ไตรมาส 4. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2558. (เอกสารอึดสำเนา)

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

พวงทิพย์ รัตนะรัต, พจมาน ศิริอารยาภรณ์, อีรศักดิ์ ชักนำ, นิภาพรณ สฤกษ์ดีอภิรักษ์. การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2561; 49: 1-9.

Suggested Citation for this Article

Ratanarat P, Siriarayapon P, Chuxnum T, Saritapirak N. Assessment on surveillance, investigation and control capacity based on the International Health Regulations (2005) in border districts of Thailand, 2014. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2018; 49: 1-9.

Assessment on surveillance, investigation and control capacity based on the International Health Regulations (2005) in border districts of Thailand, 2014

Authors: Phuongtipya Ratanarat, Potjaman Siriarayapon, Teerasak Chuxnum, Nipapan Saritapirak)

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control

Abstract

Background: The Bureau of Epidemiology had developed the bordered-SRRT because the border area was one of sensitive target of International Health Regulations (IHR) activities. In 2014, the first assessment of bordered-SRRT had been carried out, in order to identify gap of capacity that need for improvement. The result was focused only for the basic sub-indicators since this was the minimum criteria to pass the assessment.

Methods: This was a developmental research which was divided into 2 parts: 1) developed SRRT-border assessment tool in Thailand, by merging IHR 2005's assessments tool for surveillance and response component with Thailand's SRRT assessment tool (revised 2012 version) 2) assessment of SRRT teams of 9 provinces: Chanthaburi, Trat, Sa Kaeo, Kanchanaburi, Mukdahan, Tak, Nan, Ranong and Yala. The public health personnel at district level were interviewed, including reviewed of relevant documents.

Results: The SRRT-border assessment tool composed of 21 main indicators and 84 sub-indicators (compare with 13 main indicators and 57 sub-indicators of general SRRT), which divided into 3 levels: basic, good and excellent. It was separated into 4 domains: surveillance, reporting, disease control and quality output. The results from the 30 border districts in 9 provinces showed that 12 districts (40.00%) passed all 33 basic sub-indicators. When we analysed by domains, 83.33% of border districts passed all surveillance sub-indicators, also 83.33% for reporting sub-indicators, 60.00% for disease control sub-indicators and 73.33% for quality output sub-indicators.

Conclusions: Overall, less than half of border districts pass the assessment of basic level. The highest problems came from disease control sub-indicators. These problems came from multiple causes such as not well understanding of some indicators, systematic problems of epidemiological workforce and problem from relaxation of the performance after passing the SRRT evaluation on previous years.

Key words: assessment, surveillance, investigation and control, border provinces, International Health Regulations (IHR) 2005