

ประเมินผลมาตรการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอ ตามแนวชายแดน
ระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา

Evaluation of the Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) district
to disease prevention and control efforts along Thailand's borders with Myanmar,
Lao PDR, and Cambodia

อภิญา ดวงสิน¹

บัญชา พร้อมดิษฐ์²

พูลศรี ศิริโชติรัตน์³

อุษารัตน์ ทิตเทียน⁴

สำรวย ศรศรี³

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี
กรมควบคุมโรค

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

³สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
กรมควบคุมโรค

⁴สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก
กรมควบคุมโรค

Apinya Duangsin¹

Bancha Promdit²

Poonsri Sirichotiratana³

Usarat Tidtien⁴

Samruay Sonsri³

¹Office of Disease Prevention and Control,
Region 6 Chonburi, Department of
Disease Control

²Chanthaburi Provincial Public Health Office

³Office of Disease Prevention and Control,
Region 10 Ubon Ratchathani,
Department of Disease Control

⁴Office of Disease Prevention and Control,
Region 2 Phitsanulok, Department
of Disease Control

DOI: 10.14456/dcj.2024.28

Received: September 1, 2023 | Revised: January 10, 2024 | Accepted: January 11, 2024

บทคัดย่อ

โรคติดต่อระหว่างประเทศที่มีชายแดนติดกับประเทศไทยยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีระบบการป้องกันควบคุมโรคระหว่างประเทศอย่างเข้มแข็ง ซึ่งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินการเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรค การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเมินผลมาตรการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ด้านกระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ และทราบปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากกระบวนการดำเนินงานตามมาตรการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตามแนวชายแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ในปี 2560-2561 เป็นการวิจัยประเมินผลแบบประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการหรือประเมินผลผลิต (summative evaluation) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสัมภาษณ์กลุ่ม โดยกำหนดการประเมินผลเป็น 2 ประเด็นประเมินผล (Key Results

Area: KRA) และ 6 ตัวชี้วัด (Key Performance Index: KPI) ทำการศึกษาในพื้นที่ชายแดน 3 ชายแดน ได้แก่ 1) ชายแดนไทย-เมียนมาร์ ในจังหวัดระนองและตาก 2) ชายแดนไทย-ลาว ในจังหวัดอุบลราชธานีและหนองคาย 3) ชายแดนไทย-กัมพูชา ในจังหวัดตราดและสระแก้ว การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการจำแนกข้อมูล (typological analysis) คือ การจำแนกข้อมูลเป็นชนิด (typologies) และนำมาวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) ผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินมาตรการ SRRT ในภาพรวมเท่ากับค่าเป้าหมาย โดยมีคะแนน 2.22 จากค่าคะแนนเต็ม 3.0 ซึ่งแสดงว่ามาตรการ SRRT มีศักยภาพในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานสูงกว่าเป้าหมาย 1 จังหวัด คือ ตาก มีคะแนน 2.61 ปัญหาอุปสรรคที่พบจำแนกเป็นประเด็น ดังนี้ 1) การเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานบ่อย 2) งบประมาณไม่เพียงพอ 3) วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ 4) การประสานงานกับหน่วยงานอื่น 5) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สอดคล้องกัน 6) การพัฒนาศักยภาพไม่ครอบคลุมทุกโรค 7) เขียนรายงานสอบสวนโรคยังไม่ครบทุกเหตุการณ์ เนื่องจาก SRRT มีภาระงานเยอะ และ 8) ข้อจำกัดด้านภาษา ข้อเสนอแนะเนื่องจากพื้นที่ชายแดนมีความซับซ้อนมากกว่าพื้นที่อื่นจึงควรมีการสร้างภาคีเครือข่ายที่หลากหลายและครอบคลุม รวมถึงพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ตรงกับปัญหาในพื้นที่ชายแดน จึงจะทำให้ปัญหาสาธารณสุขชายแดนได้รับการแก้ไขปัญหาย่างถูกต้องและยั่งยืน

ติดต่อผู้พิมพ์ : อภิญา ดวงสิน

อีเมล : aapinyaa@hotmail.com

Abstract

The trend of cross-border infectious diseases is continuously increasing despite having robust international disease prevention and control systems in place. The Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) is a crucial surveillance, investigation, and disease control tool. This study aimed to investigate and evaluate the outcomes of the SRRT's measures for cross-border rapid response regarding processes, outputs, and outcomes. It also seeks to identify operational challenges from implementing these measures along the border between Thailand and the neighbouring countries of Myanmar, Laos, and Cambodia. This study conducts a summative evaluation after project ending. Data were collected through questionnaires, interviews, in-depth interviews, and focus group discussions. The performance evaluation was focused on 2 Key Results Areas (KRA) and 6 Key Performance Indicators (KPI). The study was conducted at 3 border areas: 1) Thailand-Myanmar border in Muang District, Ranong Province, and Mae Sot District, Tak Province. 2) Thailand-Laos border in Sirindhorn District, Ubon Ratchathani Province, and Muang District, Nong Khai Province. 3) Thailand-Cambodia border in Khlong Yai District, Trat Province, and Aranyaprathet District, Sa Kaeo Province. Quantitative data analysis was conducted using descriptive statistics, and qualitative data analysis was performed using typological analysis, categorizing data into types (typologies). Analytic induction is then applied to analyze the data in a deductive manner. The study found that the overall evaluation of the SRRT measures is equivalent to the target goal, with a score of 2.22 out of a maximum score of 3.0. This indicates that the SRRT measures have the potential for surveillance, prevention, and control of diseases at border areas. The province that has achieved performance higher than the target was Tak province, scoring

2.61. The challenges are identified and categorized as follows: 1) frequent personnel turnover, 2) insufficient budget, 3) inadequate supplies and equipment, 4) coordination with other agencies, 5) inconsistencies between the Ministry of Public Health policies and local government organizations, 6) development of capabilities not covering all diseases, 7) incomplete reporting of disease investigations due to the heavy workload of the SRRT, and 8) language limitations. Recommendations suggest that, due to the complexity of border areas, there should be the establishment of a diverse and comprehensive network, including enhancing the capabilities of public health officials to align with the issues at border areas to ensure that health problems in border regions are appropriately and sustainably addressed.

Correspondence: Apinya Duangsin

E-mail: aapinyaa@hotmail.com

คำสำคัญ

ประเมินผล, ประเมินมาตรการ,
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

Keywords

evaluation, evaluate the measures,
surveillance and rapid response team (SRRT)

บทนำ

ประเทศไทยมีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน 4 ประเทศ ได้แก่ พม่า (เมียนมาร์) ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย โดยจังหวัดที่มีอาณาเขตติดกับประเทศเพื่อนบ้านมีทั้งหมด 31 จังหวัด และมีช่องทางเข้าออก (point of entry) ทั้งหมด 67 ช่องทาง⁽¹⁾ ประกอบด้วย ท่าอากาศยาน 17 แห่ง ท่าเรือ 18 แห่ง และพรมแดนทางบก 32 แห่ง กรมควบคุมโรคมีบทบาทโดยตรงในการป้องกันควบคุมโรคทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ภายใต้มาตรการด้านความร่วมมือกับประเทศที่มีพื้นที่ชายแดนติดต่อกับประเทศไทย⁽²⁾ โดยได้มีการจัดทำแผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคระหว่างประเทศ ภายใต้ความร่วมมือทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี โดยกำหนดเป็นแผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ที่ประกอบด้วย 2 มาตรการ คือ 1) มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ และ 2) มาตรการเพิ่มความสามารถในการจัดบริการสุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ⁽²⁾ โดยเฉพาะการหารือแผนปฏิบัติการระยะ 3 ปี (ปี 2560–2562) ระหว่างไทย-ลาว ที่เป็นความร่วมมือระดับทวิภาคีในประเด็นวัณโรค โรคเอดส์ ระบาดวิทยา มาลาเรีย โรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคจากการประกอบอาชีพ

และสิ่งแวดล้อม โรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน การพัฒนาด่านช่องทางเข้าออกประเทศและการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว เป็นต้น⁽³⁾

สำหรับการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคนั้นให้ความสำคัญกับบทบาททีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) การรายงานและการควบคุมการระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญระหว่างประเทศทั้งที่มีชายแดนติดกับประเทศไทยและไม่มีชายแดนติดกับประเทศไทย โดยกรมควบคุมโรค กำหนดนโยบายให้มี SRRT ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 โดยการจัดตั้งทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต และส่วนกลาง รวม 1,030 ทีม ต่อมา ปี 2554–2555 มีนโยบายจัดตั้งและพัฒนา SRRT ระดับตำบลครบทุกพื้นที่ ที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นศูนย์กลางในการรับแจ้งข่าว นอกจากนี้ยังจัดให้มีนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน และให้มีระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์สำหรับ SRRT เครือข่ายระดับตำบล จำนวน 2,775 ทีม โดยภารกิจสำคัญของ SRRT ตามมาตรฐาน SRRT⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 1) เฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรง 2) ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข 3) สอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันการณ์

4) ควบคุมโรคขั้นต้นทันที 5) แลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคและร่วมมือกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในและต่างประเทศผ่านจุดประสานงาน กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulations 2005: IHR2005) ปัญหาสาธารณสุขชายแดนมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อน มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้าน และเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ เนื่องจากบริเวณชายแดนมีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดนจำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ดำเนินกิจกรรมร่วมกัน จากความแตกต่างด้านการเมือง การปกครอง และนโยบายของแต่ละประเทศเพื่อนบ้าน และความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรบริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ในส่วนของการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และชาวต่างชาติที่ไม่มีสัญชาติไทย ยังมีการพัฒนาที่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ในการดำเนินงานทั้งส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการดำเนินงานร่วมกับ SRRT ในการตรวจรายงานและตรวจจับโรคติดต่อ เพื่อให้มีการป้องกันควบคุมโรคติดต่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้

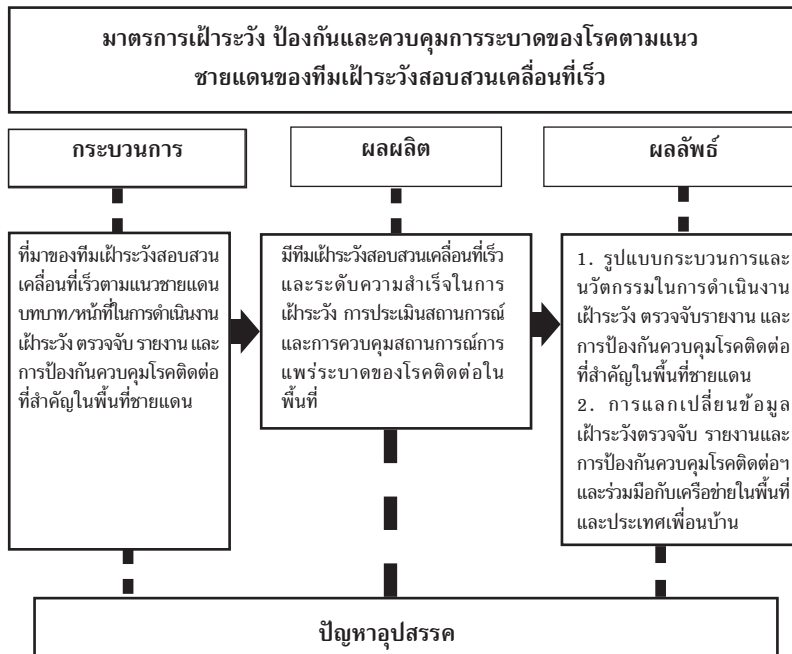
แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบและเครื่องมือในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศดังกล่าว แต่ปัญหาโรคติดต่อระหว่างประเทศและปัญหาระบบบริการสุขภาพระหว่างประเทศยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง มีบางพื้นที่ที่ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากข้อจำกัดในการทำงานกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และการเฝ้าระวัง การรายงาน และการควบคุมโรคตามแนวทางระบาดวิทยา ยังเป็นปัญหาทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากขาดความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย ทำให้โรคติดต่อยังเป็นปัญหาในพื้นที่ชายแดน⁽⁵⁾ ปัญหาดังกล่าวยังพบอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะพบว่ามีภาระโรคของโรคระหว่างประเทศอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่ชายแดนที่มีความร่วมมือระหว่างประเทศ และไม่พบการวิจัยเพื่อประเมินผลมาตรการ SRRT ดังนั้น โครงการวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษามาตรการ SRRT ตามแนวชายแดน ที่ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดน และนำเสนอต่อระดับนโยบายในการขยายผลการดำเนินงานต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลมาตรการ SRRT ที่ดำเนินการ ในปี 2560-2561 ด้านกระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากกระบวนการดำเนินงานตามมาตรการ SRRT ตามแนวชายแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลแบบประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการหรือประเมินผลผลิต ในปี 2560-2561 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2562 โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม และเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้รูปแบบการประเมินตามแนวคิดของสเตก (Stake's countenance model)⁽⁶⁾ ประเมินตามองค์ประกอบสามด้าน ได้แก่ ด้านความพร้อมของการดำเนินการตามมาตรการด้านผลผลิตหรือกระบวนการที่เกิดขึ้น และการประเมินผลลัพธ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลผลิตตามแนวคิดของสเตก (Stake's countenance model)

Figure 1 Conceptual framework for output assessment based on Stake's countenance model

พื้นที่ในการศึกษา คือ ชายแดนไทยกับเมียนมาร์ ได้แก่ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และอำเภอเมือง จังหวัดระนอง ชายแดนไทยกับลาว ได้แก่ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี และอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย และชายแดนไทยกับกัมพูชา ได้แก่ อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด และอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นแบบเจาะจงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ SRRT โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant) เลือกจากผู้ให้ข้อมูลระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล จำนวน 14 คน ต่อจังหวัด รวมทั้งสิ้น 84 คน โดยแบ่งเป็นระดับตำบลและอำเภอ 12 คน และระดับจังหวัด 2 คน รายละเอียดดังนี้

1. ระดับอำเภอและระดับตำบล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงานและการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ชายแดนที่มีรายชื่อตามคำสั่ง SRRT อำเภอ ในช่วงปี 2560–

2561 จำนวน 12 คนต่ออำเภอ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดับอำเภอและระดับตำบล ในการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ชายแดน ที่มีรายชื่อตามคำสั่งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอ ซึ่งแต่งตั้งในช่วงปี 2560–2561 จำนวน 12 คนต่ออำเภอ หากผู้ที่เข้าเกณฑ์มีจำนวนมากเกินเป้าหมายที่ต้องการศึกษา จะเลือกเก็บข้อมูลเรียงลำดับจากผู้ที่เป็นประธาน รองประธาน เลขานุการ และกรรมการ ถ้ามีกรรมการจำนวนมากเกินเป้าหมายจะเลือกจากลำดับในคำสั่งเรียงจากลำดับแรกไปจนถึงลำดับสุดท้าย

2. ระดับจังหวัด เป็นผู้ที่ได้รับติดขอบงานระบาดวิทยาและผ่านการอบรม SRRT รวมถึงมีประสบการณ์ในการทำงาน SRRT อย่างน้อย 2 ปี จำนวน 2 คน/จังหวัด โดยต้องเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดับจังหวัด เป็นผู้ได้รับติดขอบงานระบาดวิทยาและผ่านการอบรม SRRT รวมถึงมีประสบการณ์ในการทำงานเป็นทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อย่างน้อย 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ เป็นเครื่องมือที่นักวิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ 1) แบบประเมินผลมาตรการฯ 2) แบบสัมภาษณ์ 3) แบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูลการเฝ้าระวังสอบสวน และป้องกันควบคุมโรค โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาที่จะทำการประเมิน ซึ่งได้ค่า content validity เท่ากับ 0.89 จากนั้นจึงนำ เครื่องมือไปทดลองใช้ในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 30 ชุด ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (reliability) เท่ากับ 0.92 นำมาปรับปรุงเนื้อหาของเครื่องมือ ให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคำตอบ ต่อวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิธีการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแบบสอบถาม และเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ การพูดคุยกลุ่ม ในประเด็นการได้มา/การคัดเลือกสมาชิก ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) การพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) บทบาท/สมรรถนะของ SRRT กระบวนการดำเนินงาน ของ SRRT และปัจจัยส่งเสริม ปัญหา และอุปสรรค ในการดำเนินงาน โดยจะใช้เวลา 45 นาที-1 ชั่วโมง และกรณีสัมภาษณ์เชิงลึกคนเดียวใช้เวลา 30-45 นาที พร้อมกับการบันทึกเทประหว่างการพูดคุย โดยมีผู้วิจัยและผู้ถอดเทปเท่านั้นที่เข้าถึงเทปบันทึกเสียงได้ เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยนักวิจัยจะทำลายเทปบันทึกเสียงทั้งหมด

ประเด็นในการประเมินระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงานและการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ (KRA1) ประเมิน 3 ด้าน คือ 1) ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคฯ (KPI1-1) 2) ระดับ การทำกิจกรรมด้านการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคฯ (KPI1-2) 3) ระดับ รูปธรรมการนำนวัตกรรม/แนวคิด/วิธีการ/เทคโนโลยี ใหม่ ๆ (KPI1-3) นำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มาหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ต่อมานำค่าเฉลี่ยมาจัดกลุ่ม เป็น 5 ระดับ และแปลผลโดยใช้สูตรของ ของ Best JW.⁽⁷⁾ โดยมีช่วงกว้างกลุ่ม=(คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/

$$5=(5-0)/5=1$$

ระดับที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00

ระดับที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00

ระดับที่ 3 คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00

ระดับที่ 4 คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00

ระดับที่ 5 คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00

ประเด็นการประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงานของ SRRT ในการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ ชายแดน (KRA2) ประเมิน 3 ด้าน คือ 1) ระดับความสำเร็จของ SRRT ในการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคฯ (KPI2-1) นำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ต่อมานำค่าเฉลี่ยมาจัดกลุ่ม เป็น 5 ระดับ และแปลผลโดยใช้สูตรของ ของ Best JW.⁽⁷⁾ โดยมีช่วงกว้างกลุ่ม=(คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/

5=(5-0)/5=1.00

ระดับที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00

ระดับที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00

ระดับที่ 3 คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00

ระดับที่ 4 คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00

ระดับที่ 5 คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00

2) ระดับทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติงานในพื้นที่ ของ SRRT (KPI2-2) นำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ต่อมานำค่าเฉลี่ยมาจัดกลุ่ม เป็น 5 ระดับ และแปลผลโดยใช้สูตรของ ของ Best JW.⁽⁷⁾ โดยมีช่วงกว้างกลุ่ม=(คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/

5=(17-0)/5=3.40

ระดับที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 0.00-3.40

ระดับที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 3.41-6.80

ระดับที่ 3 คะแนนเฉลี่ย 6.81-10.20

ระดับที่ 4 คะแนนเฉลี่ย 10.21-13.60

ระดับที่ 5 คะแนนเฉลี่ย 13.61-17.00

3) ระดับนวัตกรรม/แนวคิด/วิธีการ/เทคโนโลยีใหม่ ๆ (KPI2-3) นำคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ต่อมานำค่าเฉลี่ยมาจัดกลุ่มเป็น 5 ระดับ และแปลผลโดยใช้สูตรของ ของ Best JW.⁽⁷⁾ โดยมีช่วงกว้างกลุ่ม = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / 5 = (5-0)/5=1.00

- ระดับที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00
- ระดับที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00
- ระดับที่ 3 คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00
- ระดับที่ 4 คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00
- ระดับที่ 5 คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00

การตัดสินผลการประเมินพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกำหนด 2 KRA 6 ตัวชี้วัดหลัก ใช้คะแนนที่ประเมินได้ และการถ่วงน้ำหนักตัวชี้วัด ดังตารางที่ 1 จากนั้นนำมาตัดสินระดับความพอใจผลการดำเนินงานตามมาตรการ 5 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม 3 คะแนน และตัดสินผลการดำเนินงานตามมาตรการว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ใช้ค่าเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม 3 คะแนน โดยใช้สูตรคำนวณของ Best JW.⁽⁷⁾

ตารางที่ 1 การตัดสินผลลัพธ์การดำเนินงานตามมาตรการ SRRT

Table 1 Results determination of operations according to SRRT measures

KRA (Key Result Area)	KPI (Key Performance Index)	คะแนน (A)	ค่าถ่วงน้ำหนัก (B)	คะแนนจริง (Ax B=C)
KRA1: ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคฯ	KPI1-1: ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคฯ	5	20	100
KRA1: ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคฯ	KPI1-2: ระดับการทำการกิจกรรมด้านการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคฯ	5	15	75
KRA1: ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคฯ	KPI1-3: ระดับบูรณาการรณานวัตกรรม/แนวคิด/วิธีการ/เทคโนโลยีใหม่ ๆ	5	25	125
KRA2: ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานของ SRRT	KPI2-1: ระดับความสำเร็จของ SRRT ในการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคฯ	5	15	75
KRA2: ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานของ SRRT	KPI2-2: ระดับทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติงานในพื้นที่ ของ SRRT	5	10	50
KRA2: ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานของ SRRT	KPI2-3: ระดับนวัตกรรม/แนวคิด/วิธีการ/เทคโนโลยีใหม่ ๆ	5	15	75
คะแนนจริงรวม				500

สำหรับขั้นตอนในการตัดสินผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามมาตรการฯ ภาพรวมและรายจังหวัด ดำเนินการดังนี้

1) ให้คะแนนตามเกณฑ์ของตัวชี้วัดในแต่ละ KPI ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน (A) เมื่อได้คะแนนจากทุก KPI นำมาถ่วงน้ำหนัก (B) จะได้ค่าคะแนนจริงของ KPI แต่ละตัว (C) แล้วนำคะแนนจริงของแต่ละ KPI ทั้ง 6 ตัว มารวมกันเป็นคะแนนรวม (D)

2) นำคะแนนรวม (D) มาคำนวณในสูตรการคำนวณเพื่อตัดสินระดับความสำเร็จของมาตรการ SRRT สูตร = ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนนจริง (C) *

$$\frac{\text{คะแนนที่ต้องการ (3)}}{\text{คะแนนรวม (500)}}$$

3) เมื่อได้คะแนนรวม (D) แล้วนำมาเปรียบเทียบกับระดับความพอใจต่อผลงาน ดังนี้

คะแนน 1.00-1.40 ไม่เป็นที่น่าพอใจ

คะแนน 1.41-1.80 พอใจเล็กน้อย

คะแนน 1.81-2.20 พอใจปานกลาง

คะแนน 2.21-2.60 พอใจมาก

คะแนน 2.61-3.00 พอใจมากที่สุด

4) นำคะแนนรวม (D) มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายการดำเนินงานตามมาตรการ ดังนี้

คะแนน 1.00-1.66 น้อยกว่าเป้าหมาย

คะแนน 1.67-2.33 เท่ากับเป้าหมาย

คะแนน 2.34-3.00 สูงกว่าเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกต มาทำการจัดบันทึกในลักษณะบรรยาย (descriptive) นำมาวิเคราะห์จำแนกข้อมูล (typological analysis) คือ การจำแนกข้อมูลเป็นชนิด (typologies) และนำมาวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) เป็นวิธีตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสังเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

(2) ข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการบรรยายลักษณะข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนการวิจัยจากกองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 รหัส 61049

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง 78 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.56 อยู่ในช่วงอายุ 25-35 ปี และ 36-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.31 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 39.31 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.79 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 58 ปี ตำแหน่งข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 67.95 อายุการทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.23 ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2561 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ

84.62 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค/กองระบาดวิทยา ร้อยละ 51.28

ผลการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์มาตรการ SRRT ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานตามมาตรการ

KPI 1-1 ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวังตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญที่เป็นผลมาจากการดำเนินงานของ SRRT ภาพรวมคะแนนดิบอยู่ในระดับ 4 เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่า สระแก้วอยู่ในระดับสูงสุดคือระดับ 5 ส่วนจังหวัดอื่นอยู่ในระดับ 4 ทั้งหมด ได้แก่ อุบลราชธานี หนองคาย ระนอง ตรัง และตาก

KPI 1-2 ระดับการทํากิจกรรมด้านการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญของ SRRT ภาพรวมคะแนนดิบอยู่ในระดับ 3 เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่า ตาก อยู่ในระดับสูงสุดคือระดับ 4 รองลงมาระดับ 3 คือ อุบลราชธานี สระแก้ว หนองคาย และระดับ 2 คือ ตรัง ระนอง ตามลำดับ

KPI 1-3 ระดับรูปธรรมของการนำนวัตกรรม/แนวคิด/วิธีการ/เทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่นำมาช่วยในการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ พบว่า ภาพรวมคะแนนดิบอยู่ในระดับ 3 เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า ตาก อยู่ในระดับสูงสุด คือระดับ 4 รองลงมา ระดับ 3 คือ อุบลราชธานี ส่วนอีก 4 จังหวัด อยู่ในระดับ 2 คือ สระแก้ว ตรัง หนองคาย และระนอง ตามลำดับ

ผลลัพธ์ด้านความสำเร็จ

KPI 2-1 ระดับความสำเร็จของ SRRT ในการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ชายแดน ภาพรวมคะแนนดิบอยู่ในระดับ 4 เมื่อจำแนกรายจังหวัด ตาก อยู่ในระดับสูงที่สุดคือระดับ 5 ส่วนอีก 5 จังหวัดอยู่ในระดับ 4 คือ สระแก้ว หนองคาย อุบลราชธานี ตรัง และระนอง ตามลำดับ

KPI 2-2 ระดับทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติงานในพื้นที่ของ SRRT ภาพรวมคะแนนดิบอยู่ในระดับ 5 และเมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่าทุกจังหวัดอยู่ในระดับ 5 ทั้งหมด

KPI 2-3 ระดับนวัตกรรม/แนวคิด/วิธีการ/เทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อการเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานของ SRRT ในการเฝ้าระวัง ตรวจจับ รายงาน และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ชายแดน ภาพรวมคะแนนดิบอยู่ในระดับ 3 เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่า ตาก อยู่ในระดับ 4 รองลงมาคือ อุบลราชธานี อยู่ในระดับ 3 และอีก 4 จังหวัดอยู่ในระดับ 2 คือ สระแก้ว หนองคาย ตราด และระนอง ตามลำดับ

ผลการตัดสินมาตรการ

ผลการนำมาตรการไปใช้ในพื้นที่ ภาพรวมเป็น

ที่น่าพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.22 มีค่าเท่ากับค่าเป้าหมาย เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่า ตาก เป็นที่น่าพอใจระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.61 มีค่าสูงกว่าค่าเป้าหมาย อุบลราชธานีและสระแก้ว เป็นที่น่าพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.22 มีค่าเท่ากับค่าเป้าหมาย หนองคาย เป็นที่น่าพอใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.10 มีค่าเท่ากับค่าเป้าหมาย ตราดและระนอง เป็นที่น่าพอใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.95 มีค่าเท่ากับค่าเป้าหมาย และเมื่อจำแนกเป็นรายชายแดน พบว่า ชายแดนไทยกับลาว ค่าเฉลี่ย 2.16 ผลงานพอใจระดับปานกลาง มีค่าผลงานเท่ากับเป้าหมาย ชายแดนไทยกับกัมพูชา ค่าเฉลี่ย 2.09 ผลงานพอใจระดับปานกลาง มีค่าผลงานเท่ากับเป้าหมาย ชายแดนไทยกับเมียนมาร์ ค่าเฉลี่ย 2.28 ผลงานพอใจระดับมาก มีค่าผลงานเท่ากับเป้าหมาย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตาม Key Results Area (KRA) จำแนกตามภาพรวมและรายจังหวัด

Table 2 The Evaluations of key results Area (KRA) categorized by overall results and province

จังหวัด	KRA	KPI	คะแนนดิบ	ค่าถ่วงน้ำหนัก (B)	คะแนนจริง	ผลรวม	ผลการดำเนินงานตามมาตรการ	
			(A)		(AxB=C)	(C*3/500=D)	ระดับ	เป้าหมาย
อ.สิรินธร จ.อุบลราชธานี	1	1-1	4	20	80	370*3/500 =2.22	มาก	เท่ากับเป้าหมาย
		1-2	3	25	75			
		1-3	3	10	30			
	2	2-1	4	20	80			
		2-2	5	15	75			
อ.เมือง จ.หนองคาย	1	1-1	4	20	80	350*3/500 =2.10	ปานกลาง	เท่ากับเป้าหมาย
		1-2	3	25	75			
		1-3	2	10	20			
	2	2-1	4	20	80			
		2-2	5	15	75			
อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว	1	1-1	5	20	100	370*3/500 =2.22	มาก	เท่ากับเป้าหมาย
		1-2	3	25	75			
		1-3	2	10	20			
	2	2-1	4	20	80			
		2-2	5	15	75			
		2-3	2	10	20			

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตาม Key Results Area (KRA) จำแนกตามภาพรวมและรายจังหวัด (ต่อ)

Table 2 The Evaluations of key results Area (KRA) categorized by overall results and province (Continue)

จังหวัด	KRA	KPI	คะแนน ดิบ	ค่าถ่วงน้ำหนัก (B)	คะแนนจริง (AxB=C)	ผลรวม (C*3/500=D)	ผลการดำเนินงานตาม มาตรการ	
			(A)				ระดับ	เป้าหมาย
อ.เมือง จ.ระนอง	1	1-1	4	20	80	$325 \times 3 / 500$ =1.95	ปานกลาง	เท่ากับเป้าหมาย
		1-2	2	25	50			
		1-3	2	10	20			
	2	2-1	4	20	80			
		2-2	5	15	75			
		2-3	2	10	20			
อ.คลองใหญ่ จ.ตราด	1	1-1	4	20	80	$325 \times 3 / 500$ =1.95	ปานกลาง	เท่ากับเป้าหมาย
		1-2	2	25	50			
		1-3	2	10	20			
	2	2-1	4	20	80			
		2-2	5	15	75			
		2-3	2	10	20			
อ.แม่สอด จ.ตาก	1	1-1	4	20	80	$435 \times 3 / 500$ =2.61	มากที่สุด	สูงกว่าเป้าหมาย
		1-2	4	25	100			
		1-3	4	10	40			
	2	2-1	5	20	100			
		2-2	5	15	75			
		2-3	4	10	40			
ภาพรวม	1	1-1	4	20	80	$370 \times 3 / 500$ =2.22	มาก	เท่ากับเป้าหมาย
		1-2	3	25	75			
		1-3	3	10	30			
	2	2-1	4	20	80			
		2-2	5	15	75			
		2-3	3	10	30			

ผลการประเมินมาตรการตามกระบวนการ ผลผลิต/
ผลลัพธ์ และปัญหาอุปสรรค

(1) กระบวนการสร้างและโครงสร้างทีมพบว่า กระบวนการไม่แตกต่างกัน กล่าวคือเป็นการแต่งตั้งทีมตามแนวทางการปฏิบัติงานของ SRRT โดยเลือกผู้ปฏิบัติงานตามตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันควบคุมโรคและด้านระบาดวิทยา ส่วนโครงสร้างทีมส่วนใหญ่เหมือนกันคือมี 4 องค์ประกอบได้แก่ ประธานทีม ทีมอำนวยการ

ทีมปฏิบัติการ และทีมเลขานุการ ยกเว้นจังหวัดสระแก้วที่มีองค์ประกอบที่ 5 คือมีที่ปรึกษาทีม หากพิจารณาในรายละเอียดของสมาชิกทีมพบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อย เช่น อุบลราชธานีและตาก ประธานทีม คือนายอำเภอ ส่วนหนองคายและระนอง ประธานทีม คือสาธารณสุขอำเภอ สระแก้วและตราด ประธานทีม คือผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในส่วนของทีมอำนวยการมีเพียงตากที่เพิ่มนายอำเภออยู่ในทีมอำนวยการ และตราดที่เลขานุการทีมเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน

ด้านระบาดวิทยาโรงพยาบาล ในขณะที่อีก 5 จังหวัด เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านระบาดวิทยาจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

(2) บทบาทหน้าที่ SRRT ด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรค และรายงาน

ด้านการเฝ้าระวังปกติ รง 506 ศูนย์รวบรวม ข้อมูลอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกจังหวัด ยกเว้น ทรายทองมีศูนย์รวบรวมข้อมูลอยู่ที่โรงพยาบาล (รพ.) แต่บทบาทด้านการแจ้งข่าวไม่มีความแตกต่างกัน โดยการรับแจ้งข่าวจาก รพ. รับข่าวจากแผนกต่างๆ ของ รพ. ตรวจสอบข่าวและแจ้งไปที่สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ เพื่อส่งต่อไปยัง รพ.สต. ที่เกี่ยวข้อง ส่วนข่าวจาก ชุมชน รพ.สต. รับแจ้งข่าว ตรวจสอบข่าวและส่งต่อไปที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

บทบาทด้านการสอบสวนและควบคุมโรค ทุกจังหวัดแบ่งเขตความรับผิดชอบของ รพ. และ รพ.สต. แต่อุบลราชธานี หนองคาย และตาก รพ.สต.จะมี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมลงสอบสวนโรคด้วย ทุกครั้ง ส่วนจังหวัดอื่น ๆ จะร่วมลงสอบสวนกรณีฉุกเฉิน เท่านั้น

บทบาทด้านการเขียนรายงานสอบสวนโรค ทุกจังหวัดแบ่งตามพื้นที่รับผิดชอบ รพ. และ รพ.สต.

(3) ผลผลิตและผลลัพธ์

ผลผลิตที่พบทั้ง 6 จังหวัด ได้แก่ ระบบเฝ้าระวัง เหตุการณ์ และระบบเฝ้าระวังโรค การตรวจสอบข่าว การแจ้งข่าวและการรายงานโรค และการแจ้งและการรายงานโรคระหว่างประเทศ

การร่วมสอบสวนควบคุมโรคระหว่างประเทศ พบที่สระแก้วและตราด

การร่วมสอบสวนควบคุมโรคระหว่างประเทศ และร่วมกับหน่วยงานอื่น พบที่อุบลราชธานีและ หนองคาย

สำหรับการรายงานผลการสอบสวนโรคระหว่าง ประเทศด้วยโปรแกรม Line Group และ Messenger พบ ที่อุบลราชธานี หนองคาย สระแก้ว และตราด

ผลลัพธ์จากการดำเนินการตามมาตรการ SRRT

คือเกิดเครือข่ายการเฝ้าระวัง การสอบสวนและควบคุม โรคในพื้นที่ มีผลการดำเนินงานสอบสวนและควบคุมโรค ระหว่างประเทศผ่านช่องทางที่ต่างกัน คือ อุบลราชธานี ผ่าน Line Group หนองคายผ่าน Website สระแก้วและ ตราดผ่านโปรแกรมเฉพาะ ระนองผ่าน อสต. ส่วนตาก ผ่าน อสต. Twin Village “SRRBT” (Surveillance Rapid Response Border Team) และ “SRRMT” (Surveillance Rapid Response Migrant Team)

(4) ปัญหาอุปสรรคในนำมาตราการฯ ไป ปฏิบัติ

ปัญหาอุปสรรคจากการนำมาตราการ SRRT ไปปฏิบัติ พบว่า มีปัญหาด้านการเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน พบที่อุบลราชธานี หนองคาย สระแก้ว และระนอง ปัญหา การขาดแคลนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานพบที่อุบลราชธานี หนองคาย สระแก้ว ระนอง และตาก ปัญหาวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอพบในส่วนปัญหา ยานพาหนะในการดำเนินงาน ได้แก่ จังหวัดระนอง ปัญหาการประสานงานกับหน่วยงานอื่นพบที่อุบลราชธานี หนองคาย สระแก้ว และตาก ปัญหานโยบายของกระทรวง สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สอดคล้อง กันพบที่ตาก ระนอง และตราด ปัญหาการพัฒนา ศักยภาพไม่ครอบคลุมทุกโรคพบที่สระแก้ว และตาก ปัญหาการเขียนรายงานสอบสวนโรคยังไม่ครบ ทุกเหตุการณ์เนื่องจาก SRRT มีภาระงานเยอะ พบที่ หนองคาย ปัญหาและข้อจำกัดด้านภาษาในการสื่อสาร พบในพื้นที่ชายแดนพม่าและกัมพูชา และปัญหากรณีมี หน่วยงานอื่น ๆ ที่ร่วมเป็น SRRT ยังไม่เข้าใจบทบาท หน้าที่ของตนเองพบที่อุบลราชธานี หนองคาย และ สระแก้ว

วิจารณ์

กระบวนการสร้างและโครงสร้างทีม SRRT ทั้ง 6 จังหวัดไม่แตกต่างกันโดยการคัดเลือกจากผู้ปฏิบัติงานตามตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันควบคุมโรคและด้านระบาดวิทยา เนื่องจากในมาตรฐาน SRRT ได้มีการกำหนดไว้ว่า

แกนหลักของทีมเป็นผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยา (เฝ้าระวังและสอบสวนโรค)⁽⁴⁾ ทุกจังหวัดจึงยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

ส่วนสมาชิกทีมที่มีความแตกต่างกันในส่วนของประธานทีม อุลราชธานีและตากประธานทีมคือนายอำเภอ หนองคายและระนองประธานทีมคือสาธารณสุขอำเภอ สระแก้วและตราดประธานทีมคือผู้อำนวยการโรงพยาบาล เนื่องจากในมาตรฐาน SRRT ได้มีการกำหนดไว้ว่าหัวหน้าทีมเป็นแพทย์หรือหัวหน้าหน่วยงานก็ได้⁽⁴⁾ มีส่วนทำให้แต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะพบว่าจังหวัดที่มีประธานทีมเป็นนายอำเภอคือตากและอุบลราชธานี มีผลการนำมาตรการไปใช้ในพื้นที่สูงกว่าจังหวัดที่มีประธานทีมเป็นหัวหน้าหน่วยงานของสาธารณสุข ตากมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 2.60 ซึ่งจัดสูงกว่าค่าเป้าหมาย รองลงมาอุบลราชธานี ค่าเฉลี่ย 2.30 มีค่าเท่ากับค่าเป้าหมาย การที่จังหวัดที่มีประธานทีมเป็นนายอำเภอ มีผลการนำมาตรการไปใช้ในพื้นที่สูงกว่าจังหวัดอื่น เนื่องจากว่านายอำเภอถือว่าเป็นตำแหน่งที่มีความสำคัญในการบริหารราชการส่วนภูมิภาค มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนองค์การต่างๆ ในพื้นที่ให้สามารถขับเคลื่อนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการทำหน้าที่ของนายอำเภอถูกกำหนดโดยกฎหมายหลักคือ พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457 รวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องอีกมากกว่า 100 ฉบับ จึงถือได้ว่านายอำเภอเป็นตัวแทนรัฐบาลในระดับอำเภอ เป็นหัวหน้าปกครอง บังคับบัญชา และดูแลการบริหารงานของอำเภอ⁽⁸⁾ ซึ่งถือว่านายอำเภอจะเป็นผู้ปกครองดูแลในทุกภาคส่วนของอำเภอ จึงทำให้ SRRT ที่มีนายอำเภอเป็นประธานทีมทำหน้าที่บริหารจัดการทีมจะสามารถขับเคลื่อนและนำมาตรการไปใช้ในพื้นที่ได้มากกว่า เช่นเดียวกับผลการศึกษาของวีระพงษ์ เรียบพร และพรนภา ศุภรเวทย์ศิริ⁽⁹⁾ เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ระดับอำเภอ

ซึ่งพบว่า มี 2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลการประเมินผ่านมาตรฐาน SRRT ซึ่งหนึ่งในตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลการประเมินมาตรฐาน SRRT คือ การบริหารงานที่มีความเหมาะสมของหัวหน้าทีม ($OR=6.21$, $95\% CI=1.69-22.87$, $p\text{-value}=0.002$) จึงทำให้อำเภอที่มีประธานทีมเป็นนายอำเภอซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารในทุกภาคส่วนของอำเภอจะทำให้สามารถขับเคลื่อนมาตรการต่าง ๆ ให้สามารถจัดการกับปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรเดช เกียรติชานน⁽¹⁰⁾ เรื่องการพัฒนาบทบาทของนายอำเภอในทศวรรษหน้า พบว่า การที่นายอำเภอมีการบูรณาการบทบาทของนายอำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ฉุกเฉิน ภัยพิบัติ โรคระบาด เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของนายอำเภออีกด้วย

ในส่วนของผลผลิตพบว่า ทั้ง 6 จังหวัดมีผลผลิตเหมือนกัน คือ ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์และระบบเฝ้าระวังโรค การตรวจสอบข่าว การแจ้งข่าว และการรายงานโรค และการแจ้งและการรายงานโรคระหว่างประเทศ อาจเป็นเพราะในกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR2005)⁽¹¹⁾ ได้มีข้อกำหนดในการพัฒนาสมรรถนะหลักของประเทศด้านการเฝ้าระวังและตอบสนองที่ประเทศสมาชิกจะต้องดำเนินการจัดให้มีหน่วยเฝ้าระวังและตอบสนองทางสาธารณสุข โดยระดับท้องถิ่นและ/หรือระดับต้นตอพัฒนาสมรรถนะหลักในด้านการตรวจจับเหตุการณ์การป่วยหรือตายที่ผิดปกติ การรายงานข้อมูลข่าวสารที่สำคัญซึ่งได้แก่ ลักษณะทางคลินิก ผลชันสูตรทางห้องปฏิบัติการแหล่งโรคและชนิดความเสี่ยง จำนวนผู้ป่วยและผู้ตาย เจอนไขที่ทำให้มีโรคระบาดและมาตรการทางสาธารณสุขที่ดำเนินการ ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากการสอบสวนโรค และการควบคุมโรคขั้นต้นทันที

สำหรับประเทศที่มีการรายงานผลการสอบสวนโรคผ่านโปรแกรมต่าง ๆ ได้แก่ อุบลราชธานี หนองคาย สระแก้วและตราด ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนไทย-ลาวและไทย-กัมพูชา ส่วนตากและระนองไม่มีการรายงานผลการ

สอบสวนโรกระหว่างประเทศ โดยอยู่ในพื้นที่ชายแดน ไทย-เมียนมาร์ ซึ่งมีข้อจำกัดในการรายงานผลการสอบสวนโรกระหว่างประเทศ แต่ในพื้นที่ 2 จังหวัดนี้ จะใช้วิธีการสร้างเครือข่าย อสต. เพื่อสนับสนุนการ แจ้งข่าวและเหตุการณ์ต่างๆ และในตากนอกจากสร้าง เครือข่าย อสต. แล้ว จะมีการสร้างเครือข่าย Twin Village “SRRBT” (Surveillance Rapid Response Border Team) และ “SRRMT” (Surveillance Rapid Response Migrant Team) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคอีกด้วย

สรุปผลการวิจัย แต่ละจังหวัดมีมาตรการ SRRT ที่ดำเนินการในพื้นที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน แต่จะเห็นได้ ว่าอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ระดับความพอใจต่อผลงาน อยู่ในระดับมากที่สุด และผลงานอยู่ในระดับสูงกว่า เป้าหมาย โดยสิ่งที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มีความ แตกต่างกับพื้นที่อื่น ๆ คือ การสร้างเครือข่ายที่ค่อนข้าง หลากหลาย ทั้งในระดับประชาชนทั้งในไทยและเมียนมาร์ ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน ภาครัฐ และ Non Governmental Organizations (NGO) ซึ่งระดับประชาชนจะมีการ คัดเลือกตัวแทนกลุ่มต่างชาติที่มีจิตอาสาเข้ามาเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ที่ทำหน้าที่ตรวจ จับและรายงานโรคหรือการเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงเป็นล่ามเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อีกด้วย ซึ่งจะประกอบด้วย อสต. ที่อาศัยอยู่ในไทย อสต. ที่อาศัยอยู่ที่เมียนมาร์ (อสต. คู่ขนาน) บริเวณหมู่บ้านคู่ขนานตามแนวชายแดน (twin village) และมีการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) buddy (ระหว่าง อสต. ที่อาศัยอยู่ใน ไทย และ อสต. คู่ขนาน) เพื่อให้ง่ายต่อการประสานงาน และแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ ใช้ความเป็นเครือข่ายดี ของคนในชุมชนในการประสานงานกับผู้นำชุมชน โดย การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ โดย อสต. ทุกท่านได้รับการ พัฒนาศักยภาพตามมาตรฐาน แต่จะเน้นการ ฝึกปฏิบัติเพื่อนำไปใช้จริง รวมถึงมีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ และ พัฒนาศักยภาพในส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบนัย

โรงเรียนต่างชาติ และผู้นำนักเรียนต่างชาติ เป็นต้น สร้างภาคีเครือข่ายในชุมชน ภาครัฐ และ NGO ให้มีการ ดำเนินการร่วมกัน โดยสาธารณสุขจะเป็นผู้สะท้อนปัญหา สุขภาพและให้ภาคีเครือข่าย ภาครัฐ และ NGO ร่วมหา แนวทางแก้ไขปัญหา วางแผน ดำเนินการ และประเมิน ผลร่วมกัน นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพของ เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาในพื้นที่ให้ตรงกับปัญหาในพื้นที่ ได้แก่ “SRRBT” (Surveillance Rapid Response Border Team) และ “SRRMT” (Surveillance Rapid Response Migrant Team) ทำให้สามารถดำเนินมาตรการ SRRT ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจังหวัดอื่น ๆ ควรมีการสร้างเครือข่ายที่หลากหลายและครอบคลุม เนื่องจากพื้นที่ชายแดนมีความซับซ้อนมากกว่าพื้นที่อื่น จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ ตรงกับปัญหาในพื้นที่ชายแดน จะทำให้ปัญหาสาธารณสุข ชายแดนได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control (TH), Bureau of General Communicable Diseases. General information of Thailand's border and points of entry, 2015. Nonthaburi: Bureau of General Communicable Diseases; 2015. (in Thai)
2. Department of Disease Control (TH), Bureau of Epidemiology. The resolution and development of border health management, 2015 [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <http://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/278865> (in Thai)
3. Department of Disease Control (TH). The policy of prevention and disease control workshop on strategic management efficiency for disease prevention and control, Department of Disease Control; 2016 Oct 18–20; Prince Palace Hotel, Bangkok. (in Thai)

4. Department of Disease Control (TH), Bureau of Epidemiology. Standards and guidelines for surveillance and rapid respond team (SRRT). Edition 1. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2012 (in Thai)
5. Srithongtham O, Songpracha S, Sanguanwongwam W, Charoenmukayananta S. The impact of health service of the community hospital located in Thailand's border: migrant from Burma, LAOS, and Cambodia. *Journal of Arts and Humanities* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 16];2:40-6. Available from: <https://theartsjournal.org/index.php/site/article/view/221>
6. Stake RE. The countenance of educational evaluation. *Teach Coll Rec* 1967;68(7):523-40.
7. Best JW. *Research in education*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
8. Ministry of Interior (TH), Department of Provincial Administration. Handbook to support the work of the district chief. 1st Ed. Bangkok: Territorial Defence Volunteers Printing; 2017. (in Thai)
9. Riabporn V, Suggaravetsiri P. Factors related to standard evaluate results of surveillance rapid and response team (SRRT) at district level, Nakhon-ratchasima province. *KKU Journal for Public Health Research* 2013;6(2):54-61. (in Thai)
10. Kiatchanon W. The Sheriff's development in the next decade. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology* 2021;6(2):441-54. (in Thai)
11. Department of Disease Control (TH), Bureau of Epidemiology. International health regulations and epidemiology [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 16];18:52-5. Available from: <https://www.nno.moph.go.th/epidnan/downloads/laws/IHRwithEpidemiological.ppt>. (in Thai)