

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว
ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

โดย

นางชีนพันธ์	วิริยะวิภาต
นางศศิธร	ตั้งสวัสดิ์
นางสุพัตรา	สิมมาทัน
นายบุญทนากร	พรหมภักดี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
กรมควบคุมโรค
พ.ศ. 2558

Development of Tuberculosis Prevention and Control
Surveillance System along Thai-Laos Cross Border,
Nongkhai Province : An applied MOU

Mrs. Chuenpan	Viriyavipart
Mrs. Sasithorn	Tangsawad
Mrs. Supattra	Simmatun
Mr. Boontanakorn	Promptukdee

The Office of Disease Prevention and Control 6 Khon Kaen
Department of Disease Control

2015

การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค
ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย
ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

Development of Tuberculosis Prevention and Control Surveillance System
along Thai-Laos Cross Border,
Nongkhai Province : An applied MOU

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) พัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคาย (2) พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ และ (3) ประเมินผลความสำเร็จของการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ **ประชากรที่ศึกษา** จำนวนทั้งสิ้น 19 แห่ง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย - ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย จากประเทศไทย จำนวน 14 แห่ง และ (2) กลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแขวงที่ติดชายแดน-ไทย จากสปป.ลาว ของหน่วยงานในสังกัดนครหลวงเวียงจันทน์ จำนวน 5 แห่ง **กลุ่มตัวอย่าง** ที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) รวมทั้งสิ้น 40 คน ประกอบด้วย (1) ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานจากกลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย - ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย จากประเทศไทย จำนวน 29 คน และ (2) ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานจากกลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแขวงที่ติดชายแดนไทย จากสปป.ลาว ของหน่วยงานในสังกัดนครหลวงเวียงจันทน์ จำนวน 11 คน

วิธีการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2554 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 โดย (1.1) การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ในการดำเนินงานก่อนการจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ.2555 เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือฯ (1.2) การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ.2555 **ระยะที่ 2** การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ โดย (2.1) การนำแนวทางการบันทึกความร่วมมือมาออกแบบการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ โดยองค์ประกอบใน 4 ด้าน คือ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการวางแผน ด้านผลผลิต และด้านการสะท้อนกลับข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ.2556 และ (2.2) การทดลองใช้การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่าง เดือน ตุลาคมพ.ศ.2556 – กันยายน พ.ศ. 2557 **ระยะที่ 3** การประเมินผลความสำเร็จของการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.

2557 - มีนาคม พ.ศ.2558 โดย (3.1) ประเมินผลที่ได้จากการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ จากการทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย - ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย โดยเฉพาะรายงานผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบเฝ้าระวังฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น (3.2) การประเมินคุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ใน 4 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานด้านความถูกต้อง ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ และ (3.3) การประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสนทนากลุ่ม โดยการกำหนดประเด็นการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อคิดเห็นและแนวทางการศึกษาในแต่ละระยะที่กำหนด แบบสำรวจผลการดำเนินงานจากความคิดเห็นการประเมินคุณภาพ และแบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ **การวิเคราะห์ข้อมูล** เชิงปริมาณ ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ช่วยในการคำนวณ และเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย พบว่า (1.1) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ ก่อนการจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือฯ ที่ผ่านมา ยังไม่มีการวางแผนจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคอย่างเป็นระบบมาก่อน แต่มีการจัดทำบันทึกการเจรจาระหว่างกระทรวงสาธารณสุข ที่อ้างถึงข้อตกลงความร่วมมือ เรื่องใช้หวัดนก โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำต่างๆ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2550 และมีการอ้างถึงการประชุมความร่วมมือด้านสาธารณสุขระดับท้องถิ่น ระหว่างจังหวัดหนองคายและนครหลวงเวียงจันทน์ ครั้งที่ 1 เมื่อปีพ.ศ.2551 และ ครั้งที่ 2 เมื่อปีพ.ศ.2555 เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญระหว่างชายแดนลุ่มน้ำโขง ระหว่างจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ จังหวัดเลยกับแขวงไซยะบุรี และจังหวัดบึงกาฬกับแขวงบอลิคำไซ ซึ่งในการประชุมครั้งนี้มีการผลักดัน นำไปสู่การจัดทำข้อตกลงการทำงานร่วมกัน มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ และกำหนดให้มีการติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย อย่างต่อเนื่อง สำหรับด้านการรายงานโรควัณโรคตามระบบ Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS พบว่า มีการรายงานโรควัณโรค ในรายงานโรคติดต่อตามแนวชายแดน ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามระบบ MBDS แต่ยังไม่ทันเวลา และยังไม่มีการบูรณาการร่วมกันในการจัดทำสถิติสถานการณ์โรค เพื่อประสานข้อมูลการดำเนินงานร่วมกัน ด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย (Refer out) พบว่า การลงประวัติผู้ป่วยไม่ชัดเจน เนื่องจากไม่ใช่ชื่อจริง ที่อยู่ไม่ชัดเจน ระบบการขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ค่อนข้างล่าช้า รวมถึงสถิติผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยข้อมูล ทำให้การรายงานสถานการณ์โรคและการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคยังไม่ครบถ้วน จึงเป็นที่มาของการเลือกโรควัณโรคที่ยังเป็นปัญหามานำร่องในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการรักษา ไม่มีการวางแผนร่วมกัน และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาวัณโรคค่อนข้างน้อย ขาดการทบทวนการปรับสูตรยา เพื่อการรักษาทั้งสองประเทศให้มีความใกล้เคียงหรือเหมือนกัน (1.2) การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย -ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย พบว่า มีการอ้างอิงตามกรอบนโยบายความร่วมมือที่ผ่านมา กรอบการรายงานโรค

กลไกการประสานงาน วิธีการและสถานที่ลงนามการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ซึ่งการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ดังกล่าว เป็นผลที่เกิดจากการประชุมร่วมกันทั้ง 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 8 -10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เป็นการประชุมติดตามความก้าวหน้าการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในปี พ.ศ. 2558 และติดตามความร่วมมือการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง ซึ่งพบว่าโรคติดต่อเป็นปัญหาในการรายงานตามระบบ Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS ซึ่งที่ประชุมมีความเห็นร่วมกันในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 3 - 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 มีความก้าวหน้าในการพิจารณาจัดทำร่างบันทึกความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ และครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 24 - 25 กันยายน พ.ศ. 2555 มีการลงนามบันทึกความร่วมมือการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์

2. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ พบว่า เป็นผลสืบเนื่องจากการศึกษาในระยะที่ 1 โดยมีการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา และการอภิปรายกลุ่มตามประเด็นที่กำหนดมาจัดทำร่างแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ที่ได้จากการประชุมร่วมกันทั้ง 3 ครั้ง นำไปสู่การจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือ เพื่อนำมาออกแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ และทดลองใช้ระบบดังกล่าวตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่าง เดือนมกราคม พ.ศ.2556 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2556 ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญ ตามคุณลักษณะที่ได้กำหนดไว้ จำนวน 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ดังกล่าว โดยมีครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีความครอบคลุมตามประเด็นที่กำหนด คือ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ มีการกำหนดขอบเขตด้านความร่วมมือ มีการใช้เครื่องมือ เช่น แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยเป็น 2 ภาษา วิธีการรายงานผู้ป่วยโรคที่เข้าระบบรายงาน วิธีการบันทึกการรักษา โดยใช้คู่มือการดำเนินงานโรค และคู่มือการรักษาโรคเป็นแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน สำหรับการกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บุคลากรรับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย /TB คลินิกโรงพยาบาลหนองคาย / โรงพยาบาลที่มีพื้นที่ติดชายแดนไทย-ลาว โรงพยาบาลเอกชน ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย และผู้บริหาร /TB คลินิก ของโรงพยาบาลในนครหลวงเวียงจันทน์ และการนำผลจากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการทำบันทึกความร่วมมือไปใช้ประโยชน์ โดยการติดตามผลการรักษาโรค ด้านกระบวนการ พบว่า มีกระบวนการวางแผน การดำเนินงานตามแผน และการประเมินผล การดำเนินงานตามแผนพัฒนาความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ด้านผลผลิต มีการรายงานโรคตามหลักเกณฑ์และระยะเวลาที่กำหนด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการร่วมกัน และมีการใช้แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยใน 2 ภาษา และด้านการสะท้อนกลับข้อมูล พบจุดเด่น (1) เป็นการพัฒนางานที่อ้างอิงกรอบนโยบายการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง ที่ส่งผลให้มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ที่สามารถเชื่อมโยงกรอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ชายแดนสู่การ

ปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหาโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ ด้วยความร่วมมือของเครือข่ายทั้งสองประเทศที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน (2) เป็นการแปลงระดับนโยบายสู่การปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้จริง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมกันจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือเป็นแนวทางการปฏิบัติที่อาศัยการออกแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคฯ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา ร่วมกันในการวางระบบเพื่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ด้วยความร่วมมือจากการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง และการรายงานโรคในระบบ Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS ที่ผ่านเป็นกรอบแนวทางปฏิบัติ ที่ใช้องค์ความรู้ด้านวิชาการนำสู่การปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งสองประเทศให้ได้ตามมาตรฐานเดียวกันอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และมีกลไกการทำงานของด้านควบคุมป้องกันโรคระหว่างประเทศสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน (3) ผู้ป่วยโรคจาก สปป.ลาว สามารถเข้าสู่ระบบการรายงานและส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคฯ ทั้งนี้เพราะมีการดำเนินงานตามระบบดังกล่าวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งผลต่อการควบคุมโรคตามแนวชายแดน มีประสิทธิภาพมากขึ้น (4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ ถือเป็นรูปแบบการสร้างความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จุดด้อย และสภาพปัญหาอุปสรรค (1) ด้านการประสานงานของทีมงาน มีขั้นตอนและใช้เวลาค่อนข้างมาก โดยเฉพาะกระบวนการจัดประชุมแต่ละครั้ง เนื่องจากผู้รับผิดชอบโครงการดังกล่าว ต้องใช้เวลาในออกหนังสือและการตอบรับการเข้าร่วมประชุมค่อนข้างนาน ทั้งนี้เพราะผู้เข้าร่วมประชุมจาก สปป.ลาว ต้องเป็นระดับที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายของประเทศ (2) ด้านการสนับสนุนงบประมาณพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ มีค่อนข้างน้อย เนื่องจาก สปป.ลาว ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ สภาพปัญหาในประเทศมีหลายเรื่องที่ต้องพัฒนาแก้ไข การใช้งบประมาณมีการจัดลำดับความสำคัญ และขึ้นกับนโยบายผู้บริหารประเทศ ส่งผลให้การมองสภาพปัญหาที่แตกต่างจากประเทศไทยในการสนับสนุนงบประมาณ (3) ด้านระบบการรายงานและการส่งต่อผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคฯ แต่ยังมีสภาพปัญหาการส่งต่อและมีการรายงานผู้ป่วยโรคที่ไม่สามารถติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคจาก สปป.ลาว ได้ครอบคลุมทุกราย ประกอบกับการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคจาก สปป.ลาว ค่อนข้างล่าช้าสืบเนื่องจากโรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการขึ้นทะเบียนล่าช้า เพราะต้องประสานระหว่างคลินิกโรคกับแผนกต่าง ๆ ส่งผลให้การรายงานผู้ป่วยโรคให้ สปป.ลาว ล่าช้าไปด้วยซึ่งทางคลินิกโรคได้รับทราบและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากับผู้รับผิดชอบงานโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายแล้ว รวมถึงผู้ป่วยโรคจาก สปป.ลาว มีบางส่วนที่ไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ทั้งในพื้นที่ของจังหวัดหนองคายและจังหวัดใกล้เคียง ส่งผลให้ไม่เข้าสู่ระบบของการรายงานตามระบบส่งต่อผู้ป่วยโรค ทั้งนี้เป็นเพราะผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลเอกชนมีการเปลี่ยนบุคลากรรับผิดชอบบ่อยครั้ง และโรงพยาบาลใกล้เคียงไม่ทราบขั้นตอนการดำเนินงานดังกล่าว

3. การประเมินความสำเร็จ ของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ พบว่าความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคฯ คือ (3.1) การรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคก่อนการพัฒนาระบบฯ มีการรายงานผู้ป่วยโรคเพียง จำนวน 1 ราย แต่หลังการพัฒนาระบบฯ มีการรายงานผู้ป่วยโรคเพิ่มขึ้นเป็น 28 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสมัครใจรักษาในจังหวัดหนองคาย จำนวน 9 ราย ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่

สปป.ลาว จำนวน 10 ราย และมีการติดตามผลการรักษา จำนวน 6 ราย ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาที่ สปป.ลาว มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 1 ราย และไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ จำนวน 3 ราย (3.2) ผลการประเมินคุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ พบว่า ทุกมาตรฐาน คะแนนภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ มาตรฐานด้านความเหมาะสม (คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.33$ และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. = 0.37) 2) มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ (คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.30$, และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. = 0.22) มาตรฐานด้านความถูกต้อง (คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.26$ และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. = 0.17) และมาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.21$ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.= 0.29) (3.3) ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ พบว่า ภาพรวมของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.50) รองลงมา คือ ด้านผลผลิต ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.38) และด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.25) ตามลำดับ สำหรับ ด้านการสะท้อนกลับข้อมูล มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.52) ดังนั้น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ควรมีการสร้างกรอบแนวทางการบันทึกความร่วมมือเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาอื่นๆ ในพื้นที่ เพื่อขยายผลการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคติดต่ออันตรายในพื้นที่ชายแดนไทย หรือประเทศเพื่อนบ้าน เช่น โรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่อร้ายแรง เป็นต้น ในระดับจังหวัด ควรสร้างกลไกการเชื่อมโยงการพัฒนางานชายแดน โดยเชื่อมโยงความสอดคล้องของกรอบนโยบายเกี่ยวกับงานชายแดน ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับพื้นที่ ให้สามารถขับเคลื่อนงานชายแดนอย่างเป็นระบบ ตลอดจนส่งต่อข้อมูลสารสนเทศไปยังส่วนกลางได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และควรมีการพัฒนาเครื่องมือการดำเนินงาน โดยเฉพาะระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค ระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค และระบบการรักษา ระหว่างชายแดนในแต่ละภาษาร่วมกันระหว่างเครือข่ายให้เป็นปัจจุบัน ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษา เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย- ลาว ในพื้นที่ จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณหน่วยต้นสังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น และกรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนโครงการพัฒนาความร่วมมือระหว่างไทยกับ สปป.ลาว

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย คณะเจ้าหน้าที่จากงานระบาดวิทยา กลุ่มยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โรงพยาบาลสังคม โรงพยาบาลโพนพิสัย โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลปากคาด โรงพยาบาลหนองคายวัฒนา โรงพยาบาลรวมแพทย์ และนายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายผู้ประสานงานในพื้นที่ ที่สนับสนุนการดำเนินงานในครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ตัวแทนของนครหลวงเวียงจันทน์ แขวงไซยะบุรี แขวงบอลิคำไซ จาก สปป.ลาว ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบให้เกิดความร่วมมือระหว่างชายแดน และนำไปสู่ระดับนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างดียิ่ง

ท้ายสุดขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ได้แก่ นพ.ยุทธิชัย เกษตรเจริญ และดร.นพ.ณรงค์ วงศ์บานายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค นพ.สมัย กังสรว ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี พญ.นงลักษณ์ เทศนา นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น และนางมนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ที่สนับสนุนการดำเนินงานในครั้งนี้

ชินพันธ์ วิริยะวิภาต และคณะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
3. นิยามคำศัพท์เฉพาะ	3
4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. แนวคิดการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน	6
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบันทึกความร่วมมือ (MOU : Memorandum of Understanding)	12
3. การควบคุมวัณโรค	14
4. แนวคิดเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา	22
5. แนวคิดเชิงมโนทัศน์การประเมินคุณภาพของระบบ	27
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน	32
7. กรอบแนวคิดการวิจัย	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
1. รูปแบบการศึกษา	38
2. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	38
3. วิธีการศึกษา	40
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
5. การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
1. ผลการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย	45
2. ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ	52
3. ผลการประเมินความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
1. สรุป	60
2. อภิปรายผล	65
3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ	67
บรรณานุกรม	68

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 2.1	จังหวัดชายแดนที่มีพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดคู่ขนานของประเทศเพื่อนบ้าน	10
ตารางที่ 2.2	บทบาทหน้าที่และแนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวังของหน่วยงานทุกระดับ	27
ตารางที่ 2.3	การวิเคราะห์องค์ประกอบของระบบ	28
ตารางที่ 2.4	สังเคราะห์ขั้นตอนของการพัฒนาระบบ	29
ตารางที่ 3.1	กลุ่มประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	39
ตารางที่ 4.1	ผลการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย	51
ตารางที่ 4.2	การเปรียบเทียบการรายงานผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ	55
ตารางที่ 4.3	ผลการประเมินคุณภาพ ใน 4 มาตรฐานของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ	56
ตารางที่ 4.4	ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ	58

สารบัญแผนภาพ

	หน้า	
แผนภาพที่ 2.1	ข้อเสนอการต่อสู้ไวรัสโรคให้กับองค์กรในชุมชน	16
แผนภาพที่ 2.2	แสดงจำนวนผู้ป่วยไวรัสโรคใหม่และผู้ป่วยเสมหะหวัดปี พศ..2548 -2554	16
แผนภาพที่ 2.3	แสดงผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยใหม่เสมหะหวัด พ.ศ. 2546 – 2554	17
แผนภาพที่ 2.4	แสดงการเปรียบเทียบรายงานผลการรักษาไวรัสโรคจากระบบรายงานของกรมควบคุมโรคและจากโปรแกรมรายงานของ สปสช .	17
แผนภาพที่ 2.5	แสดงสถานการณ์การควบคุมไวรัสโรคของประเทศไทย	18
แผนภาพที่ 2.6	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	37
แผนภาพที่ 4.1	แสดงแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยไวรัสโรคที่ได้จากการพัฒนา	48
แผนภาพที่ 4.2	แสดงขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไวรัสโรคที่ได้พัฒนา	49

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันกระแสโลกภิวัตน์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ภายใต้อาเซียน 3 เสาหลัก ได้แก่

เสาหลักที่ 1 ประชาคมการเมืองความมั่นคงอาเซียน

เสาหลักที่ 2 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

เสาหลักที่ 3 ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน (2555) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้เห็นสภาพปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น เห็นได้จากรายงานสรุปการบริหารจัดการ การทำงานของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยในปี พ.ศ.2551 พบว่า ประเทศไทยมีแรงงานต่างด้าว 826,399 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 1,133,861 คน ในปี พ.ศ.2555 เมื่อพิจารณาเฉพาะแรงงานต่างด้าวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแรงงานต่างด้าวที่มาทำงานในปี พ.ศ.2551 จำนวน 19,547 คน และเพิ่มเป็น 30,502 คนในปี พ.ศ.2555 จากข้อมูลดังกล่าว การเคลื่อนย้ายแรงงาน และนักท่องเที่ยวเสรี อาจส่งผลให้ปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และรุนแรงยิ่งขึ้นเมื่อก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ, 2555)

ประเทศไทยมีแนวชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ ประเทศเมียนมาร์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) กัมพูชา และมาเลเซีย ประกอบกับสถานการณ์การเคลื่อนย้ายแรงงานในพื้นที่ชายแดนระหว่างไทยกับ สปป.ลาว มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ประเทศไทยประสบปัญหาการเกิดโรคระบาดที่มากับแรงงานได้ เช่น โรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก โรคชิคุนกุนยา โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 โรคไข้หวัดใหญ่ 2011 โรคไข้กาฬหลังแอ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และวัณโรค เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้สถานบริการสาธารณสุขต้องแบกรับภาระการให้บริการด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ประกอบกับสภาพปัญหาด้านโรคติดต่อที่พบบ่อยตามแนวชายแดนไทยและลาว จังหวัดหนองคาย และจังหวัดบึงกาฬ ที่สำคัญใน 5 อันดับแรกในปี พ.ศ.2551-2554 ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก โรคไข้หวัดใหญ่ โรคเอดส์ โรควัณโรค (กลุ่มระบบทางเดินหายใจและข้อกระดูก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 2554)

สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคชาวลาว ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยวัณโรคชาวลาว เข้ามารับบริการรักษาพยาบาลในจังหวัดหนองคาย 3 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 36 ราย ในปี พ.ศ.2551 จากการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคชาวลาว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษา เนื่องจากขาดข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในนครหลวงเวียงจันทน์ได้ ส่งผลให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาดังกล่าวทำให้มีผู้ป่วยวัณโรคคั่งอยู่ในพื้นที่ชายแดนเพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อควบคุมวัณโรคของทั้ง 2 ประเทศ การควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน และการติดตามผู้ป่วยในระบบรายงาน ทำให้อัตราการค้นพบผู้ป่วยต่ำ เนื่องจากไม่มีระบบรายงานอย่างเป็นทางการ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 2553)

ในปีงบประมาณ 2550-2553 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้ประสานความร่วมมือและเสริมสร้างความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างชายแดนร่วมกับนครหลวงเวียงจันทน์ รวมทั้งได้มีโครงการความร่วมมือในการจัดตั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดน จังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ การดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว จังหวัดหนองคายที่ผ่าน

มา พบว่า การบันทึกความเข้าใจ หรือการบันทึกความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) ยังขาดความเชื่อมโยงของกรอบนโยบายสู่การปฏิบัติ ประกอบกับการดำเนินงานขาดการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดำเนินงานระหว่างประเทศ หรือตามแนวชายแดน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งในระดับภูมิภาค ระดับประเทศ หรือระดับเมืองต่อเมืองภายใต้กรอบนโยบายของประเทศ ด้วยความร่วมมือดังกล่าวจะช่วยผลักดันให้สามารถดำเนินงานได้ในระดับเมือง โดยเฉพาะการกำหนดยุทธศาสตร์ ด้านระบบสุขภาพระหว่างประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน และพัฒนายุทธศาสตร์ร่วมกัน (อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ, 2553)

วัณโรค นับเป็นปัญหาสาธารณสุขตามแนวชายแดนที่สำคัญ ระหว่างจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ โดยในปี พ.ศ. 2554 จังหวัดหนองคายได้รับรายงานผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท จำนวน 374 ราย มีอัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท เท่ากับ 73.42/100,000 ประชากร ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ มีจำนวน 220 ราย คิดเป็นอัตราการค้นพบผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ (เสมหะบวก) เท่ากับ 43.19/100,000 ประชากร ผลการทดสอบความไวต่อยา เพื่อการเฝ้าระวังการดื้อยาวัณโรคหลายขนาน (MDR-TB) ของโรงพยาบาลหนองคาย ปี พ.ศ. 2545- 2550 พบอัตราอุบัติการณ์การดื้อยาวัณโรคหลายขนาน คิดเป็นร้อยละ 3.57 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในปี พ.ศ.2551 นครหลวงเวียงจันทน์ มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรง (XDR-TB) จำนวน 1 ราย และในปี พ.ศ.2553 พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) จำนวน 4 ราย เสียชีวิต จำนวน 2 ราย อีกจำนวน 1 ราย อยู่ในระหว่างการรักษา แต่อีก 1 ราย ไม่ยินยอมรักษา (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 2553)

จากการศึกษาการพัฒนาระบบ (วีระพล บดีรัฐ, 2543) พบว่า องค์ประกอบของระบบส่วนใหญ่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และการสะท้อนกลับข้อมูล ทั้งนี้ความสำเร็จของการพัฒนาระบบต้องให้ความสำคัญกับความพึงพอใจของผู้นำระบบไปใช้ และคำนึงถึงคุณภาพของระบบให้ได้ตามมาตรฐานทั้งด้านความถูกต้อง ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และการนำไปใช้ประโยชน์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น รับผิดชอบพื้นที่ชายแดนติดต่อกับประเทศ สปป.ลาว เริ่มจากตอนเหนือของพื้นที่ คือ จังหวัดเลยติดต่อกับแขวงไซยะบุรี จังหวัดบึงกาฬติดต่อกับแขวงบอลิคำไซ และจังหวัดหนองคายติดต่อกับนครหลวงเวียงจันทน์ ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงสภาพปัญหาและเห็นความสำคัญ จึงได้ดำเนินการศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ และคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาระบบดังกล่าวที่สามารถแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบต่อเนื่อง และเกิดความร่วมมือของทั้งสองประเทศ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถขยายผลการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออื่นๆ ตามแนวชายแดนของจุดอื่น ๆ ได้ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1.2.1 พัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

1.2.2 พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

1.2.3 ประเมินผลความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

1.3 นิยามศัพท์เฉพาะ

การบันทึกความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) หมายถึง การลงนามความเห็นชอบร่วมกันในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว จังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ เมื่อวันที่ 24-25 กันยายน พ.ศ. 2555 ณ โรงแรมลองบีช การ์ดেন্ট โฮเทล แอนสปา พัทยา จังหวัดชลบุรี โดยมีการลงนามจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ที่มีบทอ้างอิงกรอบนโยบายความร่วมมือระดับประเทศ กรอบการรายงานโรค และกลไกการประสานงานความร่วมมือ โดยการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย หมายถึง การดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในจังหวัดหนองคาย ที่มีองค์ประกอบการดำเนินงานเชื่อมโยงและส่งผลต่อกันและกัน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1) ด้านปัจจัยนำเข้า หมายถึง สิ่งนำเข้าที่มีผลต่อการดำเนินงานการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ที่ครอบคลุมใน 6 ประเด็น คือ

1.1) ด้านวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ และพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

1.2) ด้านการกำหนดขอบเขต ประกอบด้วย ด้านความร่วมมือในการป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ด้านการรักษา และด้านการส่งผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ

1.3) การกำหนดเครื่องมือ และวิธีการป้องกันควบคุมวัณโรคชายแดน ประกอบด้วย การบันทึกความร่วมมือในการจัดทำแบบส่งต่อผู้ป่วย การบันทึกการรักษา และคู่มือการรักษาวัณโรค

1.4) การกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาความร่วมมือระหว่าง สปป.ลาว-ไทย และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ได้แก่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษา

1.5) การกำหนดระยะเวลาของการทำงาน ประกอบด้วย การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 และการทดลองนำแนวทางการบันทึกความร่วมมือ มาพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556

1.6) การนำผลจากการป้องกันควบคุมวัณโรคชายแดนไปใช้ จากการติดตามผลการรักษาวัณโรค

2) กระบวนการ หมายถึง การนำแนวทางการบันทึกความร่วมมือ มาเป็นกรอบออกแบบการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

2.1) กระบวนการวางแผน หมายถึง กิจกรรมดำเนินการวางแผนการนำแนวทางการบันทึกความร่วมมือ มาเป็นกรอบออกแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ที่เริ่มตั้งแต่กิจกรรม ดังนี้

2.1.1) การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

2.1.2) การกำหนดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานตามสภาพปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ในข้อ 2.1.1

2.1.3) การกำหนดกิจกรรมในกระบวนการการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

2.1.4) การกำหนดกิจกรรมในกระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

2.2) การดำเนินงานตามแผน หมายถึง การดำเนินงานตามกิจกรรมแผนการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย และการดำเนินงานตามกิจกรรมแผนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ที่ได้นำไปทดลองใช้

2.3) การดำเนินการประเมินผล หมายถึง กระบวนการตรวจสอบ การเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

3) ด้านผลผลิต หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ได้แก่ ผลที่ได้จากการบันทึกความร่วมมือ และผลที่ได้จากการทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ได้แก่ แบบฟอร์มต่างๆที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น จำนวนการรายงานผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบที่พัฒนาขึ้น

4) ด้านการสะท้อนกลับข้อมูล หมายถึง การสะท้อนกลับข้อมูลสภาพปัญหาจากการติดตามผู้ป่วย ตลอดจนสภาพปัญหาอุปสรรค จุดเด่น จุดด้อยของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

คุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ หมายถึง คุณภาพของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ตามแนวคิดของ Stufflebeam (1981) ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน คือ

1) มาตรฐานความถูกต้อง เป็นการพิจารณาว่า การประเมินนั้นได้สารสนเทศที่ถูกต้องครอบคลุมครบถ้วน

2) มาตรฐานความเป็นไปได้ เป็นการพิจารณาว่า การประเมินนั้นสามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินการปฏิบัติงานได้จริง

3) มาตรฐานด้านความเหมาะสม เป็นการพิจารณาว่า การประเมินนั้น มีความเหมาะสมทั้งทางด้านกฎหมายและศีลธรรม

4) มาตรฐานด้านการนำไปใช้ประโยชน์ เป็นการพิจารณาว่า การประเมินนั้นสนองตอบความต้องการในการนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ได้จริง

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ หมายถึง ความสำเร็จของผลที่เกิดขึ้นจากการ

พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ รวมถึงผลที่ได้จากการประเมินคุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ใน 4 มาตรฐาน (มาตรฐานด้านความถูกต้อง ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านการนำไปใช้ประโยชน์) และผลที่ได้จากการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ประโยชน์ในเชิงนโยบาย

1) สามารถใช้เป็นเครื่องมือในเชิงบริหาร ที่สามารถเชื่อมโยงนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับภูมิภาค ระดับประเทศ ระดับกระทรวง และระดับพื้นที่ ที่เกิดจากความร่วมมือในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

2) ได้รูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ภายใต้กรอบแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้านในจุดอื่นๆ ตามสภาพปัญหาและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ต่อไปได้

1.4.2 ประโยชน์ในเชิงวิชาการ

สามารถขยายแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงนโยบายภายใต้กรอบแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ให้เกิดแนวทางการดำเนินงานการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนที่เร่งด่วนและเป็นปัญหาร่วมกันได้

1.4.3 ประโยชน์ในเชิงปฏิบัติ

1) สามารถประยุกต์ใช้แนวทางการบันทึกความร่วมมือ ไปพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในจังหวัดหนองคาย เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ต่อไป

2) สามารถบูรณาการการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ตามแนวชายแดนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เนื่องจากกรอบแนวทางการบันทึกความร่วมมือ เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บริหารแต่ละหน่วยงานที่มีเป้าหมายการดำเนินงานที่สอดคล้องกันหรือใกล้เคียงกัน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่ จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ คณะผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบันทึกความร่วมมือ
3. การควบคุมวัณโรค
4. แนวคิดเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
5. แนวคิดเชิงมนทัศน์การประเมินคุณภาพของระบบ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน

สุขภาพของประชากรชายแดนส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ หากประชากรบริเวณชายแดนมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ขาดรายได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รักษาไม่หายขาดจะเป็นภาระต่อสังคม ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศ ดังนั้นการป้องกันความสูญเสียดังกล่าวย่อมเป็นการดีกว่าเมื่อเกิดการสูญเสียแล้วจึงหาวิธีการเยียวยา

จากกระแสโลกาภิวัตน์และการพัฒนาประเทศ ทำให้การติดต่อสื่อสารมีความสะดวก รวดเร็ว มีการเปิดเศรษฐกิจเส้นทางการคมนาคมระหว่างประเทศ การเข้า-ออกระหว่างประเทศ โดยได้รับการยกเว้นบัตรผ่านแดน อาจก่อให้เกิดโรคไร้พรมแดนเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเอดส์ โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ดังนั้นถ้าไม่มีการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ปัญหาดังกล่าว อาจทำให้การแพร่ระบาดของโรครุนแรงและเพิ่มจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้ปัญหาสาธารณสุขชายแดนยังมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้าน มีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ เนื่องจากบริเวณชายแดนมีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ความเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี ปัญหาสาธารณสุขชายแดนบางปัญหาเป็นผลพวงมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี อาชญากรรม และการพัฒนาในด้านต่างๆ

การดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงาน เพื่อตอบสนองนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข จึงยังไม่สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง ขณะเดียวกันยังไม่มียุทธศาสตร์ระดับชาติในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน ตลอดจนขาดการสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ดังนั้นการดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพังย่อมไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรบริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยสนับสนุนการรองรับนโยบายตามแผนงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีแผนการดำเนินงานภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559) ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดน และเพื่อให้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขบรรลุวิสัยทัศน์ เป็นไปในทิศทางที่กำหนด จึงได้กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2555 ให้จังหวัดชายแดนที่มีช่องทางเข้าออกประเทศ และมีพื้นที่กลุ่ม

แรงงานข้ามชาติ ได้มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพให้ได้มาตรฐานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ

ต่อมากระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2550 – 2555) โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนในพื้นที่ชายแดนมีระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ประชากรเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง มีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ รวมถึงการประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ยังคงมีอยู่ โดยคำนึงถึงสภาพการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555 - 2559) ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559)

แผนแม่บทฉบับที่ 2 เป็นการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายภายในขอบเขตชายแดนประเทศไทย โดยการประสานความร่วมมือของหน่วยงานภายในและระหว่างประเทศ มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ประชากรในพื้นที่ชายแดนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการส่งเสริมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีในทุกภาคส่วน ประเด็นยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน มีทั้งหมด 4 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 3 ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

กรมควบคุมโรค ได้กำหนดยุทธศาสตร์ใน 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาและร่วมมือกับเครือข่ายภาคีภายในและนานาชาติ รวมทั้งสนับสนุนพื้นที่ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน และยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาเป็นศูนย์กลางนโยบาย มาตรการ นวัตกรรม ข้อมูลอ้างอิง และมาตรฐานวิชาการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของชาติ ที่ได้มาตรฐานสากลและเป็นที่ยอมรับ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสื่อสารสาธารณะและประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง และได้ผล เพื่อป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเตรียมความพร้อมและดำเนินการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติอย่างรวดเร็ว ตามความต้องการของพื้นที่และได้มาตรฐานสากล ยุทธศาสตร์ที่ 5 การติดตามและประเมินผลภาพรวมของการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ตามมาตรฐานสากล และยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารจัดการองค์กรและบุคลากร ให้มีขีดสมรรถนะสูงได้มาตรฐานสากล (สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2554 – 2558 เพื่อให้การดำเนินงานของกรมควบคุมโรคบรรลุวิสัยทัศน์และเป็นไปในทิศทางที่กำหนด โดยมีกลยุทธ์ในการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2557 เพื่อให้จังหวัดชายแดนช่องทางเข้าออกประเทศ และพื้นที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพให้ได้มาตรฐานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ที่ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติไว้ดังนี้

แนวทางการดำเนินงานช่องทางเข้าออกประเทศ (สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ภายใต้กลยุทธ์กำหนดให้จังหวัดชายแดนช่องทางเข้าออกประเทศ และพื้นที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ ให้ได้มาตรฐานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ประจำปีงบประมาณ 2557 ภายใต้มาตรการที่รับผิดชอบของสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ดังนี้

1) การพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กลไก และการสนับสนุนการดำเนินงานพื้นที่ชายแดนฯ ให้มีประสิทธิภาพ

กลวิธีดำเนินงาน

- การทบทวนนโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ แผนงาน โครงการ ผลการดำเนินงาน บทเรียน ภายใต้การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพื้นที่ชายแดนที่ผ่านมา

- การวิเคราะห์ประเด็นปัญหา หาจุดอ่อน จุดแข็ง และช่องว่าง (Gap Analysis) ของนโยบาย ยุทธศาสตร์ กลไก และการสนับสนุนการดำเนินงานพื้นที่ชายแดน

- การจัดทำรายละเอียดนโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ แผนงาน โครงการ เสนอกรมควบคุมโรค เพื่อใช้เป็นแผนในการจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน

- การพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพื้นที่ชายแดนให้สอดคล้องกับ นโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ กรมควบคุมโรค

2) การพัฒนาฐานข้อมูลความร่วมมือระหว่างประเทศ

กลวิธีดำเนินงาน

- การทบทวน รวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับแผนงาน โครงการ บทเรียนภายใต้การดำเนินงานตาม แผนงานความร่วมมือระหว่างประเทศ

- การวิเคราะห์ จัดทำฐานข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินงานความร่วมมือระหว่างประเทศ

- การเผยแพร่และแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ในฐานข้อมูล

3) การพัฒนาขีดสมรรถนะของบุคลากรกรมควบคุมโรค ด้านการดำเนินงานความร่วมมือระหว่างประเทศ

กลวิธีดำเนินงาน

- การฝึกอบรมทักษะการใช้ภาษาต่างประเทศ

- การพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานระหว่างประเทศ เช่น การเข้าร่วมประชุมและการนำเสนอ ข้อมูลด้านวิชาการในการประชุมระหว่างประเทศ และการเจรจาต่อรอง

- การพัฒนาบุคลากรด้านการเฝ้าระวังสอบสวนโรค เช่น Joint SRRT

- การพัฒนาทักษะการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะเพิ่มเติมเฉพาะด้าน ได้แก่ ศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม ศักยภาพการทำงานเชิงรุกในชุมชน ศักยภาพการใช้ การจัดการระบบข้อมูล และเทคโนโลยีสารสนเทศ

4) การพัฒนาภูมิภาคความร่วมมือในเวทีอาเซียน เช่น AEGCD/ ASEAN+3 FETN, AWGPPR, ATFOA, AFPTC และ ATFNCD

กลวิธีดำเนินงาน

- การกำหนดบทบาทการเป็นผู้ประสานงานหลักในคณะทำงานต่างๆ

- การรวบรวมข้อมูล เพื่อรายงานความก้าวหน้าของคณะทำงานต่างๆ

- การเข้าร่วมประชุม เสนอแนะนโยบาย และกลไกความร่วมมือในเวทีอาเซียน

- การกำหนดบทบาทนอกเหนือจากกรอบของ SOMHD ด้านความร่วมมือในประเด็นอื่นๆ

5) การติดตาม และประเมินผลการดำเนินแผนงานฯ

ด้านกลวิธีดำเนินงานของสำนักงานควบคุมป้องกันโรค (กลุ่มพัฒนาเครือข่าย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น , 2553)

1) สนับสนุนการบริหารแผนงานการรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ส่งเสริมสนับสนุนการจัดการ และบริหารจัดการเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดย

- การวางแผนควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินแผนงานภายใต้แผนงานจังหวัดชายแดน ช่องทางเข้าออกประเทศ และพื้นที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคติดต่ออุบัติใหม่และภัยสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ประจำปีงบประมาณ 2557 ภายใต้มาตรการที่รับผิดชอบ ของสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ

- การกำหนดแผนผังติดตาม ควบคุม กำกับผลการดำเนินงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบและประเมินผลตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- การสรุปรายงานความก้าวหน้าผลการติดตามการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในพื้นที่ชายแดน และพื้นที่ที่มีกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เป็นระยะๆ

- การร่วมเป็นผู้ถูกประเมินและดำเนินการประเมินผลระดับจังหวัดตามตัวชี้วัดที่กำหนด ตามแบบฟอร์มประเมินมาตรฐานที่แสดงไว้ในภาคผนวก

2) การพัฒนาเครือข่ายและระบบการเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ชายแดน ระหว่างประเทศ และพื้นที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

คำนิยาม : เครือข่ายความร่วมมือการเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ชายแดน/ระหว่างประเทศ และพื้นที่ที่มีกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ประกอบด้วยหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง ภาครัฐราชการ (ภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข) เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคเอกชน หรือ องค์กรเอกชน (NGOs) ท้องถิ่น เช่น ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน อย่างน้อยควรมีตัวแทนของ อสม. หรือผู้นำชุมชน หรือองค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน และ/หรือ จังหวัดคู่ขนานของประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ผู้ประสานงาน เป็นต้น

3) การพัฒนาเครือข่ายและระบบการเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศ และพื้นที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

- การจัดตั้งเครือข่ายที่ดำเนินการในการป้องกันควบคุมโรคพื้นที่ชายแดนที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

- การบริหารจัดการเครือข่าย มีกลไกการบริหารจัดการเครือข่ายที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบให้ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคพื้นที่ชายแดน อย่างเป็นสายลักษณะอักษร หรือมีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนระบุตัวบุคคลได้

- การระดมทรัพยากรหรือสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ มีแผนงาน งบประมาณที่ดำเนินงานกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคชายแดน เช่น การตรวจวินิจฉัย/การดูแลผู้ป่วย และการส่งต่อ การเฝ้าระวังควบคุมโรค และได้ตอบภาวะฉุกเฉิน การสอบสวนโรคเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน การติดตามประเมินผลกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคชายแดนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคชายแดน

- การพัฒนาและสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคพื้นที่ชายแดนให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน

- การสนับสนุนทางด้านวิชาการ และพัฒนาบุคลากรให้สามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพื้นที่ชายแดน เช่น มีการอบรม และ/หรือจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคชายแดน เผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่ง

- การประชุมของสมาชิกเครือข่าย เพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และปรึกษาหารือ เพื่อแนะนำแนวทางแก้ไขปัญหา ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสม่ำเสมอ

4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมการระบาดของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ชายแดน

จังหวัดชายแดน หมายถึง จังหวัดที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน 31 จังหวัด แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ จังหวัดชายแดนที่มีพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดคู่ขนานของประเทศเพื่อนบ้าน 17 จังหวัด และจังหวัดชายแดนที่มีพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดของประเทศเพื่อนบ้าน (นอกเหนือจากจังหวัดชายแดนที่มีพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดคู่ขนานของประเทศเพื่อนบ้าน) จำนวน 14 จังหวัด ได้แก่จังหวัด 1) แม่ฮ่องสอน 2) ประจวบคีรีขันธ์ 3) กาญจนบุรี 4) ราชบุรี 5) ชุมพร 6) เพชรบุรี 7) พะเยา 8) เชียงใหม่ 9) อุตรดิตถ์ 10) เลย 11) ศรีสะเกษ 12) สุรินทร์ 13) บุรีรัมย์ และ 14) อำนาจเจริญ

การพัฒนา ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน หมายถึง การพัฒนาเครือข่าย และกลไกบริหารจัดการที่จำเป็นในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดำเนินงานของจังหวัดชายแดน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

- 1) การถ่ายทอดนโยบาย และแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดน ระหว่างประเทศ
- 2) การพัฒนาศักยภาพด้านระบาดวิทยาให้กับบุคลากรหรือทีม SRRT ภายในจังหวัดหรือระหว่างประเทศ
- 3) การสนับสนุนคู่มือแนวทางในการดำเนินงาน วัสดุ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน
- 4) การพัฒนาการทำงานระหว่างประเทศ และพัฒนาทางด้านภาษาของประเทศเพื่อนบ้าน

สำหรับจังหวัดชายแดนที่มีพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดคู่ขนานของประเทศเพื่อนบ้าน (กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และ มาเลเซีย) ทั้งหมด 17 จังหวัด ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงจังหวัดชายแดนที่มีพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดคู่ขนานของประเทศเพื่อนบ้าน

อาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน	จังหวัดเป้าหมาย
1. พื้นที่ชายแดนไทย-ลาว (7 คู่)	จังหวัดเชียงราย (1) กับ แขวงบ่อแก้ว จังหวัดน่าน (2) กับ แขวงไชยบุรี จังหวัดนครพนม (3) กับ แขวงคำม่วน จังหวัดมุกดาหาร (4) กับ แขวงสะหวันนะเขต จังหวัดหนองคาย (5) กับ นครหลวงเวียงจันทน์ จังหวัดบึงกาฬ (6) กับ แขวงบอลิคำไซ จังหวัดอุบลราชธานี (7) กับ แขวงจำปาศักดิ์
2. พื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์ (3 คู่)	จังหวัดเชียงราย (8) กับ ท่าซี้เหล็ก จังหวัดตาก (9) กับ เมียวดี จังหวัดระนอง (10) กับ เกาะสอง
3. พื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา (3 คู่)	จังหวัดสระแก้ว (11) กับ บันเตียมินเจย จังหวัดตราด (12) กับ เกาะกง จังหวัดจันทบุรี (13) กับ พระตะบอง และเมืองไพลิน
4. พื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซีย (4 คู่)	จังหวัดสงขลา (14) กับ รัฐเคดาห์ จังหวัดสตูล (15) กับ รัฐเปอร์ลิส จังหวัดนราธิวาส (16) กับ รัฐกลันตัน จังหวัดยะลา (17) กับ รัฐเปรัก

ภายใต้ 17 จังหวัดดังกล่าว ควรมีแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค สำหรับพื้นที่ชายแดน และดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างเข้มข้น ได้แก่

- 1) จังหวัดชายแดนควรมีแผนงานงบประมาณควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน
- 2) การพัฒนาเครือข่าย และกลไกบริหารจัดการที่จำเป็นในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดำเนินงานของจังหวัดชายแดน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้
 - 2.1) การถ่ายทอดนโยบาย และแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศ
 - 2.2) การพัฒนาศักยภาพด้านระบาดวิทยาให้กับบุคลากรหรือทีม SRRT ภายในจังหวัดหรือระหว่างประเทศ
 - 2.3) การสนับสนุนคู่มือแนวทางในการดำเนินงาน วัสดุ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน
 - 2.4) การพัฒนาการทำงานระหว่างประเทศ และพัฒนาทางด้านภาษาของประเทศเพื่อนบ้าน

3) แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคสำหรับพื้นที่ชายแดนกับจังหวัดคู่ขนาน เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานต่างๆ ตามรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

- 3.1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับจังหวัดคู่ขนานของประเทศเพื่อนบ้านอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาการเฝ้าระวังโรค ป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากโรคและภัยสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
- 3.2) การจัดประชุมเครือข่ายความร่วมมือกับจังหวัดคู่ขนานของประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวปฏิบัติที่ดี เป็นต้น
- 3.3) การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน การฝึกซ้อมแผน เพื่อพัฒนาศักยภาพและการเตรียมความพร้อมของบุคลากรร่วมกัน เช่น การฝึกอบรมทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) การเฝ้าระวังโรคทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
- 3.4) การมีระบบการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพร่วมกับจังหวัดคู่ขนานของประเทศเพื่อนบ้าน เช่น การสอบสวนโรคและควบคุมการระบาดของโรค การส่งต่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อเรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย เป็นต้น
- 3.5) การพัฒนาระบบเตรียมพร้อมซ้อมแผน และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ชายแดน ฯ

กลวิธีดำเนินงาน

- การจัดตั้งคณะทำงานหรือทีมงาน เพื่อรับผิดชอบและเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านเฝ้าระวังและสอบสวนโรค การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนวัสดุและเวชภัณฑ์ ด้านบริหารจัดการทั่วไป เพื่อเตรียมความพร้อมสนับสนุนพัสดุ และงบประมาณ เพื่อการปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านปฏิบัติการ การสำรวจสถานการณ์ปฏิบัติการเฝ้าระวัง สอบสวนโรคในพื้นที่ด้านปฏิบัติการป้องกัน และการควบคุมพาหะนำโรค เป็นต้น

- การซักซ้อมแผน และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ชายแดนอย่างสม่ำเสมอ

3.6) การจัดเตรียมคลังเวชภัณฑ์ วัสดุ และอุปกรณ์สำหรับภาวะโรคระบาดฉุกเฉิน

กลวิธีดำเนินงาน

- การจัดทำแผนงานกิจกรรม และจัดหางบประมาณรองรับสำหรับภาวะโรคระบาดฉุกเฉิน

3.7) การพัฒนาระบบบริการตรวจรักษาโรค ได้แก่

3.7.1 การพัฒนาระบบทางห้องปฏิบัติการ

3.7.2 การสนับสนุนวัสดุทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ และ Logistic

3.7.3 การพัฒนาเทคโนโลยีการตรวจรักษาโรค และระบบส่งต่อ

3.7.4 การควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล

กลวิธีดำเนินงาน

- การประสานความร่วมมือในเชิงนโยบายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การประสานการระดมทรัพยากร หรือสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ มีแผนงาน งบประมาณที่ดำเนินงานกิจกรรมป้องกัน ควบคุมโรคชายแดน เช่น สนับสนุนวัสดุทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ การเตรียมความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ
- การประสานกลไกการสนับสนุนทางด้านวิชาการ และเทคโนโลยีในการตรวจรักษา การส่งต่อผู้ป่วย และการควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบันทึกความร่วมมือ (MOU : Memorandum of Understanding)

การบันทึกความเข้าใจ หรือการบันทึกความร่วมมือ เป็นหนังสือซึ่งฝ่ายหนึ่งแสดงความสมัครใจ จะปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใด และตามเงื่อนไขที่ปรากฏในหนังสือนั้นกับอีกฝ่ายหนึ่ง โดยที่หนังสือนี้ไม่ถือว่าเป็นสัญญาผูกมัด แต่แสดงความต้องการอันแน่วแน่ของผู้ลงนามว่าจะปฏิบัติดังที่ระบุไว้ เช่น สถาบันแห่งหนึ่งในประเทศไทยทำบันทึกความเข้าใจกับสถาบันต่างประเทศ เพื่อความร่วมมือในทางการทูต การบันทึกความเข้าใจ หรือ “MOU” เป็นส่วนหนึ่งของ “สนธิสัญญา” (Treaty) การบันทึกความเข้าใจ เป็นช่องทางหนึ่งในการประสานความร่วมมือกับต่างประเทศ ส่งเสริมความร่วมมือ และขยายความสัมพันธ์อันดีกับต่างประเทศ เป็นเครื่องยืนยันพันธกรณีที่มีอยู่กันกับต่างประเทศตามข้อความที่ระบุไว้ในบันทึกความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติแต่เดิมมาจะเป็นการทาบทามผ่านช่องทางการทูตโดยติดต่อผ่านสถานทูต หรือสถานกงสุลของไทยในต่างประเทศ หรือสถานทูต หรือสถานกงสุลต่างประเทศที่ตั้งอยู่ในประเทศไทย โดยกระทรวงการต่างประเทศเป็นสื่อกลาง อีกแนวทางหนึ่ง คือ การทาบทามผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกันโดยตรง โดยอาจใช้ช่องทางการทูตเป็นมาตรการเสริม หรือใช้โอกาสที่มีการเยือนของคณะผู้แทนในระดับสูง เพื่อทาบทามในหลักการ ในลักษณะนำร่องว่าจะร่วมมือกันในด้านใด แล้วมอบหมายให้หน่วยงานปฏิบัติเจรจาทำความตกลงกันต่อไป (สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การทำความตกลงในระดับหน่วยงาน (ไม่ใช่ระดับรัฐบาล)

สำหรับการทำความตกลงในระดับรัฐกับรัฐ หรือรัฐบาลกับรัฐบาล ในบางกรณีอาจทำในลักษณะที่เป็นกรอบความตกลง (Framework agreement) โดยมีการกำหนดให้หน่วยงานผู้ปฏิบัติทำข้อตกลงย่อยเพื่อกำหนดรายละเอียดในลำดับต่อไป จึงทำให้เกิดทางปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความตกลงในระดับหน่วยงาน อาทิ กระทรวง ทบวง กรม ในบางกรณีมีการทำความตกลงในระดับหน่วยงาน โดยไม่มีการทำกรอบความตกลงไว้ก่อนหน้า ทั้งนี้เนื่องจากเป็นความร่วมมือในระดับหน่วยงานเอง เป็นเรื่องการปฏิบัติการ และเป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานนั้น โดยเฉพาะไม่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ การทำความตกลงเกี่ยวกับความร่วมมือในรูปแบบต่างๆ เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนการเยือนของบุคลากร เป็นต้น

ข้อพิจารณา

โดยที่มีหลักกฎหมายว่า กระทรวง ทบวง กรม ถือเป็นองค์กรของรัฐ ดังนั้น การทำความตกลงในลักษณะนี้ อาจถือเป็นความตกลงระหว่างประเทศได้เหมือนกัน จึงต้องนำเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ด้วยเหตุนี้ในการพิจารณาจึงต้องหันกลับมาพิจารณาหลักเกณฑ์เดียวกันกับการทำความตกลงระหว่างประเทศ ประเด็นที่จะชี้ว่าอะไรเป็นความตกลงระหว่างประเทศ คือ เนื้อหาสาระของความตกลง

กล่าวคือ หากมีหัวข้อ บทที่แสดงถึงการใช้อำนาจของรัฐและอยู่ภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศ ต้องยึดหลักปฏิบัติในฐานะเป็นความตกลงระหว่างประเทศ แต่หากไม่เข้าเกณฑ์ไม่น่าจะถือเป็นความตกลงระหว่างประเทศ หน่วยงานนั้นสามารถทำความตกลงนั้นได้ เช่น ความตกลงระหว่างสถาบันการศึกษา เป็นต้น

บทบันทึกความร่วมมือของระดับสูงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขไทยกับกระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ฉบับที่ 1 ลงนาม เมื่อวันที่ 9 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 พอสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1) ความร่วมมือทางวิชาการด้านสาธารณสุขอันยาวนาน ทำให้เกิดความสำเร็จใน 5 โครงการ คือ การก่อสร้างโรงพยาบาลเมืองโพนโฮง การจัดหาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคระหว่างแขวงไชยบุรีกับจังหวัดน่าน และ การควบคุมยาที่ไม่ได้มาตรฐานและยาปลอม

2) ทั้งสองฝ่ายตกลงที่จะมีความร่วมมือด้านสาธารณสุข ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การควบคุมการนำเข้าและส่งออกยาที่ไม่ได้มาตรฐาน ยาปลอม เครื่องมือแพทย์ และการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร การป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด การพัฒนามนุษย์ด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขการสาธารณสุขมูลฐาน และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อการเฝ้าระวังโรค

3) ทั้งสองฝ่ายตกลงที่จะจัดประชุม Lao-Thai Health Collaboration Meeting ซึ่งเป็นระดับรัฐมนตรีเป็นประจำทุกปี โดยหมุนเวียนเป็นเจ้าภาพ เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานภายใต้แผนปฏิบัติการร่วม

ฉบับที่ 2 ลงนาม เมื่อวันที่ 24 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1) การบันทึกความเข้าใจฉบับที่ 2 เป็นการพัฒนาความร่วมมือระดับพื้นที่ระหว่างจังหวัดชายแดน มีเนื้อหาคล้ายกับฉบับที่ 1 แต่มีการเพิ่มเติมความร่วมมือด้านสาธารณสุข คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เพื่อการเฝ้าระวังโรค และปัญหาเกี่ยวกับอาหารเสริม การใช้ยาแผนโบราณ เครื่องสำอาง และเครื่องมือแพทย์

2) การประชุมระดับเจ้าหน้าที่อาวุโส ระหว่างสองประเทศควรจัดทุกปี เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ

3) ความร่วมมือด้านสาธารณสุขอื่นๆ ที่สำคัญสามารถสรุปได้ ดังนี้

3.1) จากการประชุมสัมมนาทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรองรับปัญหาจากสะพานมิตรภาพ ไทย - ลาว และการประชุมเพื่อการพัฒนาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ณ จังหวัดหนองคาย เมื่อปี พ.ศ. 2540 ที่ประชุมได้กำหนดให้มีความร่วมมือด้านข้อมูลข่าวสาร และการส่งต่อผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่จังหวัดหนองคาย

3.2) ในปีพ.ศ. 2542 มีการลงนามบันทึกความร่วมมือระหว่างจังหวัดน่าน และแขวงไชยบุรี เพื่อป้องกันปัญหาโรคติดต่อระหว่างชายแดนไทย - ลาว โดย นายแพทย์อุเทน จารณศรี ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ลงนามฝ่ายไทย และเห็นชอบให้มีการประชุมประสานสัมพันธ์สาธารณสุขไทย - ลาว ระดับท้องถิ่นปีละ 1 ครั้ง โดยผลัดเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพ

3.3) เมื่อวันที่ 10 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 เอกอัครราชทูตไทย ณ นครหลวงเวียงจันทน์ได้เข้าเยี่ยมคารวะ ศ.ดร.นพ.เอก สหสว่างวงวิจิตร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สปป.ลาว ในโอกาสรับตำแหน่งใหม่ และได้มีการหารือความร่วมมือด้านสาธารณสุข ในเรื่อง (1) การจัดโครงการ เพื่อให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนลาว เพื่อร่วมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสเฉลิม

พระชนมพรรษา 84 พรรษาในปีพ.ศ. 2554 (2) นโยบาย medical hub ของไทย และ (3) สปป.ลาวแจ้งความประสงค์จะให้ทั้งสองฝ่ายขยายความร่วมมือ เพื่อจัดการกับโรคติดต่อตามแนวชายแดนต่างๆ

3.4) บทบันทึกการเจรจาระหว่างกระทรวงสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไทย และรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุข สปป.ลาว เมื่อวันที่ 10 เดือนเมษายน พ.ศ. 2550 ณ กระทรวงสาธารณสุข แห่งราชอาณาจักรไทย

3.5) ข้อตกลงความร่วมมือในเรื่องไข้หวัดนก โรคอุบัติเหตุใหม่และโรคอุบัติซ้ำต่าง ๆ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สปป.ลาว เมื่อวันที่ 10 เดือน เมษายน พ.ศ.2550 ณ กระทรวงสาธารณสุข แห่งราชอาณาจักรไทย

2.3 การควบคุมวัณโรค (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

2.3.1 ระบาดวิทยาวัณโรค และการตอบสนองเชิงนโยบาย

ในปี พ.ศ. 2555 มีประชากร 8.6 ล้านคนจากทั่วโลกป่วยด้วยวัณโรค และอีก 1.3 ล้านคน ต้องสังเวทชีวิตด้วยวัณโรค (รวมที่ตายจาก TB-HIV อีกมากกว่า 320,000 คน) และกว่าร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ประมาณโดยครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ (Highly infectious) เป็นสาเหตุการตายใน 3 อันดับแรกของผู้หญิงในวัย 14-55 ปี โดยในปีพ.ศ. 2555 ประเมินว่าเด็กป่วยด้วยวัณโรคมีจำนวน 530,000 คน และทำให้เด็กที่ไม่มีโรคเอดส์ร่วมกับวัณโรคเสียชีวิตจำนวน 74,000 คนไปด้วย

TB/HIV เป็นสาเหตุหลักในการคร่าชีวิตคน โดยอยู่ในอันดับ 1 ใน 5 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และการควบคุมวัณโรคในผู้ป่วยที่มีโรคเอดส์ร่วมด้วยมีเพียงร้อยละ 46 เท่านั้นที่เข้าถึงยาต้านไวรัส (WHO, 2012) ซึ่ง The WHO's Stop TB Strategy ได้เน้นหนักในการศึกษา พัฒนาวิธีการ และมาตรฐานในการป้องกัน ควบคุม รักษา และกำกับดูแลระบบ รวมทั้งสนับสนุนอำนาจความเสถียรแก่ประเทศสมาชิก และคู่มือในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง โดยพยายามเน้นระดับชุมชนให้มีพลังอำนาจ เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ตามเป้าหมายของ MDGs (The Millennium Development Goal) ในการลดอุบัติการณ์ลงให้ได้ร้อยละ 1 ต่อปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา และเมื่อถึงปี พ.ศ.2593 ต้องลดให้เหลือน้อยกว่า 1 รายต่อประชากร 1 ล้านคน

การประมาณการจำนวนผู้ที่เจ็บป่วยด้วยวัณโรคในแต่ละปีกำลังลดลงอย่างช้าๆ ซึ่งแสดงถึงความสำเร็จของการดำเนินการตาม MDGs ที่สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อ โดยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2533 - 2555 ลดลงร้อยละ 45 ซึ่งการใช้กลยุทธ์ DOTs สามารถช่วยชีวิตได้ถึงจำนวน 22 ล้านคน จำนวนผู้ป่วยด้วยวัณโรคร้อยละ 80 อยู่ใน 22 ประเทศที่มีความชุกวัณโรคสูงสุด

ประเทศจีนและบราซิล มีการลดลงอย่างต่อเนื่องใน 20 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะประเทศกัมพูชา สามารถลดอัตราป่วยได้เกือบร้อยละ 45 ทั้งนี้จากรายงานสถานการณ์วัณโรคระหว่างปี พ.ศ. 2550-2553 ใน 88 ประเทศ พบผู้ป่วยวัณโรคสูงสุดในประเทศสหพันธรัฐรัสเซียถึงร้อยละ 28.9 เป็นผู้ป่วยวัณโรคใหม่ร้อยละ 5.7 เมื่อพิจารณาจำนวนทั้งหมดทั่วโลกในปี พ.ศ.2553 มีความชุกเท่ากับ 650,000 คน โดยมีรายงานผู้ป่วยใหม่จำนวน 46,000 คน และประมาณการว่ามีถึงร้อยละ 16 ของผู้ป่วยใหม่ที่ต้องรักษาด้วยวัณโรคคือยา และเป็นชนิดรุนแรง (XDR-TB) คิดเป็นร้อยละ 9 ของ MDR-TB ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้มีการตรวจหาเชื้อวัณโรคคือยาในผู้ป่วยใหม่ทุกราย (WHO, 2012)

การใช้นวัตกรรม Expert-MTB/RIF ในการตรวจวินิจฉัยวัณโรคแบบใหม่มีความถูกต้องสูงได้ผลภายใน 100 นาที ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ใช้ในปี พ.ศ.2553 แต่ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง กองทุนโลก (Global Fund) เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณหลักในระดับนานาชาติเพื่อหยุดยั้งวัณโรค โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 82 ของงบประมาณในประเทศในปี พ.ศ. 2555 จะเห็นได้ว่า

สถานการณ์วัณโรคในภาพรวมระดับโลก มีแนวโน้มลดลงอย่างช้า ๆ แต่มีหลายปัจจัยที่ทำให้วัณโรคมีความสำคัญต่อการควบคุมอย่างต่อเนื่อง เช่น สถานการณ์วัณโรคชนิดดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง ความไม่ครอบคลุมของห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพยังต้องการการจัดการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มประเทศยากจน การลดอัตราการออกจากการรักษากลางคัน (Default rate) ซึ่ง The WHO's Stop TB Strategy ได้เสนอแนะให้ทุกประเทศที่เป็นสมาชิก ได้ดำเนินการควบคุมวัณโรคทั้งภาครัฐ เอกชน ระดับชาติจนถึงระดับท้องถิ่นในหลายประเด็น เช่น การสร้างพันธะสัญญา เพื่อการจัดหางบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอและต่อเนื่อง การขยายและเพิ่มคุณภาพของ DOTs โดยเฉพาะระยะเข้มข้นที่ต้องหาวิธีการ/มาตรการให้สามารถรับยาได้อย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดการแพร่เชื้อในชุมชนได้ การค้นหาผู้ป่วยใหม่ (early detection) การวินิจฉัยและตรวจหาเชื้อที่มีคุณภาพ การจัดหายาที่เพียงพอมีคุณภาพ การดำเนินการตามมาตรฐาน และมีการประเมินผลกระทบอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเน้นการจัดการที่เฉพาะสำหรับกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ คนยากจน กลุ่มที่เปราะบาง การสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการสุขภาพในสถานบริการปฐมภูมิ และให้พลังอำนาจผู้ป่วยวัณโรค ชุมชนและเครือข่ายในการจัดการปัญหาวัณโรค เป็นต้น (WHO, 2014)

เนื่องในวันวัณโรคโลก (World TB Day 2014) Theme ระดับ global ภายใต้อุปสรรค Stop TB partnership คือ “Reach to the Three million : A TB test, Treatment and Cure for All” “Earlier and faster diagnosis of all forms of TB is vital. It improves the chances of people getting the right treatment and being cured...” Dr Chan, WHO Director-General (WHO, 2014)

ในส่วน Theme ของประเทศไทย คือ “Reach” “TB test, Treatment and Cure for All” วัณโรคค้นให้พบ จบด้วยหาย เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 มีการจัดประชุมสัมมนาเพื่อการต่อสู้กับวัณโรคครั้งที่ 43 ที่กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย ได้ให้ข้อเสนอแนะกับประเทศแถบเอเชีย ด้วยการบูรณาการกับกิจกรรม/โครงการ ให้มีการดำเนินการดังต่อไปนี้ (ดังภาพที่ 2.1)

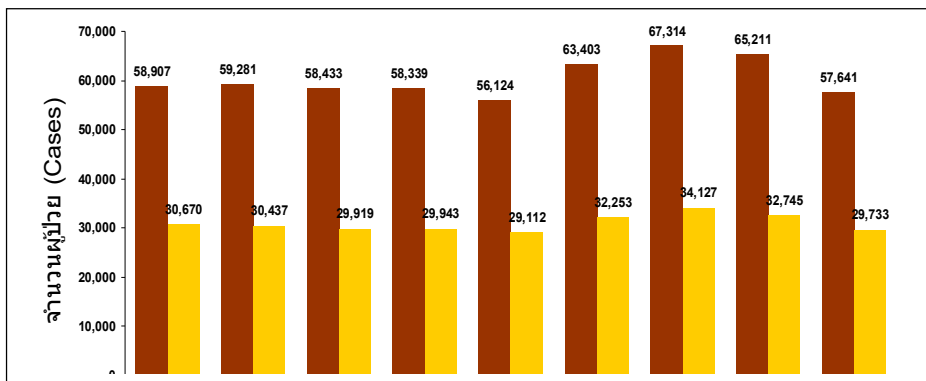
- การเพิ่มความตระหนักในการส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งทุน การเข้าถึงบริการยา และระบบบริการสุขภาพ
- การลดการถูกตีตรา และการสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วย โดยการรณรงค์เป็นรายครอบครัวติดตามผู้ป่วยจนถึงครอบครัว ชุมชนสนับสนุนการสร้างวินัยในการกินยา การสร้างพันธะสัญญาในการรักษา
- การจัดหาและสนับสนุนทางสังคม หรือการดำเนินชีวิต เช่น รายได้ อาหาร
- การตรวจคัดกรองผู้สัมผัสกับผู้ป่วยเอดส์ และมีวัณโรคร่วมหรือส่งเสริมให้มีการตรวจหาวัณโรคในผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้สงสัยวัณโรค
- การจัดการวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB, XDR-TB) และให้มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ



แผนภาพที่ 2.1 แสดงข้อเสนอการต่อสู้วัณโรคให้กับองค์กรในชุมชน (WHO, 2012)

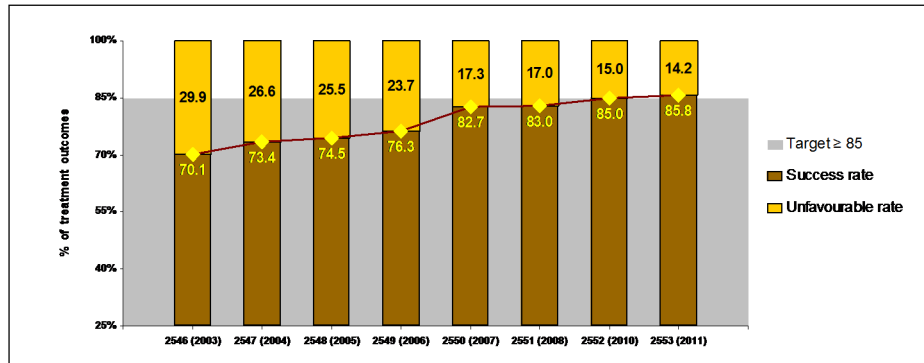
2.3.2 สถานการณ์และการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2554)

ประเทศไทย อยู่ในประเทศที่มีความชุกของของวัณโรคสูงเป็นอันดับที่ 18 จากจำนวนทั้งสิ้น 22 ประเทศทั่วโลก รายงานสถานการณ์ ในปี พ.ศ.2553 พบว่า มีอุบัติการณ์ของวัณโรคจำนวน 93,000 ราย หรือ 137 รายต่อแสนประชากร ความชุกจำนวน 130,000 รายหรือ 189 /100,000 ประชากร เสียชีวิตจำนวน 11,000 รายหรือ 16/100,000 ประชากร และมีโรคเอดส์ร่วมด้วยร้อยละ 16 หรือ 23 /100,000 ประชากร อัตราการตรวจพบวัณโรคทุกชนิดเท่ากับ ร้อยละ 69 และดีอยาจำนวน 1,920 ราย โดยเป็นชนิดเสมหะบวกร้อยละ 53 และเริ่มมีแนวโน้มลดลง ดังภาพที่ 2.2



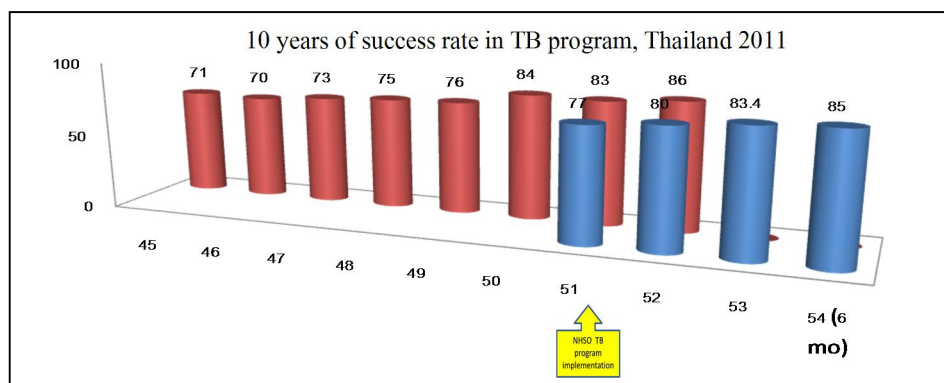
แผนภาพที่ 2.2 แสดงจำนวนผู้ป่วยวัณโรคใหม่และผู้ป่วยเสมหะบวกปี พ.ศ.2548 -2554 (กรมควบคุมโรค, 2554)

สำหรับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ชนิดเสมหะบวก มีอัตราความสำเร็จของการรักษา คิดเป็นร้อยละ 85 เป็นไปตามเป้าหมายของ WHO (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2554) และมีแนวโน้มผลสำเร็จในการรักษาเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 2.3



แผนภาพที่ 2.3 แสดงผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยใหม่เสมหะบวก พ.ศ. 2546 – 2554 (สำนักวัณโรค, 2555)

ในระบบรายงานการรักษาวัณโรค สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีระบบการรายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระบบออนไลน์ เพื่อใช้ในการจัดสรรงบประมาณ และอุดหนุนค่ายา วัณโรค พบว่ารายงานประสิทธิผลการรักษาต่ำกว่ารายงานจากฐานข้อมูลของสำนักวัณโรค (สำนักวัณโรค, 2555) ดังภาพที่ 2.4



แผนภาพที่ 2.4 แสดงการเปรียบเทียบรายงานผลการรักษาวัณโรค จากระบบรายงานของกรมควบคุมโรคและจากโปรแกรมรายงานของ สปสช.

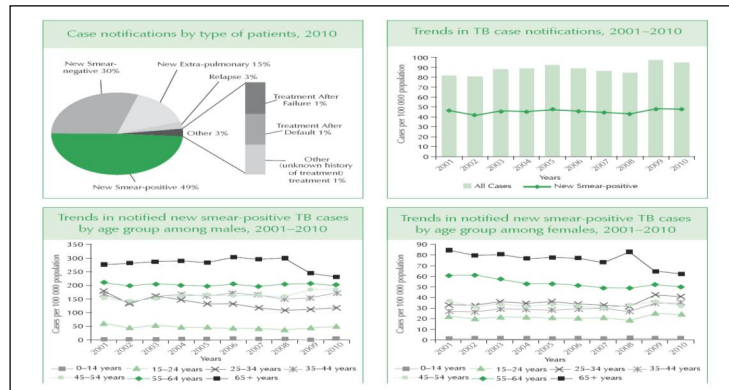
นอกจากนี้พบว่า แนวโน้มอัตราการดื้อยาวัณโรคสูงในกลุ่มพิเศษที่มีความเสี่ยง จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2554) พบอัตราการดื้อยาร้อยละ 14.8 MDR-TB ร้อยละ 1.65 และในผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ พบมากถึงร้อยละ 34.5 โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ในเรือนจำ ตามแนวชายแดนพบ XDR-TB ในผู้ป่วยรายใหม่ถึงร้อยละ 5.7

2.3.3 สถานการณ์วัณโรคในประชากรข้ามชาติ และชายแดน (กรมควบคุมโรค, 2554)

ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่คนไทยทั้งหมด 1,927 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่เสมหะบวกร้อยละ 53.3 และเสมหะไม่พบเชื้อร้อยละ 33.8 ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำร้อยละ 1.4 และวัณโรคนอกปอดร้อยละ 11.4 ซึ่งจังหวัดที่มีผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่คนไทยมากที่สุด คือ จังหวัดสมุทรสาคร รองลงมาเป็นจังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดตากตามลำดับ ผลการรักษาในไตรมาสที่ 1-4 ปีงบประมาณ 2552 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา 1,034 ราย จำนวนผู้ป่วยรักษาหายและรักษาครบร้อยละ 82 มีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดยา ร้อยละ 9.6 และ

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 3.6 แต่ระบบการรายงานยังไม่ครอบคลุมในโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เข้าร่วมการดำเนินงานตาม NTP (National TB) จึงมีจำนวนที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

จากสถานการณ์การควบคุมวัณโรคในประเทศไทย แม้จะมีอัตราการป่วยที่ลดลงเล็กน้อย แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมอมา พบว่ามีจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด และพบในวัยแรงงานมีแนวโน้มสูงขึ้น (ดังภาพที่ 2.5) แสดงให้เห็นว่า ปัญหาวัณโรคของประเทศไทย ยังต้องมีการควบคุมโรคที่เข้มงวดเข้มข้นและต่อเนื่อง



แผนภาพที่ 2.5 แสดงสถานการณ์การควบคุมวัณโรคของประเทศไทย (WHO, 2012)

2.3.4 นโยบายการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

1) การใช้กลยุทธ์ DOT ในการควบคุมวัณโรค ในระหว่างปี ค.ศ. 1995-2008 องค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวทางการดำเนินการควบคุมวัณโรค และเน้นการรับประทานยาแบบมีที่เลี้ยง (Direct Observed therapy) เป็นกลวิธีหลักในการควบคุมวัณโรค มีผลให้ผู้ป่วยกว่า 36 ล้านคน ได้รับการรักษาหาย สามารถช่วยชีวิตได้กว่า 6 ล้านคน โดยพบว่ามีสัดส่วนของการรักษาสำเร็จสูงกว่า และมากกว่าวิธีการอื่น (Evan et al., 2008)

ประเทศไทยได้นำยุทธศาสตร์ DOTs มาใช้ในปี พ.ศ. 2539 และในปี พ.ศ.2540 ประกาศให้เป็นนโยบายสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์มาตรฐานของ WHO จึงได้มีการทบทวนนโยบายและยุทธศาสตร์ใหม่ในปี พ.ศ.2544 ให้มีการขับเคลื่อนนโยบายในการนำ DOT ไปใช้ ครอบคลุมทุกพื้นที่และมีการดำเนินงานอย่างเข้มข้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดของกระทรวง

ในปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา มีการสร้างและประเมินการควบคุมวัณโรคในโรงพยาบาล ทำให้ผลการดำเนินงานในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคมีผลการรักษาสำเร็จบรรลุตามตัวชี้วัด แต่ยังมีจุดอ่อนที่ต้องการพัฒนาคือ นโยบายระดับจังหวัดและท้องถิ่นมีความสำคัญลำดับรอง มีการวินิจฉัยโดยใช้การเอกซเรย์ปอดในโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การทำ DOTs ยังเป็นบทบาทของญาติ และ อสม. รวมถึงระบบรายงานยังล่าช้า ไม่ครอบคลุมและต่ำกว่าความเป็นจริง

ในปี พ.ศ.2552 ได้มีนโยบายในการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ส่งเสริมบทบาทท้องถิ่นและชุมชน รวมทั้งยกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) ให้ครอบคลุมทั้งประเทศ และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552) และได้ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยมียุทธศาสตร์สำคัญที่เกี่ยวข้อง เช่น จัดตั้ง Mr.TB ตั้งแต่ระดับกรม เขต จังหวัด อำเภอ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการจากหลายหน่วยงาน แม้แต่ อสม. ก็สามารถมาร่วมดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้ โดยการค้นหารายใหม่

ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ใช้ตัวชี้วัดของ WHO เป็นฐาน คือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนที่คาดว่าจะมีในชุมชน การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในแหล่งเสี่ยงเฉพาะ เช่น ในเรือนจำ พื้นที่ชายแดนและประชากรข้ามชาติ โดยปี พ.ศ. 2551 มีการใช้รถเอกซเรย์เคลื่อนที่ ในเรือนจำ 20 แห่ง พบผิดปกติที่สงสัยเป็นวัณโรค ร้อยละ 5.40 หรือการให้ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยเฉพาะผู้ป่วยเสมหะบวก ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีเงื่อนไขที่ต้องดูแลพิเศษ เช่น แพ้ยา มีโรค HIV ร่วม หรือ MDR-TB โดยให้พักห้องแยก ทำให้ผลการดำเนินงานปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 85 อัตราเสมหะปราศจากเชื้อหลังการรักษาระยะเข้มข้นเท่ากับ ร้อยละ 82 อัตราการขาดยา ร้อยละ 4 อัตราตายระหว่างการรักษาร้อยละ 8 และอัตราการค้นหารายป่วยใหม่ร้อยละ 70 จะเห็นได้ว่า ถ้ามีนโยบายและวาระทางการเมืองที่ชัดเจน จะทำให้เอื้อต่อการขับเคลื่อนในเชิงระบบ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากรหรือกระบวนการกำกับติดตาม ประเมินผลที่เข้มข้น มีการถ่ายทอดนโยบายสู่ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์จากส่วนกลางสู่ผู้ปฏิบัติงานอย่างรวดเร็ว จากความเป็นมาดังกล่าว ทำให้เห็นเป็นปัจจัยความสำเร็จในการทำงานที่สำคัญ คือ ต้องผลักดันจนเป็นนโยบายทางการเมือง หรือนโยบายสาธารณะ จะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้ดี

2) การแก้ไขปัญหาวัณโรคดื้อยา เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเฝ้าระวัง และดำเนินการควบคุมวัณโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยเอดส์ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้อพยพ หรือแรงงานต่างชาติ และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ จากการสำรวจเพื่อเฝ้าระวังการดื้อยาในปี พ.ศ. 2549 พบว่า มีรายงานผู้ป่วย MDR-TB รายใหม่ร้อยละ 1.65 และในคนที่เคยได้รับการรักษามาก่อนร้อยละ 34.5 และมีการให้บริการตรวจทางห้องชันสูตรที่ขยายไปสู่ส่วนต่างๆ เช่น บริการห้องตรวจภาคเอกชน ทำให้เกิดปัญหาการควบคุมคุณภาพ รัฐบาลจึงได้จัดตั้งเครือข่ายคณะทำงาน และพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญระดับชาติ การส่งตรวจเพาะเชื้อและตรวจความไวของยา สำหรับผู้ที่มีการรักษาล้มเหลวในระบบยาที่ 1, 2 ผู้สัมผัสวัณโรคชนิด MDR-TB ผู้ที่กลับมารักษาซ้ำ และเคยรักษามาก่อน (re-treatment) หรือกำลังรักษาอยู่แต่มีผลเสมหะหลังสิ้นสุดระยะเข้มข้นยังเป็นบวก หรือผู้ที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเอดส์ แรงงานต่างถิ่นและเรือนจำ ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย MDR-TB ซึ่งห้องปฏิบัติการ มีทิศทางขยายสู่โรงพยาบาลศูนย์ ทุกแห่ง แต่ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ในระดับโลกและประเทศไทย ยังมีการตรวจเพาะเชื้อการ ดื้อยาในกลุ่มที่เคยได้รับการรักษามาก่อนเพียงเล็กน้อย โดยในระดับโลกพบเพียงร้อยละ 7 ส่วนประเทศไทยไม่มีข้อมูลรายงาน และการรักษาสำเร็จในระดับโลกมีเพียงร้อยละ 60 ส่วนประเทศไทยไม่มีข้อมูลรายงานเช่นกัน

จากการวิเคราะห์ปัญหาในการควบคุมวัณโรคดื้อยาในประเทศไทย พบว่า มีปัญหาในระบบบริหารจัดการในหลายด้าน เช่น ยุทธศาสตร์การจัดการกับปัญหาในระดับนโยบายยังไม่ชัดเจน ไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการติดตามและรับผิดชอบในการรักษาในหน่วยบริการระดับต่างๆ ความเชี่ยวชาญของผู้ให้การรักษา หรือจำนวนและคุณภาพห้องตรวจวินิจฉัยไม่เพียงพอ เป็นต้น แต่ทั้งนี้กองทุนโลกได้สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานวัณโรคดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาลจำนวน 26 แห่ง กระจายทุกภาค โดยการสนับสนุน ค่าตรวจ ค่ายา ค่าชดเชยกรณีมีผลข้างเคียงของยา สินน้ำใจสำหรับผู้กำกับการกินยา (incentives) ค่าอาหาร และค่าพาหนะสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น (สำนักวัณโรค, 2555)

3) นโยบายเร่งรัดในการผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์ (สำนักวัณโรค, 2554)

ในปี พ.ศ. 2551 ได้มีนโยบาย “To decrease the burden of TB and HIV in dually affected populations” โดยใช้ “3 Is” คือ

3.1) การค้นหารายป่วยใหม่ (Establish intensified tuberculosis case finding: ICF) โดยการให้คำปรึกษา เพื่อตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์และโรคเอดส์ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย

3.2) การแนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV และยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต

3.3) ในสถานบริการ มีระบบควบคุมป้องกันการแพร่เชื้อ (Ensure tuberculosis infection control in health care & congregate settings) (สำนักวัณโรค, 2554) โดยการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ และข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอ็ดส์ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย TB/HIV รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างคลินิกวัณโรคและคลินิกเอ็ดส์ ซึ่งกลวิธีนี้ได้เป็นทิศทางในการทำงานจนถึงปี พ.ศ. 2558 นอกจากนี้ ในปี พ.ศ.2553 กรมควบคุมโรคได้วางยุทธศาสตร์ “อำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็ง” โดยการวางยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคให้สอดคล้องกับกรมควบคุมโรค ในกลุ่มประชากรข้ามชาติอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ เร่งรัดดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอ็ดส์ วัณโรคดีอย่า วัณโรคในเรือนจำ และกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ โดยการกำหนดตัวชี้วัดหลัก คือ การตอบสนองเชิงนโยบายการค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีแอลอี ยารักษาวัณโรคไม่ขาดแคลนและมีคุณภาพ การลงทะเบียนและรายงานวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลและการผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอ็ดส์

ความสำเร็จหลักของไทยในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค

สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาวัณโรคในระดับจังหวัดและท้องถิ่น สร้างระบบบันทึกและรายงานข้อมูล TB online ส่วนการให้บริการกลุ่มแรงงานข้ามชาติหรือบริเวณชายแดน (รวมทั้งTB/HIV) ดูแลโดยความร่วมมือระหว่าง NGOs และการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก (Global Fund: GF) มีการนิเทศงานแบบบูรณาการโดยผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุข และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในคณะตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข การกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น จึงมีระบบบริหารจัดการคลังยาที่มีคุณภาพ พอเพียง มีการใช้ยารวมเม็ด Fixed dose combination ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ และการสร้างความร่วมมือกับคลินิกโรคเรื้อรังในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค ในกลุ่มโรคเอ็ดส์ เบาทหวาน ไตวายในผู้ป่วยทุกราย

กิจกรรมที่กำลังพัฒนาต่อไป คือ พิจารณาศักยภาพอาสาสมัครดูแลการกินยาของผู้ป่วย เพื่อให้เป็น non-Family DOT มากขึ้น สร้างความเข้มแข็งของกรณีศึกษา ติดตามและประเมินผล การจัดระบบบริการให้ รพช./รพท.เป็น MDR Clinic และกำลังพัฒนา รพช. ให้มีศักยภาพในการจัดบริการ MDR Clinic รวมถึงการพัฒนาและเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลเอกชนให้มีการดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติ และสร้างความร่วมมือ ความสัมพันธ์ และพัฒนาเครือข่ายนอกกระทรวงหรือภาคเอกชน เช่น เรือนจำ หรือกลุ่มแรงงานต่างด้าว ในการดำเนินงานวัณโรคให้มีความเข้มแข็ง มีระบบการจัดการที่ดี และหาวิธีการนำแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเข้าสู่ระบบให้มากที่สุด

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างมากในการทำงานวัณโรค แต่ยังมีจุดอ่อนหลายประการที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ดี และเป็นความท้าทายที่ต้องดำเนินการอย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง เช่น ด้านการประสานงานระหว่างคลินิกวัณโรคและคลินิกเอ็ดส์ การจัดทำแผนปฏิบัติการตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ การพัฒนาศักยภาพ และเพิ่มจำนวนบุคลากรทางห้องปฏิบัติการให้เพียงพอ การพัฒนาระบบรายงานวัณโรคให้ทันสมัย ไม่ซ้ำซ้อนและขาดความชัดเจนในแนวทางการติดตามประเมินผล ความสำเร็จของการรักษาในประเด็นต่าง ๆ เช่น วัณโรคในเรือนจำ วัณโรคดีอย่า เป็นต้น รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังควบคุมโรค และสร้างความสำคัญให้เป็นประเด็นสาธารณะที่ต้องร่วมกันป้องกันและแก้ไข โดยเฉพาะผู้บริหาร มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายให้ความสำคัญอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง จึงจะสามารถขับเคลื่อนไปในทิศทางที่ชัดเจน ยั่งยืน

2.3.5 ปัจจัยเสี่ยงการแพร่กระจายของเชื้อและลักษณะอาการทางคลินิก

ปัจจัยเสี่ยงของบุคคลต่อการเป็นวัณโรค และการแพร่กระจายของเชื้อ (Risk Factor for TB Disease and Transmission)

วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากเชื้อแบคทีเรียชนิดที่ก่อให้เกิดโรคในคนได้บ่อย คือ Mycobacterium Tuberculosis แพร่กระจายเชื้อในอากาศจากผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแสดงอาการ จากการไอ พุด หัวเราะ จาม เชื้อสามารถลอยตัวในอากาศได้เป็นชั่วโมง และมีชีวิตรอดในที่แห้งได้มากกว่าหนึ่งสัปดาห์ แต่เชื้อจะอ่อนแอเมื่อได้รับน้ำยาฆ่าเชื้อ สามารถเจริญเติบโตได้ในเซลล์ของผู้อาศัย ร้อยละ 90 มีการติดเชื้อที่ปอดจากการสูดเชื้อเข้าไป แต่จะมีระบบการป้องกันของร่างกาย เพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค จึงทำให้ไม่เกิดอาการเจ็บป่วยและไม่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ เรียกว่าวัณโรคระยะแฝง (Latent TB infection) พบประมาณร้อยละ 30 ของประชากรที่ได้รับเชื้อ แต่เมื่อมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เข้าสู่ระยะมีอาการวัณโรค (Activated Pulmonary Tuberculosis) พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยวัณโรคชนิดแฝง โดยร้อยละ 5-10 มีอาการป่วยภายใน 2 ปี ส่วนที่เหลือเกิดในระหว่างช่วงชีวิต หากไม่รักษามีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 นอกจากนี้ ผู้ป่วยชนิดมีอาการ 1 คนสามารถแพร่เชื้อโดยการไอให้กับคนรอบข้างได้ 10-15 คน ซึ่งคาดว่าประชากรโลก 1 ใน 3 ได้รับเชื้อและอยู่ในระยะแฝง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมี ดังนี้

1) กลุ่มที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีผลตรวจความไวต่อเชื้อวัณโรค (Tuberculin Skin Test) เปลี่ยนแปลงทางบวกใน 2 ปีก่อน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้าสู่ระยะมีอาการ 15 เท่า (WHO, 2012) เช่น กลุ่มผู้อพยพต่างถิ่น หรือแรงงานต่างด้าวที่มาอยู่น้อยกว่า 5 ปี (Refugee or Migration) จากประเทศที่มีความชุกสูง หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยเฉพาะในช่วง 1-2 ปีของชีวิต หรือในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น รวมทั้งคนที่อาศัย หรือทำงานในแหล่งที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมาก

2) กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำในผู้ป่วยเอดส์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และพัฒนาจากแบบแฝงสู่แบบแสดงอาการมากที่สุด จากเวทีประชุมของ WHO เมื่อวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2555 ได้วิเคราะห์ช่องว่างในการทำงาน และการวิจัยที่ยังไม่มีหลักฐานชัดเจน (controversy) และได้เสนอประเด็นความรุนแรงของวัณโรค พบว่า 3 ใน 4 ส่วนของคนที่มีเชื้อ HIV ทั่วโลกเป็นวัณโรคระยะแฝง ซึ่งสามารถพัฒนาให้เป็นวัณโรคได้ 21-34 เท่ามากกว่าคนที่ไม่ติดเชื้อ HIV แต่ถ้าอยู่ในระยะเอดส์มีโอกาสเสี่ยง 170 เท่า (WHO, 2012) รองลงมาคือ การเปลี่ยนไต และได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (20-74 เท่า) และโรค silicosis (30 เท่า) ตามลำดับ (Lobue & Menzies, 2010)

นอกจากนี้ปัญหาในหลายประเทศที่พบ คือ การมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น ทำให้มีโอกาสเป็นวัณโรค 2-3.6 เท่า และร้อยละ 10 ของผู้ป่วยวัณโรคมักเป็นเบาหวาน จากรายงานของ WHO พบว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 350 ล้านคน จึงทำนายว่า จะมีความชุกของวัณโรคเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 50 ในปีพ.ศ. 2573 (WHO, 2012) ดังนั้นควรมีการคัดกรองวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากพบว่ามีโอกาสเสียชีวิตขณะรักษาหรือกลับเป็นซ้ำได้อีกและมีโอกาสดื้อยาในที่สุด นอกจากนี้มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการ เช่น ในเรือนจำ มีความเสี่ยงสูงจากสภาพแวดล้อมที่แออัด ด้านสุขอนามัยที่ไม่ดี การระบาดของโรคเอดส์ หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมากถึง 100 เท่าและอาจเป็นชนิดดื้อยา ซึ่งพบในประเทศรัสเซียถึงร้อยละ 60 ของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท (WHO, 2012)

ลักษณะอาการทางคลินิกของการติดเชื้อวัณโรคปอดแบบมีอาการ (Activated Pulmonary Tuberculosis) ร้อยละ 25 ของผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคมักไม่แสดงอาการ ส่วนใหญ่อาการสำคัญที่พบได้ คือ การไอเรื้อรังแบบมีเสมหะตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (CDC ใช้ไอแบบมีเสมหะ 3 สัปดาห์) หรือมีอาการเจ็บหน้าอก เมื่อไอหรือหายใจแรงๆ เสมหะอาจมีเลือดปน หรือมีอาการอื่นร่วมได้ เช่น ไข้และเหงื่อออกตอนกลางคืน เหนื่อย น้ำหนักลด ส่วนใหญ่ในเด็กมักไม่แสดงอาการ แต่เมื่อมีอาการรุนแรงจะไอมีเลือดสดๆ ออก ซึ่งเกิดจากการตาย

ของเนื้อปอดหรือการมีแผลโพรงในปอด หากเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ ในคนที่ไม่แสดงอาการเมื่อตรวจภูมิไวต่อเชื้อ (TST) จะพบว่ามีการปฏิกิริยาต่อเชื้อวัณโรค หรือภาพถ่ายรังสีทรวงอกอาจพบว่ามีต่อมน้ำเหลืองบริเวณขั้วปอดโต (Hilaradenopathy) ที่เรียกว่าระยะติดเชื้อแฝง (Brahmer & Sande, 2001) แต่เมื่อมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อ จะแสดงอาการในภายหลังเรียก Reactivation PTB ซึ่งร้อยละ 90 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดจะมีอาการไม่ชัดเจน ส่วนวัณโรคนอกปอด พบประมาณร้อยละ 15 ของ PTB ในกลุ่ม Immuno-component host (Peto et al., 2009) และพบร้อยละ 50-70 ในคนที่มี HIV Co-infection ในประเทศที่มีอุบัติการณ์ต่ำ มีการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว จะพบวัณโรคนอกปอดมาก และมักพบในผู้ป่วยที่มีเชื้อ HIV กว่าร้อยละ 70 ข้อเสนอแนะที่สำคัญของการตรวจและรักษา คือ ต้องตระหนักเสมอว่า ผู้ที่มีอาการของระบบทางเดินหายใจมากกว่า 2-3 สัปดาห์ต้องสงสัยและตรวจวินิจฉัยทุกราย หรือการอักเสบของอวัยวะต่างๆ หรือมีไข้หรืออาการแสดงอื่นร่วมด้วยที่น่าสงสัยว่าเป็นวัณโรคนอกปอด ต้องพิจารณาหลายๆทาง โดยเฉพาะ Millitary TB ที่ต้องวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วเพราะเสี่ยงต่ออาการรุนแรงและเสียชีวิตได้

โดยสรุป ในการตรวจวินิจฉัยวัณโรค มีความสำคัญต่อการควบคุมวัณโรคมากที่สุด หากการตรวจไม่มีคุณภาพ อาจเนื่องจากเครื่องมือที่ไม่พร้อม/ไม่มีมาตรฐาน Technician ไม่ตระหนัก ไม่มีความชำนาญ แพทย์ไม่เห็นความสำคัญของวิธีการตรวจ หรือการอ่านข้อมูลสำคัญทั้งจากผู้ป่วยหรือจากผลการตรวจ ฯลฯ ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดผลไม่ถูกต้อง ทำให้การรักษาผิดพลาดหรือไม่ถูกรักษาทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ดังนั้นจึงส่งผลทั้งผู้ป่วยและส่วนรวม (Public Health) ได้ในที่สุด

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (Epidemiological surveillance)

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เป็นกิจกรรมเริ่มแรกในการนำระบาดวิทยามาใช้ในการดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุข ทั้งทางด้านป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลการฟื้นฟูสุขภาพ โดยวิธีการเก็บ และการได้มาของข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เริ่มจากกิจกรรมที่มีผลสืบเนื่องมาจากการสังเกตจดจำปัญหาการเจ็บป่วยในคนตั้งแต่อดีตมาตามลำดับ จากกรณีที่มีการเจ็บป่วยล้มตายกันเป็นจำนวนมาก เนื่องจากโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งในอดีตยังไม่ทราบสาเหตุการระบาดของโรคนั้นๆ และเพื่อป้องกันการระบาดของโรคไปสู่คนปกติทั่วไป จึงเริ่มมีการใช้ข้อมูลโดยการสังเกต เช่น เมื่อ ปี ค.ศ. 1848 John Snow แพทย์ชาวอังกฤษ ได้สังเกต พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณ Golden square ในกรุง London ป่วยด้วยโรคอหิวาตกโรคจำนวนมาก โดยมีความแตกต่างในอัตราป่วยของแต่ละพื้นที่ จากข้อมูลพบว่าพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันในอัตราป่วยนั้นใช้น้ำจากปั้มน้ำคนละตัว ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 3 ตัวด้วยกัน และจากรายละเอียดของข้อมูลทำให้สามารถพิสูจน์ได้ว่า ปั้มน้ำหนึ่งเป็นสาเหตุของการระบาดในครั้งนั้น

ต่อมาโรคติดต่อต่างๆ ได้ลดความรุนแรงลง มนุษย์ได้รู้ถึงสาเหตุของโรคมมากขึ้น มีการพัฒนาในด้านเวชศาสตร์ป้องกัน จนได้รับการยอมรับว่าควรจะมีมาตรการป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตาม บันทึกรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัญหานั้นๆ ไว้อย่างสม่ำเสมอเพื่อนำมาดำเนินการแก้ปัญหาต่างๆ โดยเรียกวิธีการเช่นนี้ว่า “การเฝ้าระวัง” (Surveillance) นิยาม การเฝ้าระวัง มีรากศัพท์มาจากคำว่า Vigilare ในภาษาละตินที่แปลว่าการเฝ้าระวัง จับตาดูอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้ความหมายของการเฝ้าระวังว่า “Surveillance is the continuous scrutiny of the factors that determine of disease the occurrence and distribution and other condition of ill health. Surveillance is essential for effective control and prevention and includes the collection, analysis, interpretation and distribution of relevant data for action” นิยามที่ให้ไว้โดย Raska.K (1966) คือ “Surveillance of diseases means the epidemiological study of diseases as a dynamic

process involving the ecology of the infectious agent the host, the reservoirs and the vectors, as well as the complex mechanisms concerned in the spread of infection and the extent to which this spread occurs” มีผู้เชี่ยวชาญทางระบาดวิทยาบางท่านให้นิยามว่า Epidemiological surveillance is the systemic collection and analysis of data”

จากนิยามและความหมายของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา นี้สรุปได้ว่า การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา คือ กระบวนการติดตาม สังเกต และพินิจพิจารณาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ถึงลักษณะการเกิด การกระจายของโรคและภัยอย่างมีระบบ ซึ่งรวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงการเกิด การกระจายที่เกิดขึ้น (Dynamic process) โดยประกอบด้วยขั้นตอนของการบันทึก รวบรวม เรียบเรียง นำเสนอ วิเคราะห์ และแปลผลการกระจาย ข้อมูลข่าวสารต่างๆ (Data information) ทั้งในสภาวะปกติ และสภาวะผิดปกติของเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น แล้วนำไปสู่การดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมตามสภาพของปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

1. ค้นหาการเกิดโรค หรือการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสาธารณสุข อย่างทันที่ซึ่งต้องมีการติดตามข้อมูลสถานการณ์ของโรค หรือปัญหาสาธารณสุข
2. ทราบการเกิดโรค และการระบาดของโรคในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว
3. ทราบรูปแบบของการเกิดโรค หรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค หรือการเปลี่ยนแปลงนั้น โดยต้องมีการนำข้อมูล มารวบรวม เรียบเรียง และวิเคราะห์ ทำให้ทราบการกระจายของโรคตามหลักระบาดวิทยา รูปแบบและการกระจายตัวของโรคเป็นไปในทิศทางใด มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีผลต่อการเกิดโรค และการเปลี่ยนแปลงของโรค
4. ทราบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรค หรือปัญหาสาธารณสุข การดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน จะทำให้เห็นลักษณะการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรค หรือปัญหาตามเวลา จะทำให้คาดประมาณ หรือพยากรณ์การเกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้
5. เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการ การควบคุมป้องกันโรค และประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะทำให้ทราบธรรมชาติของการเกิดโรค การกระจายของโรค และปัจจัยที่มีผลสนับสนุนการเกิดโรคในครั้งนั้นได้อย่างถูกต้อง สามารถนำข้อมูล และองค์ความรู้ที่ได้เหล่านั้น มากำหนดมาตรการการควบคุม ป้องกันโรค วางแผนงาน จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ประเมินผล และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น และทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

1. Individual surveillance or Personal surveillance เป็นการติดตามเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรค เพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือ รวมทั้งประโยชน์ในการควบคุมการระบาดได้ทันที่ซึ่ง เป็นมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ให้แพร่กระจายสู่ชุมชนมาตรการหนึ่งโดยเฉพาะในระยะ Secondary prevention
2. Diseases surveillance เป็นการเฝ้าระวังการเกิด และการกระจายของโรคและภัย ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการถ่ายทอดและแพร่กระจายของโรคและภัยสู่ชุมชน
3. Epidemiological surveillance เป็นการเฝ้าระวังรายละเอียดในด้านเวลา สถานที่ และบุคคลของโรคและภัย ตลอดจนเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ได้ข้อมูลในการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรค หรือเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านั้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีขอบเขตการเฝ้าระวังละเอียดกว่าการเฝ้าระวังโรค (Diseases surveillance)

รูปแบบการเฝ้าระวัง

รูปแบบหรือชนิดของการเฝ้าระวัง แบ่งได้เป็นหลายลักษณะ ตามแต่ละจุดมุ่งหมายของระบบ วิธีการ รายงาน หรือกลุ่มประชากรที่ต้องการเฝ้าระวัง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ จำแนกได้ ดังนี้

1. Passive surveillance หมายถึง ระบบเฝ้าระวังที่มีการรายงานเป็นปกติประจำ (Routine reporting) ผู้ที่ต้องการข้อมูลจะเป็นผู้สร้างระบบ และออกแบบฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายการของ ประเภทข้อมูลที่ต้องการรวบรวม บรรจุอยู่ในแบบฟอร์ม เช่น ข้อมูลด้านบุคคล เวลา สถานที่ และข้อมูลปัจจัยเสี่ยง ผู้รายงานจะเป็นแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รายงานผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ไปตามเครือข่ายของระบบเฝ้าระวัง ระยะเวลาการส่งรายงาน เป็นวัน สัปดาห์ หรือเดือน ตามแต่กำหนด ผู้รายงานในพื้นที่จะวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ทราบสถานการณ์ของพื้นที่ และดำเนินการควบคุมป้องกันโรค สำหรับการรายงานผู้ป่วยโรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในการศึกษาจากแบบ รง. 506 ก็จัดเป็นโรคที่อยู่ในระบบเฝ้าระวังระบบนี้

2. Active surveillance หมายถึง การจัดตั้งระบบเฝ้าระวังขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะให้ได้ข้อมูลมากขึ้น เป็นการค้นหาการเกิดโรคในเชิงรุก โดยผู้ที่ต้องการข้อมูล จะวางระบบที่จะไปค้นหาการเกิดโรคเป็นกรณีไป โดยอาจนำไปเสริมระบบปกติ โดยเฉพาะโรคที่พบได้น้อย หรือการเฝ้าระวังในระบบปกติอาจจะได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน การเฝ้าระวังระบบนี้ อาจนำไปผสมผสานกับการเฝ้าระวังโรคที่สนใจเฉพาะ (Specific diseases) ซึ่งจะเน้นที่พื้นที่ หรือประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่จะนำไปใช้ในการควบคุมป้องกันโรคนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม หรือนำไปใช้ใน ช่วงการระบาดของโรค เพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลการระบาดของโรค ได้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันทีที่มากขึ้น

3. Special surveillance เป็นระบบเฝ้าระวังที่สร้างขึ้น เพื่อค้นหาการเกิดโรคใหม่ๆ หรือโรคที่มีอยู่แล้ว แต่มีแนวโน้มการเกิดโรคมกผิดปกติ เนื่องจากระบบเฝ้าระวังปกติเดิม มีการรายงานที่ล่าช้า หรือมีจุดอ่อนบางประการ ที่ไม่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ในเวลาอันรวดเร็ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็ว มีความน่าเชื่อถือ มีรายละเอียด และมีความจำเพาะของกลุ่มประชากร หรือพื้นที่เสี่ยง ตามที่ต้องการได้มากยิ่งขึ้น

4. Sentinel surveillance เป็นระบบที่มีจุดมุ่งหมาย คล้าย ระบบ Special surveillance ระบบนี้ถูกพัฒนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และมีความรวดเร็ว วิธีการอาจมีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่จะเฝ้าระวังจากกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบ จากปัญหาที่ต้องการเฝ้าระวังนั้น

การดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประกอบด้วยส่วนสำคัญดังนี้

1. ข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สามารถรวบรวมได้จากรายงานหลายๆ ส่วน เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย (Morbidity reporting) ข้อมูลการตาย (Mortality reporting) รายงานการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย (Individual case investigation) เป็นต้น

2. ขั้นตอนการดำเนินงานทางระบาดวิทยา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

2.1 การรวบรวมข้อมูล (Collection of data) เป็นการรวบรวมข้อมูลตามองค์ประกอบต่างๆ โดยมีกิจกรรมย่อยลงไปดังนี้ คือ

- สังเกต พิจารณาว่าข้อมูลมีลักษณะผิดไปจากเดิมหรือจากข้อมูลอื่นๆ อย่างไร
- ซักถาม รวบรวมรายละเอียดของข้อมูลเพิ่มเติมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น
- ตรวจสอบ ยืนยันให้เกิดความมั่นใจในข้อมูลว่าถูกต้องหรือไม่ อย่างไร
- บันทึก จดรวบรวมรายละเอียดต่างๆไว้เป็นหลักฐานเพื่อพิจารณาเปรียบเทียบ หรือ ทบทวนได้ในวันข้างหน้า
- รายงานกระจายข้อมูลให้ผู้อื่นทราบ

2.2 การเรียบเรียงข้อมูล และนำเสนอข้อมูล (Consolidation and presentation) นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเรียบเรียงจัดหมวดหมู่ เพื่อให้เห็นลักษณะของตัวแปรต่างๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งการนำข้อมูลเหล่านั้นมาประมวลเข้าด้วยกัน แล้วนำเสนอด้วยวิธีการทางสถิติที่เหมาะสม

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล (Analysis and interpretation) เป็นการนำตัวแปรทั้งหมดมาแยกแยะให้เห็นลักษณะตัวแปรต่างๆ ให้ชัดเจนขึ้น แล้วดำเนินการเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านั้น และบรรยายข้อมูลที่ได้มาจากการวิเคราะห์ เพื่อดูว่ามีการเปลี่ยนแปลงการกระจายของโรค หรือองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคอย่างไรบ้าง ทำให้ทราบว่าพื้นที่ใดมีความเสี่ยงสูง ปัญหาใดที่ต้องรีบดำเนินการหรือข้อมูลบางอย่างที่ต้องสอบสวนเพิ่มเติม การแปลผลต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย เช่น เมื่อพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นต้องพิจารณาว่ามีการเปลี่ยนแปลงจริงหรือเท็จ มีการเปลี่ยนแปลงขนาดประชากรหรือไม่ คุณภาพการตรวจวินิจฉัยดีขึ้นหรือไม่ มีการรายงานเข้าช้อนหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อสรุปว่ามีการเปลี่ยนแปลงจริงหรือไม่

2.4 การกระจายข้อมูล (Dissemination of information) เป็นการกระจายข้อมูล และผลการวิเคราะห์ที่แปลความหมายแล้วไปให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป ขั้นตอนนั้นว่าสำคัญมาก เพราะระบบเฝ้าระวังจะไม่สมบูรณ์ และไม่มีประโยชน์หากข้อมูลที่วิเคราะห์ แปลผลแล้วไม่ถูกส่งไปให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ แล้วนำไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรคต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยา เช่น บัตรรายงานผู้ป่วย (แบบ รง. 506 แบบ รง. 506/1 แบบ รง. 506/2 และ แบบ รง. 507)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเรียบเรียงข้อมูลทางระบาดวิทยา เช่น แบบ E.1 (แบบบันทึกผู้ป่วยเฉพาะโรค) แบบ E.2 (แบบบันทึกจำนวนผู้ป่วย และตายเฉพาะโรค) เป็นต้น

เครื่องมือในการดำเนินงานเฝ้าระวังในระบบเฝ้าระวังโรคด้วยบัตรรายงานผู้ป่วยแบบ รง. 506

กระทรวงสาธารณสุขมีระบบเฝ้าระวัง เพื่อติดตามสถานการณ์โรคที่สำคัญ ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โดยการรายงานผู้ป่วยที่พบจากสถานบริการ ตามลำดับ มีแบบบันทึกรายงานผู้ป่วย เป็นเครื่องมือได้แก่

1. บัตรรายงานผู้ป่วย แบบ รง. 506 เป็นแบบรายงานที่ใช้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยโรคที่อยู่ในข่ายการเฝ้าระวัง ปัจจุบันมีโรคที่เข้าข่ายต้องรายงาน ในระบบเฝ้าระวัง ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รวม 84 โรค

2. บัตรเปลี่ยนแปลงการรายงานผู้ป่วย แบบ รง. 507 เป็นการรายงานเพิ่มเติมเพื่อเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขข้อมูลผู้ป่วย ภายหลังจากได้มีแบบ รง. 506 ไปแล้ว ซึ่งบัตรรายงานนี้จะมีความสำคัญมาก เพราะเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคมีความน่าเชื่อถือ และมีความถูกต้อง (สำนักระบาดวิทยา, 2542)

เครือข่ายการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เพื่อให้การรายงานครอบคลุมทั่วพื้นที่ จึงต้องมีการจัดตั้งเครือข่ายทุกระดับ

1. เครือข่ายระดับล่าง (Peripheral level) เช่น สถานบริการสาธารณสุขที่ให้การรักษา ที่เป็นหน่วยแรกที่พบผู้ป่วย และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. เครือข่ายระดับกลาง (Intermediate level) เช่น หน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ในระดับอำเภอ และจังหวัด

3. เครือข่ายศูนย์กลาง (Central level) เป็นเครือข่ายระดับชาติ ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบาย การดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และจัดสรรทรัพยากร เพื่อสนับสนุนเครือข่าย เช่น กระทรวงสาธารณสุข

ธรรมชาติของข้อมูลการเฝ้าระวังโรค

ธรรมชาติของข้อมูลที่รายงานในระบบการเฝ้าระวังโรค จะมีองค์ประกอบ ดังนี้ เป็นข้อมูลความจริง (Facts) เป็นข้อมูลที่เคลื่อนไหว (Dynamic data) และเป็นข้อมูลที่เน้นคุณภาพ (Qualified data)

ข้อมูลการเฝ้าระวังโรค มีระบบที่เน้นคุณภาพของข้อมูล วิธีการทำงาน และผู้ปฏิบัติซึ่งอาจแตกต่างจากระบบข้อมูลข่าวสาร อื่นๆ เช่น ผู้เขียนบัตรรายงานผู้ป่วย แบบ รง. 506 และแบบรง.507 จะต้องตรวจสอบข้อมูลก่อนเขียน เมื่อเขียนและส่งบัตรรายงานไปแล้ว ผู้รับผิดชอบต้องตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลผู้ป่วย จนกว่าจะหายและส่งบัตรรายงานผู้ป่วย แบบ รง. 507 ไปแก้ไขข้อมูล หากผู้ป่วยรายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล การบันทึกข้อมูล การนับ การวิเคราะห์ แผลผล ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลทุกขั้นตอน (วันชัย อาจเขียน, 2544)

ข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

ข้อมูลที่ใช้ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สามารถรวบรวมได้หลายๆ ส่วนในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เมื่อนำข้อมูลเหล่านี้มารวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์และหาความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลเหล่านี้ ก็จะทำให้ทราบถึงแนวโน้มและสถานการณ์การเกิดโรค การเปลี่ยนแปลงของโรคดียิ่งขึ้น ข้อมูลที่สำคัญได้แก่ รายงานการป่วย รายงานการตาย และรายงานการสำรวจทางระบาดวิทยา เป็นต้น

การรวบรวมข้อมูลเป็นการรวบรวมข้อมูลด้านระบาดวิทยาจากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ข้อมูลการเกิดและกระจายของโรคตามบุคคล สถานที่ เวลา ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ฯลฯ ดังนั้นข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา นับเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่จะทำให้ทราบสถานการณ์ของโรค แนวโน้ม การกระจาย ปัจจัยเสี่ยง และทราบกลุ่มเสี่ยง สามารถใช้ข้อมูลในการจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ใช้ในการวางแผนเพื่อการป้องกันควบคุมโรค ดังนั้นคุณภาพข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยานับว่ามีความสำคัญ จะต้องเป็นข้อมูลที่มีความครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา จึงจะทำให้เราทราบสถานการณ์ของโรค แนวโน้ม การกระจาย ปัจจัยเสี่ยง และทราบกลุ่มเสี่ยงที่แท้จริงหรือใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด ตัวแปรที่สำคัญของข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา แบ่งตามลักษณะใหญ่ๆ คือ บุคคล (Person) สถานที่ (Place) และเวลา (Time)

บทบาทหน้าที่และแนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรค

บทบาทหน้าที่และแนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรค ของหน่วยงานทุกระดับ ได้แก่ ระดับตำบล ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน และศูนย์ข้อมูลหน่วยปฐมภูมิ มีบทบาทในการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรค โดยมีการตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลพร้อมดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค โดยมีรายงานที่รับผิดชอบสูงขึ้น คือศูนย์ข้อมูลระบาดวิทยาอำเภอ มีหน้าที่ในการรวบรวมรายงานการเกิดโรคและวิเคราะห์สถานการณ์ รายงานผลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อการบริหารจัดการข่าวย่างงานเฝ้าระวังต่อไป (กาญจนา ยังขาว, 2546) รายละเอียดบทบาทหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานตามตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 แสดงบทบาทหน้าที่และแนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวังของหน่วยงานทุกระดับ

หน่วยงาน	บทบาท	หน้าที่รับผิดชอบ	แนวทางการดำเนินงาน	เครื่องมือวัดคุณภาพ
OPDคลินิก/สอ./รพช./รพศ.	เฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรค	รายงานโรค ตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แจ้งข่าวการระบาด สอบสวนและควบคุมโรค	รายงาน 506 507 E1 และ ส่งรายงานไปยัง CUP พร้อมดำเนินการตามหน้าที่รับผิดชอบ	ความครบถ้วนถูกต้องและความทันเวลาของรายงาน 506 507
ศูนย์ข้อมูล CUP	เฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรค	รายงานโรค ตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แจ้งข่าวการระบาด สอบสวนและควบคุมโรค	รวบรวมข้อมูล E1 หน่วยงานรับผิดชอบส่งรายงานไปยังศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอพร้อมดำเนินการตามหน้าที่รับผิดชอบ	ความครบถ้วนถูกต้องและความทันเวลาของรายงาน 506 507
รพ.เอกชน/รพ.รัฐนอกโครงการประกันสุขภาพ	เฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรค	รายงานโรค ตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แจ้งข่าวการระบาด สอบสวนและควบคุมโรค	รายงาน 506 507 E1 และ ส่งรายงานไปยัง CUP พร้อมดำเนินการตามหน้าที่รับผิดชอบ	ความครบถ้วนถูกต้องและความทันเวลาของรายงาน 506 507
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	บริหารจัดการข่าวยานเฝ้าระวังและการดำเนินงานทางระบาด	รายงานโรค ตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แจ้งข่าวการระบาด สอบสวนและควบคุมโรค ติดตามกำกับสนับสนุนวิชาการ และพัฒนาเครือข่าย	รายงาน 506 507 E1และรวบรวมรายงานส่งไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักระบาดวิทยาพร้อมดำเนินการตามหน้าที่รับผิดชอบ	ความครบถ้วนถูกต้องและความทันเวลาของรายงาน 506 507

ที่มา : กาญจนา ยิงขาว, 2546

2.5 แนวคิดเชิงมนทัศน์การประเมินคุณภาพของระบบ

ความหมายของระบบ ได้มีนักวิชาการให้ความหมายของระบบ หรือ System ไว้หลายท่าน สามารถสรุปพอสังเขปได้ ดังนี้

ยุคดา รักไทย และวีรยุทธ มาฆะศิริานนท์ (2545) ได้กล่าวไว้ว่า ระบบ เป็นสิ่งที่ประกอบไปด้วยส่วนต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อกัน และทำงานรวมกันอย่างถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน เพื่อให้บรรลุผลบางอย่าง

พรเทพ รุ่งแผน (2546) ได้กล่าวไว้ว่า ระบบเป็นการจัดชุด หรือการจัดรวมองค์ประกอบย่อย ๆ ตั้งแต่สองส่วนขึ้นไปในลักษณะที่เชื่อมโยงต่อกันหรือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยมุ่งไปที่การบรรลุวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน

ชนาธิป ทั้ยแป (2551) ได้กล่าวไว้ว่า ระบบ เป็นชุดการรวมตัวของสรรพสิ่งหรือส่วนประกอบย่อยๆ ในลักษณะที่เชื่อมโยงต่อกัน หรือพึ่งพาอาศัยกัน (Interdependent) โดยจัดให้อยู่ในรูปที่มีความสลับซับซ้อนเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง

Smith (1978) ได้กล่าวไว้ว่า ระบบเป็นชุดของส่วนประกอบย่อยที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน และ ทำหน้าที่ร่วมกันภายใต้ของจำกัดของตนเอง โดยมุ่งไปที่วัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง

Bedeian, A. G.(1993)ได้กล่าวไว้ว่าระบบเป็นชุดของส่วนประกอบย่อยที่มีการพึ่งพาอาศัยกัน (Interdependent Parts) ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่การบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปความหมายของการระบบได้ว่า เป็นองค์ประกอบหรือส่วนย่อย ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยเชื่อมโยงไปสู่ความสำเร็จภายใต้เป้าหมายเดียวกัน

องค์ประกอบของระบบ ได้มีนักวิชาการจำแนกองค์ประกอบของระบบ ออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลผลิต(output) และข้อมูลย้อนกลับ (feedback) รายละเอียดดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 แสดงการวิเคราะห์องค์ประกอบของระบบ

นักวิชาการ	องค์ประกอบ			
	ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต	ข้อมูลย้อนกลับ
Stronge & Helm (1991)	✓	✓	✓	
Luenburg & Ornstein (1991)	✓	✓	✓	✓
Antonioni, (2002)	✓	✓	✓	
Dessler (2000)	✓	✓	✓	✓
Antony (2002)	✓	✓	✓	✓
Mondy (2002)	✓	✓	✓	✓
Wehrich & Knootz (2004)	✓	✓	✓	

จากตารางที่ 2.3 สามารถสรุปองค์ประกอบของระบบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ปัจจัยนำเข้า (input) เป็นทรัพยากรหรือสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดการทำงานของระบบ ซึ่งระบบแต่ละประเภทจะมีทรัพยากรหรือสิ่งจำเป็นที่แตกต่างกัน เช่น ระบบการพัฒนาบุคลากร ปัจจัยนำเข้าประกอบด้วย บุคลากร ผู้บริหาร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ อาคารสถานที่ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการ (process) เป็นการทำหน้าที่แปรสภาพหรือประมวลผลเพื่อนำไปสู่ผลผลิต โดยระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวิธโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือกระบวนการ เช่น วางแผน ดำเนินงานตามแผน และการประเมินผล เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 3 ผลผลิต(output) เป็นสิ่งที่ต้องการจากระบบมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของระบบ ซึ่งผลผลิตในแต่ละระบบจะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามประเภทของระบบ โดยระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวิธโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือผลผลิตที่ต้องการ คือ บันทึกความร่วมมือ และระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวิธโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว

องค์ประกอบที่ 4 ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) เป็นส่วนที่ใช้ในการควบคุมการดำเนินงานของกระบวนการ เพื่อให้การทำงานของระบบบรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ ข้อมูลสะท้อนกลับจะชี้ให้เห็นถึงส่วนดีและข้อบกพร่องของการทำงานในระบบ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงปัจจัยนำเข้า หรือกระบวนการ เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตที่มีคุณภาพตามที่ต้องการ

การพัฒนาาระบบ

สำหรับการพัฒนาระบบสามารถจำแนกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องตามขั้นตอนการพัฒนาระบบ รายละเอียดดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 สั้เคราะห์ขั้นตอนของการพัฒนาระบบ

ผู้พัฒนา	ขั้นตอน									
	การวางแผน	การวิเคราะห์ระบบ	การสังเคราะห์	การออกแบบระบบ	การทดลองรูปแบบ	การปรับปรุงพัฒนาระบบ	การนำไปใช้	การพัฒนาฐานมาตรฐาน	การบริหารระบบ	การประเมินผลระบบ
ศิริชัย กาญจนวาสี (2552)		✓	✓	✓			✓	✓		✓
Scriven (1991)		✓	✓		✓					✓
Smith (1982)	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓
Edwards (1985)		✓		✓						✓
Debenham (1989)		✓	✓	✓			✓			

จากตารางที่ 2.4 สามารถสรุปขั้นตอนสำหรับการพัฒนาระบบ (ปิยะธิดา ทองอร่าม, 2552) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ระบบ (Analysis system) และสังเคราะห์ระบบ (Synthesis system) ขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพของระบบ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิเคราะห์ต้องทำการศึกษาระบบในปัจจุบันว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการใช้ระบบอย่างไร โดยเปรียบเทียบกับระบบต่าง ๆ จากนั้นมาทำการกำหนดกลยุทธ์ และวิธีการปรับปรุงและพัฒนาระบบให้มีความสมบูรณ์ โดยองค์ประกอบที่ทำการศึกษาในการวิเคราะห์ระบบของแต่ละหน่วยงาน ประกอบด้วย

1.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจของหน่วยงาน เป็นการสะท้อนแนวคิด ปรัชญา วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน ซึ่งส่งผลต่อนโยบายการบริหารงานของผู้บริหาร โดยต้องศึกษาว่าแนวคิดและเป้าหมายของหน่วยงานในปัจจุบันสอดคล้องและสนองตอบกับสังคมและค่านิยมหรือไม่ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนเป้าหมายของหน่วยงานหรือไม่อย่างไร

1.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารงานของบุคลากร เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของหน่วยงาน

1.3 ภาวะผู้นำของผู้บริหารหน่วยงาน ลักษณะสำคัญของผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพ คือ ความเป็นผู้นำสูง โดยภาวะผู้นำศึกษาได้จากกระบวนการได้มาซึ่งผู้บริหาร พฤติกรรมผู้นำ และเทคโนโลยีทางการบริหาร และกระบวนการที่ใช้ในหน่วยงาน

1.4 การวิเคราะห์ระบบงาน ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงระบบหรือเชิงกระบวนการคิดวิเคราะห์ระบบการบริหารของหน่วยงาน

1.5 การวิเคราะห์เป้าหมาย เป็นการกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานอย่างรอบคอบเหมาะสมสอดคล้องกับสังคม ยอมส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบระบบ (design system) เป็นขั้นตอนในการออกแบบรายละเอียดภายในองค์ประกอบของระบบ แต่ละองค์ประกอบของระบบมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างไรตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบระบบ (certification system) เป็นขั้นตอนในการตรวจสอบความเหมาะสมของระบบ ทั้งทางด้านความเที่ยง ความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงขององค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบ

ขั้นตอนที่ 4 การนำระบบไปใช้ (implementation system) เป็นการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ในการดำเนินการจริง

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินระบบ (system evaluation) เป็นขั้นตอนของการพิจารณาถึงความเหมาะสมข้อบกพร่องของระบบ หลังจากการนำระบบไปใช้จริง

การประเมินระบบ

ได้มีนักวิชาการกล่าวถึงการประเมินระบบไว้หลายท่าน ซึ่งสรุปพอสังเขป ดังนี้

สมพงษ์ สระแก้ว (2551) ได้สรุปว่าการประเมินระบบ เป็นการพิจารณาตัดสินคุณค่าของระบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้นว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด โดยพิจารณาจากเกณฑ์หรือมาตรฐานการประเมินที่กำหนดไว้

Cascio (1992) ได้กล่าวถึง เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินระบบ ประกอบด้วยมาตรฐานพื้นฐาน 5 ประการ ได้แก่

มาตรฐานที่ 1 ความเกี่ยวข้องกัน (Relevance) หมายถึง ความเชื่อมโยงกันระหว่างการปฏิบัติงาน และวิธีการที่นำมาใช้ในการประเมิน

มาตรฐานที่ 2 มีอำนาจจำแนก (Sensitivity) หมายถึง ระบบดังกล่าวควรจะสามารถจำแนก ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพออกจากกัน

มาตรฐานที่ 3 มีความเที่ยง (Reliability) หมายถึง ระบบการประเมินควรมีความคงที่ และความต่อเนื่องในการประเมิน

มาตรฐานที่ 4 เป็นที่ยอมรับ (Acceptability) หมายถึง ทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินต่างมอง กระบวนการ ประเมินอย่างเข้าใจเหตุผลและเล็งเห็นประโยชน์ที่จะได้รับ

มาตรฐานที่ 5 ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ (Practicality) หมายถึง ระบบจะต้องมีความเป็นเหตุเป็นผล ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติจริง

Stone (1982) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ สำหรับประเมินระบบไว้ 5 ประการ คือ

1. ความเที่ยง (Reliability) หมายถึง ความคงที่ของการวัดถึงแม้ว่าจะทำการวัดในช่วงเวลาที่แตกต่างกันหรือใช้บุคคลที่ทำการวัดต่างกัน

2. ความตรง (Validity) หมายถึงระดับของการวัดซึ่งสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างแท้จริง

3. ความสามารถในการนำไปปฏิบัติจริง (Practicality) หมายถึงระบบการประเมินต้องสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้โดยง่ายและเป็นที่ยอมรับที่ผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน

4. ความเป็นธรรม (Fairness) หมายถึง ระบบการประเมินที่สร้างขึ้นต้องทำให้ผู้ถูกประเมินรู้สึกว่าการประเมินดำเนินไปอย่างเป็นธรรม และผลจากการ ประเมินก็มีความยุติธรรมพอ

5. ผลกระทบ (Impact) หมายถึง ระบบการประเมินต้องมีผลกระทบในเชิงบวกหรือได้รับการพิจารณาว่ามีความสำคัญต่อบุคคลและเป้าหมายขององค์กร

Stufflebeam (1981 อ้างถึงใน ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552) ได้กล่าวถึง เกณฑ์หรือมาตรฐานสำหรับ ประเมินระบบการประเมินหรืองานประเมิน ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 มาตรฐานการใช้ประโยชน์ (utility standards) เป็นมาตรฐานที่ต้องการประการกัน ถึงความเป็นประโยชน์ผลการประเมินประกอบด้วยเกณฑ์ที่สำคัญ 8 ประการ ได้แก่

1. การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งต้องการใช้สารสนเทศ
2. ความเป็นที่เชื่อถือของผู้ประเมิน
3. การรวบรวมข้อมูลครอบคลุมและตอบสนองความต้องการใช้สารสนเทศของผู้ที่เกี่ยวข้อง
4. การแปลความหมายและการตัดสินคุณค่ามีความชัดเจน

5. รายงานผลการประเมินมีความชัดเจนทุกขั้นตอน
6. การเผยแพร่ผลการประเมินไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึง
7. รายงานการประเมินเสร็จทันเวลาสำหรับนำไปใช้ประโยชน์
8. การประเมินส่งผลกระทบต่อในการกระตุ้นให้มีการดำเนินการประเมินต่อไปอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 2 มาตรฐานความเป็นไปได้ (feasibility standards) เป็นมาตรฐานที่ต้องการประกันถึงผลการประเมินที่ได้ว่ามาจากกระบวนการหรือวิธีการประเมินที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง เหมาะสมกับสถานการณ์ปฏิบัติได้ ยอมรับได้ ประหยัดและคุ้มค่า ประกอบด้วยเกณฑ์ 3 ประการคือ

1. วิธีการประเมินสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง
2. การเป็นที่ยอมรับได้ทางการเมือง
3. ผลที่ได้มีความคุ้มค่า

มาตรฐานที่ 3 มาตรฐานความเหมาะสม (propriety standards) เป็นมาตรฐานที่ต้องการคำนึงถึงสวัสดิภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในการประเมินและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการประเมิน ประกอบด้วยเกณฑ์ที่สำคัญ 8 ประการ ได้แก่

1. การกำหนดข้อตกลงของการประเมินไว้เป็นทางการ มีความเป็นธรรม และโปร่งใส
2. รายงานผลการประเมินอย่างตรงไปตรงมา เปิดเผย และคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. ข้อจำกัดของการประเมิน
4. การให้ความสำคัญต่อสิทธิในการรับรู้ข่าวสารของผู้รับการประเมินและบุคคลทั่วไป
5. การคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
6. การเคารพสิทธิในการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
7. รายงานผลการประเมินมีความสมบูรณ์ ยุติธรรม และเสนอทั้งจุดเด่นและจุดด้อยของสิ่งที่

ประเมิน

8. ผู้ประเมินทำการประเมินด้วยความรับผิดชอบและมีจรรยาบรรณ

มาตรฐานที่ 4 มาตรฐานความถูกต้อง (accuracy standards) เป็นมาตรฐานที่ต้องการประกันว่าการประเมินได้มีการใช้เทคนิคที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อสรุป ข้อค้นพบ และสารสนเทศที่เพียงพอสำหรับตัดสินคุณค่าของสิ่งที่ประเมิน ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมิน 11 ประการ ได้แก่

1. การระบุวัตถุประสงค์ประสงค์ของการประเมินไว้อย่างชัดเจน
2. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับระบบการประเมิน อย่างเพียงพอ
3. การบรรยายวัตถุประสงค์และกระบวนการประเมินอย่างชัดเจน
4. การบรรยายแหล่งข้อมูล และการได้มาของข้อมูลอย่างชัดเจน
5. การพัฒนาเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความตรง
6. การพัฒนาเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความเที่ยง
7. การจัดระบบควบคุมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์และการรายงาน
8. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
9. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
10. การลงข้อสรุปที่มีเหตุผลสนับสนุน
11. การเขียนรายงานที่มีความเป็นปรนัย

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคายตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือและนำเสนอผลการทบทวน ดังนี้

ยงยุทธ์ แยมเฉลิมวงษ์ และสุปราณี เขยชม (2548) ได้ทำการศึกษากลยุทธ์ความร่วมมือด้านสาธารณสุขชายแดน พบว่า ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ทำให้ปัญหาสาธารณสุขชายแดนทวีความรุนแรง จึงจำเป็นต้องประเมินสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในประเทศบริเวณชายแดน และประเทศเพื่อนบ้าน ร่วมศึกษา ทบทวนบทเรียนด้านอื่นๆ เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และท่าทีของประเทศในประเด็นของการควบคุมปัญหาสาธารณสุขในบริเวณชายแดน และวางแผนแนวทางการร่วมมือพัฒนาสาธารณสุขในภูมิภาค โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์และสังเคราะห์จากเอกสาร และการระดมสมอง นักบริหารและนักวิชาการพบว่า ในขณะที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จด้านการควบคุมประชากร การอนามัยแม่และเด็ก และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค แต่ปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนเป็นโรคไม่ติดต่อ ในขณะที่ประเทศเพื่อนบ้าน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พม่า กัมพูชา และเวียดนาม มีปัญหาสาธารณสุขจากโรคติดต่อเป็นพื้น ได้แก่ มาเลเรีย อุจาระร่วง และโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ จึงแพร่กระจายข้ามพรมแดนและพบว่าประมาณ 3 ใน 4 ของชาวต่างชาติที่มารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข เป็นแรงงานต่างชาติดังมีสัญชาติพม่า ร้อยละ 80 เขมรร้อยละ 10 และลาว ร้อยละ 5 ซึ่งสร้างภาระจากงบประมาณ ปีละประมาณ 50 ล้านบาท โดยมีรูปแบบการเจ็บป่วยที่สำคัญที่จำลองปัญหาสาธารณสุขในประเทศของตน และอัตราป่วยตายค่อนข้างสูง ควรเร่งรัดกลยุทธ์เพื่อควบคุมปัญหาสาธารณสุขชายแดน ด้วยการแสวงหาความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งด้านการบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการวิจัยภายใต้หลักการของมนุษยธรรม การลงทุน และความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ โดยการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การกำหนดความตกลงร่วมระหว่างประเทศ การจัดทำแผนงานระยะสั้นและระยะยาวจากการข้อมูลพื้นฐานที่สมบูรณ์และครอบคลุม การจัดทำงบประมาณ การวิจัยและพัฒนา และการกระจายความรับผิดชอบให้หน่วยงานสาธารณสุขบริเวณชายแดนทั้งสองประเทศดำเนินการแก้ปัญหาาร่วมกัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (2548) ได้พัฒนาข้อมูลความร่วมมือด้านสาธารณสุขราชอาณาจักรไทย- สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กระทรวงสาธารณสุขไทยกับลาวได้มีความร่วมมือด้านสาธารณสุขมายาวนาน ตั้งแต่มีการลงนามในบันทึกช่วยจำ เมื่อปี 2538 มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นักวิชาการ ระหว่างสองประเทศอย่างสม่ำเสมอ โดยไทยได้ให้ความช่วยเหลือแก่ สปป.ลาวอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นโครงการพัฒนาโรงพยาบาลในลาว รวมถึงการจัดหาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น การจัดประชุม ศึกษาดูงานฝึกอบรม ให้ความรู้แก่บุคลากรของฝ่ายลาว ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ฯลฯ เพื่อแก้ไขและพัฒนางานด้านสาธารณสุข รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนของทั้งสองประเทศ

อรทัย ศรีทองธรรมและคณะ (2553) ได้ทำการศึกษาผลกระทบจากแรงงานข้ามชาติลาว กัมพูชา และพม่า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ภาระทางการเงินและภาระงานต่อการให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติหรือผู้รับบริการที่ไม่ใช่สัญชาติไทยของโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐที่มีพื้นที่ติดชายแดนประเทศลาว พม่า และกัมพูชา 2) ปัญหาอุปสรรคที่เป็นผลกระทบต่อการรับบริการ และ 3) แนวโน้มปัญหาและแนวทางการจัดการปัญหาการให้บริการสุขภาพ หากมีการรวมกลุ่มประเทศเป็นประชาคมอาเซียน ในปี 2558 ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลแบบผสมวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พื้นที่ศึกษา คือโรงพยาบาลแม่สายจังหวัดเชียงราย มีพื้นที่ติดกับประเทศพม่า โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด มีพื้นที่ติดกับกัมพูชา และโรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีพื้นที่ติดกับประเทศลาว

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มผู้บริหารให้มุมมองเชิงนโยบาย จากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานประกันสังคมระดับจังหวัด รวม 36 คน เป็นผู้บริหารและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ/ชาวต่างชาติ รวม 60 คน ที่เคยมีประสบการณ์มารับบริการสุขภาพ เครื่องมือประกอบด้วย แบบฟอร์มสำรวจข้อมูลสถานะทางการเงิน และภาระงานบริการของโรงพยาบาล แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง เก็บข้อมูลด้วยการสำรวจตามแบบฟอร์มสัมภาษณ์เชิงลึก และสัมภาษณ์กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

1. ภาระทางการเงินและการให้บริการโรงพยาบาลเขมรฐู แบกรับภาระค่าใช้จ่าย ด้านบริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติลาว และชาวต่างชาติ ทำให้ภาพรวมสถานะทางการเงินโรงพยาบาล มีรายจ่ายมากกว่ารายรับเพิ่มมากขึ้นจากเดิมจำนวน 2.8 ล้านบาท เป็น 7.7 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2553 และ 8.2 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2554 โรงพยาบาลคลองใหญ่ แบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลอยู่ในช่วง 7.2 แสนบาทถึง 1.3 ล้านบาท ผู้รับบริการเป็นชาวกัมพูชาร้อยละ 40-50 ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเฉพาะผู้ป่วยในแผนกสูติกรรมมีถึงร้อยละ 60-70 ของผู้มารับบริการทั้งหมด และในโรงพยาบาลแม่สาย แบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลประมาณ 4-7 แสนบาทต่อปี ภาพรวมโรงพยาบาล มีรายรับมากกว่ารายจ่ายทุกปี ผู้รับบริการเป็นชาวพม่าร้อยละ 40-50 ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกในงานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก กว่าร้อยละ 70-90 ของผู้มารับบริการเป็นแรงงานข้ามชาติชาวพม่าและชนกลุ่มน้อย การแบกรับค่ารักษาพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยในสูงกว่าแผนกผู้ป่วยนอกทั้งสามแห่ง

2. ภาระทางการเงินและการให้บริการ ผลกระทบและแนวทางการจัดการ ผลกระทบด้านภาระทางการเงิน และภาระงานบริการ ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีภาระมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นกับสี่ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านที่ตั้งของพื้นที่ชายแดนว่าเป็นด่านชายแดนที่มีสภาพเศรษฐกิจดี ทั้งฝั่งประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ปัจจัยด้านความสะดวกในการเดินทางข้ามด่าน เพื่อเข้ามาทำงานทั้งแบบถาวร กึ่งถาวรตามฤดูกาล และแบบเข้ามาเย็นกลับ ตลอดจนเส้นทางการเข้ามาหลากหลาย ที่สามารถลักลอบเข้ามาประเทศไทยได้ โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการใดๆ อย่างถูกกฎหมาย ปัจจัยด้านศักยภาพ และคุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพในฝั่งประเทศเพื่อนบ้าน และปัจจัยด้านความสัมพันธ์เชิงเครือญาติระหว่างประชาชนทั้งสองประเทศ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันมายาวนาน ประเด็นร่วมจากภาระการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และชาวต่างด้าว ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนทั้งสามแห่ง คือ ผลกระทบที่เกิดจากภาระงานบริการต่อโรงพยาบาล บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และคุณภาพของระบบบริการ ตลอดจนแนวทางการจัดการปัญหา ที่เกิดขึ้นมี 7 ประการด้วยกัน คือ (1) แนวทางการจัดการปัญหาภาระทางการเงิน ด้วยการใช้จ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลมาช่วยแก้ไขปัญหา โดยไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งใด (2) ปัญหาด้านระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และชาวต่างด้าว ทั้งข้อมูลทางการเงิน และข้อมูลการเจ็บป่วยของแรงงานต่างด้าวและชาวต่างด้าว ส่งผลให้ภาพรวมของข้อมูลภาระงานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทย ไม่สามารถบอกสถานการณ์ที่แท้จริงได้ (3) ปัญหาด้านอัตราค่าจ้าง พบว่า อัตราค่าจ้างที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้รับการจัดสรรตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยดูจากประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเป็นหลัก แต่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ต้องแบกรับผู้มารับบริการที่เป็นชาวต่างด้าว ทั้งกลุ่มแรงงานที่ถูกกฎหมาย กลุ่มแรงงานผิดกฎหมาย ชาวต่างด้าวที่เข้ามาอยู่อาศัยเพื่อทำการค้าขายในพื้นที่ถึงร้อยละ 50 ของคนไทยในพื้นที่ (4) ปัญหาด้านการสื่อสารและความแตกต่างทางวัฒนธรรม เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของชาวต่างด้าวและกลุ่มแรงงาน แม้แต่ในกลุ่มผู้ป่วยชาวลาเวซึ่งถือว่าภาษาไม่แตกต่างจากไทยมากนัก (5) ปัญหาด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนระหว่างประเทศ การควบคุมการแพร่ระบาดของโรค และความต่อเนื่องในการรักษา รวมถึงการนำเข้าของโรคติดต่อมาในประเทศไทย โดยชาวต่างด้าวและกลุ่มแรงงานที่เข้า

มาใช้แรงงานในประเทศไทย เช่น โรคมมาเลีย ไข้เลือดออก วัณโรค โรคเท้าช้าง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบจากพื้นที่ศึกษา (6) กลุ่มผู้ให้บริการเห็นว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติมีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของพื้นที่ และช่วยเสริมกระตุ้นเศรษฐกิจภาพรวมของประเทศไทย แต่ในเรื่องการบริการสุขภาพเห็นว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพเป็นภาระแก่โรงพยาบาล ทั้งเรื่องการเงินและภาระงานบริการ และ (7) ปัญหาระบบการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าว พบว่าเป็นปัญหารวมทั้งระบบการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในประเทศไทยเอง ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชายแดน กับโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ และระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. แนวโน้มปัญหาและแนวทางการจัดการปัญหา เมื่อมีการรวมเป็นประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 คือ การเพิ่มขึ้นของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาใช้แรงงานในประเทศไทย ทำให้โรงพยาบาลทั้งในส่วนตามแนวชายแดน และในจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่ เพิ่มภาระทั้งภาระงานบริการสุขภาพ และภาระทางการเงิน เกิดการแย่งใช้ทรัพยากรสาธารณสุขที่จำเป็นและมีความจำกัดในสถานบริการพยาบาล และการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตุน้ำ จากการนำเข้าโดยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ประเด็นปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย และภาวะสุขภาพคนไทย ตลอดจนโครงสร้างของทรัพยากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลดังกล่าว เกิดภาวะสมองไหลที่รุนแรงมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากภาระงานรักษาพยาบาลเกินการแบกรับของบุคลากรสาธารณสุข จึงมีการเคลื่อนย้ายออกไปสู่ระบบเอกชนมากขึ้น

โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ 1) ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านระบบสุขภาพระหว่างประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน และยุทธศาสตร์ร่วมด้านระบบสุขภาพระหว่างประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ในประเด็นนโยบายระบบประกันสุขภาพ แนวทางการดำเนินงานด้านบริการสาธารณสุข และระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ 2) การจัดอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขตามแนวชายแดน ควรพิจารณาจากภาระงานและจำนวนประชากรเป้าหมายที่มารับบริการจริง โดยระดับนโยบายต้องยอมรับการมีอยู่ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่ถูกกฎหมาย คนไร้รัฐ และชาวต่างด้าวที่มารอรับบริการ และ 3) ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลบริการสุขภาพ ทั้งในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับประเทศ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการสถานบริการตามแนวชายแดน ที่สามารถรองรับปัญหาภาระงานได้อย่างใกล้เคียงความจริงมากที่สุด

เสาวธาร โภกถัด และอุไรรัตน์ แยมชุตติ (2555) ได้ทำการศึกษาปัญหาของแรงงานข้ามชาติกรณีศึกษาแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า ในเขตพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาเป็นแรงงานรับจ้างใน 4 ภาคอุตสาหกรรม ภาคเกษตรกรรม และภาคการประมง ในเขตพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในมิติของสังคม สภาพความเป็นอยู่ การจ้างงานและสวัสดิการ มิติของการได้รับสิทธิ การคุ้มครองสิทธิ และกระบวนการยุติธรรม หรือในมิติของการได้รับสิทธิมนุษยชน และ เพื่อหาแนวทางการสร้างนโยบาย หรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาของแรงงานต่างด้าวที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลในทางปฏิบัติ และเป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการ การสัมภาษณ์ บทความต่าง ๆ ประกอบกับการสัมภาษณ์เชิงลึกกับตัวแทนแรงงานต่างด้าวเฉพาะพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวชาวพม่าเข้ามาค้าแรงงานในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์จำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวอย่าง และจากการสัมภาษณ์พบว่า แรงงานข้ามชาติชาวพม่าที่ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีเชื้อชาติพม่าเป็นจำนวนมากที่สุด โดยแรงงานที่ทำการศึกษาร้อยละ 80 เป็นแรงงานที่ทำงานในกิจการประมง และกิจการต่อเนื่องประมง โดยพบว่ามีแรงงานข้ามชาติที่ยังเป็นเด็ก คือมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ในกิจการประมงมากที่สุด ซึ่งเป็นลักษณะของการติดตามพ่อและแม่เข้ามาทำงาน โดยกลุ่มแรงงานที่จดทะเบียนมีใบอนุญาตทำงานอย่างถูกกฎหมาย จำนวนทั้งสิ้น 10 คน โดยแรงงานที่อยู่ในภาคกิจการประมง และกิจการต่อเนื่องประมงจำนวน 5 คนจากทั้งหมด 12 คน เป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการจดทะเบียน ในขณะที่

แรงงานในภาคการเกษตรเป็นแรงงานที่มีการจดทะเบียนทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาของแรงงานเกือบทั้งหมดค่อนข้างต่ำ คือส่วนใหญ่เรียนหนังสือเพียง 1 – 7 ปี เท่านั้น กระบวนการจ้างงานของแรงงานข้ามชาติชาวพม่ากล่าวได้ว่า เดินทางเข้ามา โดยการใช้นายหน้าอย่างไม่เป็นทางการ หรือเป็นการติดตามพ่อแม่ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงเข้ามาทำงานในงานลักษณะเดียวกัน ซึ่งการแสวงหาผลประโยชน์จากการจ้างงานแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ พบว่า สัดส่วนของแรงงานที่กล่าวว่าถูกบังคับจะอยู่สูงในกลุ่มของแรงงานประเภทกิจการประมงถึงร้อยละ 66.67 และร้อยละ 33.33 ในแรงงานกิจการต่อเนื่องประมง จากข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า แรงงานในภาคประมงและธุรกิจต่อเนื่อง ประมงมีอัตราส่วนของการถูกยึดบัตรอนุญาตทำงานและเอกสารแสดงตนไว้มากที่สุด คือร้อยละ 71.43 เมื่อเทียบกับแรงงานในภาคการเกษตรที่สามารถเก็บบัตรไว้ได้เองทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานส่วนใหญ่มักจะขาดอิสระและเสรีภาพที่จะเดินทางไปไหนมาไหน และขาดอิสระที่จะติดต่อกับคนนอกที่ทำงาน ในขณะที่ความรุนแรงในที่ทำงานเป็นอีกตัวบ่งชี้หนึ่งของแรงงานบังคับ โดยเมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงทางวาจา พบว่า แรงงานข้ามชาติในภาคการจ้างงานประมง ธุรกิจต่อเนื่องประมง และการเกษตรจะประสบกับความรุนแรงทางวาจาล้ำๆ กัน เช่น การตะโกนใส่ หรือการตบคอข่มขู่ สำหรับการจ่ายค่าจ้างแรงงานทั้งในกิจการประมง ธุรกิจต่อเนื่องประมง และภาคการเกษตรต่างให้ข้อมูลเป็นไปแนวทางเดียวกันว่า ตนเองได้รับค่าจ้างจากนายจ้างโดยตรง แต่วิธีการจ่ายค่าจ้างนั้นจะแตกต่างกัน เช่น การจ่ายเป็นรายวัน รายสัปดาห์ หรือรายเดือน ชั่วโมงการทำงานและเวลาพักนี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างแรงงานในภาคประมง และกิจการต่อเนื่องประมงกับแรงงานในภาคการเกษตร พบว่า แรงงานในภาคประมง และกิจการต่อเนื่องประมงมีชั่วโมงในการทำงานมากกว่าแรงงานในภาคการเกษตรประมาณ 4 – 5 ชั่วโมง นอกจากนี้กลไกในการสนับสนุนช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติ ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับแรงงานข้ามชาติ จากการศึกษา พบว่าสำหรับการติดต่อกับคนอื่นๆ นอกชุมชน หรือองค์กรพัฒนาเอกชน เจ้าหน้าที่แรงงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติเหล่านี้มีน้อยมาก รวมทั้งแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ก็ไม่กล้าที่จะเข้าหาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ ทั้งของรัฐและของเอกชน เนื่องจากกลัวว่าหากนายจ้างทราบว่ามี การติดต่อกับเจ้าหน้าที่รัฐ อาจสร้างความไม่พอใจแก่นายจ้างและถูกไล่ออกจากงาน จากการศึกษาข้อมูลเอกสาร และการสัมภาษณ์ในเชิงลึก พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ถูกละเมิดสิทธิและการคุ้มครองทางกฎหมายมากที่สุดคือ แรงงานข้ามชาติที่ทำงานในภาคประมง (ลูกเรือประมง) โดยส่วนใหญ่แล้วจะไม่ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง และไม่ได้รับสิทธิตามกฎหมายตามที่พวกเขาควรจะได้รับ ดังนั้นการหาแนวทางการสร้างนโยบาย หรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาของแรงงานข้ามชาติที่เกิดขึ้น ได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลในทางปฏิบัตินั้น ควรเป็นการบูรณาการความร่วมมือ แนวคิด และการสร้างนโยบาย ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมุ่งประเด็นที่สำคัญดังนี้ 1) การคุ้มครองแรงงานที่เหมาะสม 2) การป้องกันการแสวงหาประโยชน์ และเสรีภาพของแรงงานในการเคลื่อนย้าย 3) กลไกการร้องเรียน 4) การสร้างความเข้มแข็งและการศึกษาให้กับแรงงานข้ามชาติ 5) การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อแรงงานข้ามชาติ

Naing, Geater & Pungrassami (2012) ได้ทำการศึกษาของผู้สงสัยวัณโรคปอดในแรงงานข้ามชาติชาวพม่า จังหวัดสงขลา พบว่า แรงงานที่ทำงานในโรงงานมีความชุกร้อยละ 6 แต่แรงงานที่ทำงานสวนยางและก่อสร้างพบถึงร้อยละ 27 และร้อยละ 30 ตามลำดับ และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (World vision Thailand) ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนโลก เพื่อลดอัตราป่วยวัณโรคในประชากรข้ามชาติ 6 จังหวัดของประเทศไทย (ไม่ได้ดำเนินการในจังหวัดสมุทรสาคร) สามารถค้นหาผู้สงสัยวัณโรคปอดร้อยละ 10 ครอบคลุมประชากร 270,000 คน

Arshad et al., (2010) ได้ทำการศึกษาโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ และวิเคราะห์แบบเมต้าในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่แบบเชิงรุก (active case finding) ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ พบถึง 3.5 cases ต่อ 1,000 ประชากรที่ถูกคัดกรอง (95% CI 2.9–4.1; I²=4%) โดยพบในค่ายอพยพ (refugees) สูงสุด (11.9:

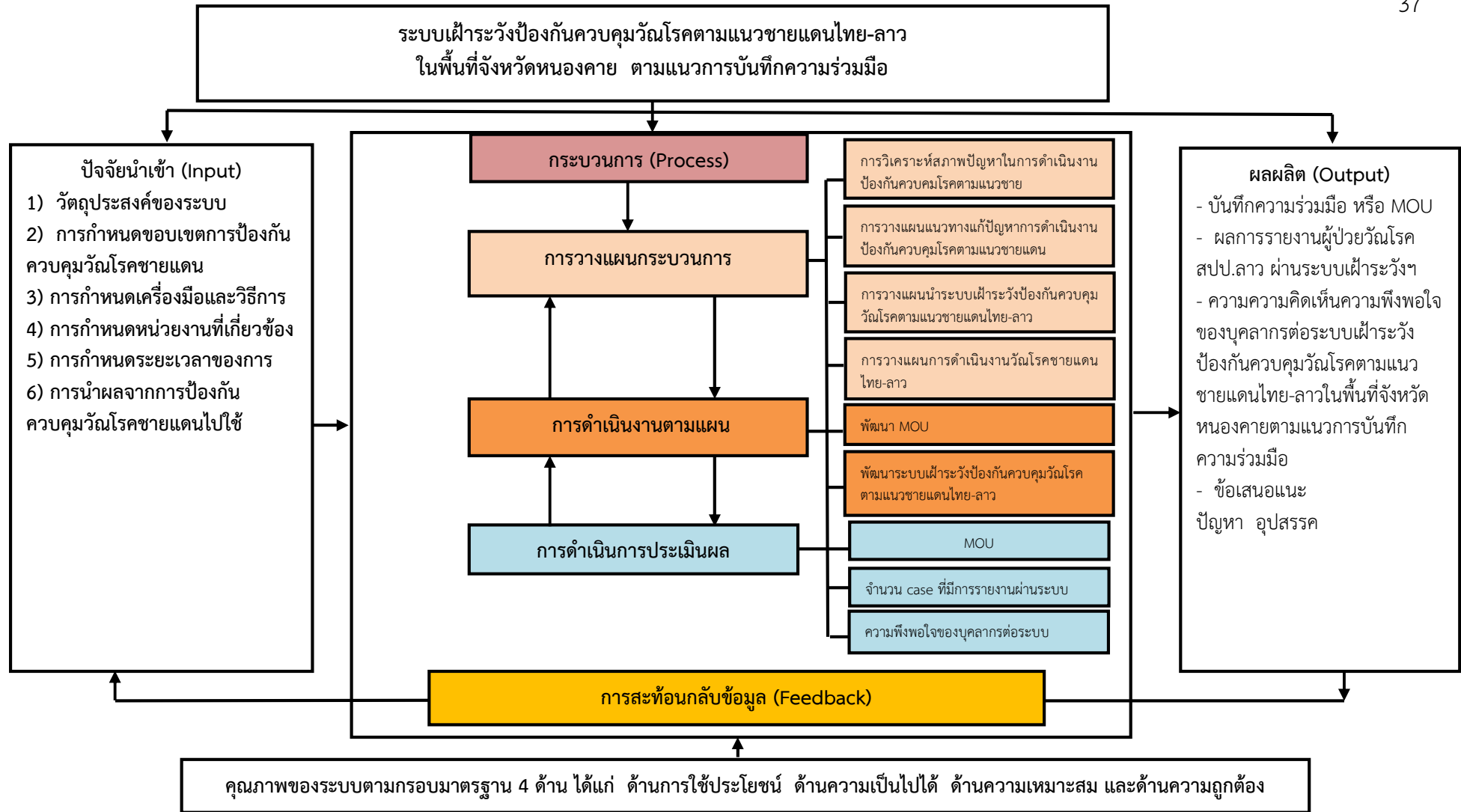
95% CI 6.7–17.2; $I^2=92%$) รองลงมาคือผู้ลี้ภัย (2.8 : 95% CI 2.0–3.7; $I^2=96%$) ส่วนในแรงงานต่างด้าวทั่วไปพบ 2.7 รายต่อพันประชากร(95% CI 2.0–3.4; $I^2=81%$) โดยในทวีปเอเชียพบ 11.2 ต่อ 1,000 ประชากร (95% CI 6.2–16.1; $I^2=95%$)

สีสมพู ลาเวียงวงค์ (2545) ได้ทำการศึกษาเชิงสถิติของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดจำปาศักดิ์ สปป.ลาว โดยนำข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดจำปาศักดิ์ สปป.ลาว ตั้งแต่ปี ค.ศ1997-2000 มาศึกษาเชิงสถิติ จากการศึกษาพบว่า ในช่วงเวลาดังกล่าวมีผู้มาตรวจเสมหะทั้งสิ้น 6,584 คน วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค 1,435 คน ในจำนวนนี้เป็นวัณโรคปอดจำนวน 1,013 คน คิดเป็นร้อยละ 21.79 และร้อยละ 15.38 ของผู้มาตรวจเสมหะทั้งหมด ตามลำดับ จำนวนผู้มาตรวจเสมหะในแต่ละปี หรือในแต่ละไตรมาส ยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลง แต่ร้อยละของการเป็นวัณโรค และวัณโรคปอดในแต่ละปีสามารถสรุปได้ว่าแตกต่างกัน เมื่อแยกพิจารณาแต่ละโรงพยาบาลในจังหวัดจำปาศักดิ์ ซึ่งมีทั้งสิ้น 10 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลปากเซมีผู้มาตรวจเสมหะมากที่สุดจำนวน 4,054 คน คิดเป็นร้อยละ 61.57 ของผู้มาตรวจเสมหะทั้งหมด รองลงมา คือ โรงพยาบาลจำปาศักดิ์มีจำนวน 619 คน คิดเป็นร้อยละ 9.40 และน้อยที่สุดคือโรงพยาบาลมุลประโมค มีผู้มาตรวจเสมหะเพียงร้อยละ 1.88 โรงพยาบาลปากเซมีผู้ป่วยวัณโรคแต่ละปีประมาณร้อยละ 12 ของผู้มาตรวจเสมหะในจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดจำปาศักดิ์นี้ พบว่ามีร้อยละ 75 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และเป็นเพศชายร้อยละ 60

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคายตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ สามารถสรุปผลองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ด้านวัตถุประสงค์ของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว เพื่อพัฒนาความร่วมมือในการป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว และพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว 2) ด้านการกำหนดขอบเขตการป้องกันควบคุมวัณโรคชายแดน ประกอบด้วย ความร่วมมือในการป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว (MOU) การรักษา และการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค 3) การกำหนดเครื่องมือและวิธีการป้องกันควบคุมวัณโรคชายแดน ประกอบด้วย MOU แบบส่งต่อ บันทึกการรักษา และคู่มือการรักษาวัณโรค 4) การกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การพัฒนาความร่วมมือระหว่าง สปป.ลาว และไทย การพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคาย 5) การกำหนดระยะเวลาของการดำเนินงาน ประกอบด้วยการพัฒนา MOU ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2555 และการทดลองนำ MOU มาพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 และ 6) การนำผลจากการป้องกันควบคุมวัณโรคชายแดนไปใช้ โดยติดตามผลการรักษาวัณโรค ด้านกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ 1) วางแผนการดำเนินงาน 2) การดำเนินการตามแผน และ 3) ดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านผลผลิต ได้แก่ บันทึกความร่วมมือ หรือ MOU และผลจากการทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว จังหวัดหนองคาย และด้านการสะท้อนกลับข้อมูล ได้แก่ สภาพปัญหาจากการติดตามผู้ป่วยตลอดจนสภาพปัญหา จุดเด่น จุดด้อยของระบบ สามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยต่อไป

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ สามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 2.6



แผนภาพที่ 2.6 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

3.1 รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะเป็นวงจรหรือเกลียวที่ต่อเนื่อง (Lewin, 1946) ในแต่ละวงจร ประกอบด้วย การค้นหาสภาพที่แท้จริงหรือการสะท้อนเหตุการณ์ เพื่อนำไปประกอบการวางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ และการสะท้อนการปฏิบัติหรือการประเมินว่า ได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้จุดอ่อน จุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (ตามตารางที่ 3.1)

3.2.1 ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 19 แห่ง คือ

1) กลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย - ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย จากประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 14 แห่ง ดังนี้

1.1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (สสจ.)และหน่วยงานในสังกัดสสจ. และรพ. เอกชน รวม 12 แห่ง

1.2) หน่วยงานในสังกัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น (สคร.6) และที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย รวม 2 แห่ง

2) กลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแขวงที่ติดชายแดน-ไทย จากสปป.ลาว ของหน่วยงานในสังกัดนครหลวงเวียงจันทน์ รวม 5 แห่ง

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) รวมทั้งสิ้น 40 คน ดังนี้

1) ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานจากกลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย จากประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 29 คน ดังนี้

1.1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (สสจ.) และหน่วยงานในสังกัดสสจ. และรพ. เอกชน รวม 22 คน

1.2) หน่วยงานในสังกัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น (สคร.6) ที่รับผิดชอบงานในพื้นที่จังหวัดหนองคาย รวม 7 คน

2) ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานจากกลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแขวงที่ติดชายแดนไทย จาก สปป.ลาว ของหน่วยงานในสังกัดนครหลวงเวียงจันทน์ รวม 11 คน

ตารางที่ 3.1 แสดงกลุ่มประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

หน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย-ลาว จากประเทศไทย			หน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย-ลาว จากสปป.ลาว		
ชื่อหน่วยงาน	ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงาน	จำนวน (แห่ง/คน)	ชื่อหน่วยงาน	ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงาน	จำนวน (แห่ง/คน)
สสจ. หนองคาย	1.ผู้บริหาร สสจ.หนองคาย	1 / 7	1. Department of Hygiene and Prevention, MOH 2. Vientiane Capital Health Department	1. Representative from Department of Hygiene and Prevention, MOH	1 / 1
	- กลุ่มงานควบคุมโรค สสจ.	-			
	- งานระบาด สสจ.	-			
	2.รพท.หนองคาย	1 / 2			
	3.สสอ.เมือง	1 / 1		1. Vice Director	1 / 6
	4.รพ.โพนพิสัย	1 / 2		-Health of Surveillance	-
	5.สสอ.โพนพิสัย	1 / 1		-Health of epidemiology	-
	6.สสอ.ศรีเชียงใหม่	1 / 1		2.รพ.เสดถาทิลาด	1 / 1
	7.รพ..ท่าบ่อ	1 / 2		3. Director of	1 / 1
	8.สสอ.ท่าบ่อ	1 / 1		Tuberculosis Center	
	9.สสอ.รัตนวาปี	1 / 1		4.รองหัวหน้าห้องการ	1 / 1
	10.รพ.สังคม	1 / 2		สาธารณสุขเมืองสังทอง	
11.สสอ.สังคม	1 / 1	5. ฝ่ายรักษาสาธารณสุข	1 / 1		
12.รพ.หนองคายวัฒนา (เอกชน)	รวมทั้งสิ้น 12 แห่ง 22 คน		เมืองปากงึม	รวมทั้งสิ้น 5 แห่ง 11 คน	
สคร.6	1.ผู้บริหาร สคร.6.	1 / 4			
	-กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่ายสคร.6.	-			
	2.ด้านควบคุมโรคฯ หนองคาย	1 / 3			
		รวมทั้งสิ้น 2 แห่ง 7 คน			

3.3 วิธีการศึกษา

การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1

การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 รวมทั้งสิ้น 1 ปี โดยดำเนินการ ดังนี้

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานก่อนการจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2555 โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ในประเด็นต่อไปนี้

1.1.1 สถานการณ์ความร่วมมือที่ผ่านมาของการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดน ไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

1.1.2 สถานการณ์ การรายงานโรค วัณโรค ตามระบบ Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS

1.1.3 สถานการณ์ระบบส่งต่อผู้ป่วย (Refer out)

1.1.4 สถานการณ์การแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการรักษา

1.2 การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 โดย

1.2.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ กำหนดประเด็นการอภิปรายกลุ่ม ประกอบด้วย การอ้างอิงกรอบนโยบาย การดำเนินงาน กรอบการรายงานโรค กลไกการประสานงาน สถานที่ลงนาม และการลงนามความเห็นชอบ

1.2.2 การนำข้อมูลตามประเด็นที่ได้จากการอภิปรายกลุ่มในข้อ 1.2.1 มาสรุปจัดทำร่างความเห็นร่วมกันเสนอที่ประชุมเห็นชอบ

1.2.3 จัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ นำไปสู่การประมวผลผลและวิเคราะห์ ตามประเด็นที่ศึกษาต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2556 รวมทั้งสิ้น 1 ปี 3 เดือน ดังนี้

2.1 การนำแนวทางการบันทึกความร่วมมือมาออกแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2555 รวมทั้งสิ้น 3 เดือน โดยพิจารณาใช้องค์ประกอบดำเนินการ ใน 4 ด้าน คือ

2.1.1 ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

1) การกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

2) การกำหนดขอบเขตการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่

จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

3) การกำหนดเครื่องมือ และวิธีการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

4) การกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือระหว่าง สปป.ลาว-ไทย และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

2.1.2 ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การวางแผนกระบวนการ การดำเนินงานตามแผน และการประเมินผล

2.1.3 ด้านผลผลิต พิจารณาจากผลการบันทึกความร่วมมือฯ และ ผลที่ได้จากการทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

2.1.4 ด้านการสะท้อนกลับข้อมูล ในประเด็นสภาพปัญหาจากการติดตามผู้ป่วย สภาพปัญหาจากการดำเนินงาน จุดเด่น และจุดด้อยของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ

2.2 การทดลองใช้การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2556 รวมทั้งสิ้น 1 ปี

ระยะที่ 3 การประเมินผลความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมีนาคมพ.ศ.2557 รวมทั้งสิ้น 3 เดือน ดังนี้

3.1 การประเมินความสำเร็จของผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ได้แก่ ผลที่ได้จากการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ และผลที่ได้จากการทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย โดยเฉพาะรายงานผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบเฝ้าระวังฯที่ได้พัฒนาขึ้น

3.2 การประเมินคุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ โดยกำหนดคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญในการประเมินฯ จำนวน 5 คน ดังนี้

3.1.1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารหน่วยงาน ระดับกรม และ/หรือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค หรือ

3.1.2) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัย และ/หรือ ความเชี่ยวชาญเฉพาะเกี่ยวกับการดำเนินงานวัณโรค หรือ

3.1.3) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานชายแดน และ/หรือ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค ทั้งนี้การประเมินคุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ โดย ประเมินใน 4 มาตรฐาน (Stufflebeam, D.L.,1981; CDC,1999) คือ

- 1) มาตรฐานด้านความเหมาะสม พิจารณาการประเมิน นั้นมีความเหมาะสมทั้งทางด้านกฎหมายและศีลธรรม
- 2) มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ พิจารณาการประเมินนั้นสนองต่อความต้องการในการนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ได้จริง
- 3) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ พิจารณาการประเมินนั้นสามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินการปฏิบัติงานจริงได้
- 4) มาตรฐานด้านความถูกต้อง พิจารณาการประเมินนั้นได้สารสนเทศที่ถูกต้องครอบคลุมครบถ้วน

3.3 ประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน ไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ โดยประเมินเฉพาะผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานจากกลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย - ลาว จากประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 29 คน

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1

1.1 จากแบบบันทึกการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาก่อนการดำเนินการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน ไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ที่ได้จากการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion)

1.2 จากแบบร่างบันทึกความร่วมมือการดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

1.3 จากแบบรายงานสรุปผลการดำเนินการจัดทำบันทึกความร่วมมือการดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

ระยะที่ 2

2.1 จากแบบบันทึกการเก็บข้อมูลตามองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต และด้านการสะท้อนกลับข้อมูล ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group)

2.2 จากแบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) ในการทดลองการใช้ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

ระยะที่ 3

3.1 จากแบบการบันทึกความร่วมมือ และแบบฟอร์มการรายงานผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบที่พัฒนาขึ้นที่ได้จากการทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

3.2 จากแบบประเมินคุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ โดยมีผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (สสจ.) หน่วยงานในสังกัด สสจ. และรพ.เอกชน จำนวนทั้งสิ้น 22 คน

3.3 จากแบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับผิดชอบงานวัคซีนโรคต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ เป็นแบบประเมินชนิดมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลิต และข้อมูลย้อนกลับ ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ระดับ 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ระดับ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

โดยแปลผลความคิดเห็น (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจต่อระบบมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.21-4.20 หมายถึง พึงพอใจต่อระบบมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.20 หมายถึง พึงพอใจต่อระบบปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พึงพอใจต่อระบบน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง พึงพอใจต่อระบบน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

โดยดำเนินการ

1. ประสานผู้บริหารหน่วยงาน เพื่อขออนุญาตเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่
2. ติดตามการดำเนินงานการพัฒนาเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ
3. สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ
4. สอบถามความคิดเห็น ด้านคุณภาพการพัฒนาเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ และความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ
5. ประมวลผลและนำเข้าสู่ข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคายตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือที่สร้างขึ้นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยให้คะแนนระดับความสอดคล้อง (Hambleton, K.R., 1989) ดังนี้

- 1 = สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
 0 = ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
 -1 = ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ผลของการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตามวิธีดังกล่าว พบว่า ค่า IOC มีค่าเป็นไปตามเงื่อนไข โดยไม่มีข้อคำถามใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 จึงไม่มีการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม

2.ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือที่ได้พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในพื้นที่จังหวัดเลย ซึ่งถือว่าเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ตามวิธีของ Cronbach ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ($\alpha - Coefficient$) ซึ่งมีเหมาะสมสำหรับเครื่องมือที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งมีสูตร (ศิริชัยกาญจนวาสิ, 2552) ดังนี้

$$r_{\alpha} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ

r_{α} คือ สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัด

K คือ จำนวนข้อทั้งหมดของเครื่องมือวัด

$\sum S_i^2$ คือ ผลรวมของความแปรปรวนคะแนนข้อคำถามแต่ละข้อ

S_t^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

ผลของการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(Reliability) แบบหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ($\alpha - Coefficient$) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.85

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ช่วยในการคำนวณ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ผลการศึกษา

4.1 ผลการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2554 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 มีดังนี้

4.1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ ก่อนการจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ.2555 พบว่า

1) สถานการณ์ความร่วมมือการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน ไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคายที่ผ่านมา ยังไม่มีการวางแผนจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคอย่างเป็นระบบมาก่อน แต่มีการจัดทำบันทึกการเจรจา ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และมีการอ้างถึงข้อตกลงความร่วมมือในเรื่องไข้หวัดนก โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำต่างๆ ซึ่งลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทยและรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน พ.ศ.2550 ณ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย นอกจากนี้มีการอ้างถึงการประชุมความร่วมมือด้านสาธารณสุขระดับท้องถิ่น ระหว่างจังหวัดหนองคายและนครหลวงเวียงจันทน์ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และหัวหน้าแผนกสาธารณสุขนครหลวงเวียงจันทน์ ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 15 - 16 กรกฎาคม พ.ศ.2551 ณ โรงแรมหนองคายแกรนด์ จังหวัดหนองคาย และ ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 8 - 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2555 ณ โรงแรมเจริญธานี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญระหว่างชายแดนลุ่มน้ำโขง ระหว่างจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ จังหวัดเลยกับแขวงไซยะบุรี และจังหวัดบึงกาฬกับแขวงบอลิคำไซ เพื่อร่วมมือกันสกัดกั้นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตลอดจนตอบสนองต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งสองฝ่าย ซึ่งในการประชุมครั้งนี้มีการผลักดันให้มีการจัดทำข้อตกลงการทำงานร่วมกัน มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ และกำหนดให้มีการติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ให้เป็นระบบและต่อเนื่อง

2) สถานการณ์และสภาพปัญหาการรายงานโรควัณโรคตามระบบ Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS พบว่า มีการรายงานโรควัณโรค ในรายงานโรคติดต่อตามแนวชายแดน ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามระบบ MBDS แต่การรายงานโรคมักรอช้า และไม่ทันเวลา และยังไม่มีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันในการจัดทำสถิติสถานการณ์โรค เพื่อประสานข้อมูลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเมืองชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย สำหรับการรายงานสถานการณ์โรคติดต่ออื่นๆตามระบบ MBDS พบว่า โรคติดต่อบางโรคของ สปป.ลาว ยังต้องอาศัยระดับนโยบายระหว่างรัฐบาลต่อรัฐบาล เช่น การรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ เป็นต้น

ประเด็นสรุปพร้อมกัน คือ ควรเพิ่มความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค วัณโรค ในรายงานโรคติดต่อตามแนวชายแดน ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามระบบ MBDS และควรมีการจัดประชุม

วิชาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพ รวมถึงควรมีการบูรณาการการสอบสวนโรคติดต่ออื่นๆร่วมกัน ปีละ 2 ครั้ง โดยผลัดเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม

3) สถานการณ์และสภาพปัญหาในระบบส่งต่อผู้ป่วย (Refer out) พบว่า การลงประวัติผู้ป่วยไม่ชัดเจน เนื่องจากไม่ใช่ชื่อจริง ที่อยู่ไม่ชัดเจน ระบบการขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ค่อนข้างล่าช้า รวมถึงสิทธิผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยข้อมูล ทำให้การรายงานสถานการณ์โรคและการติดตามการรักษาผู้ป่วยวันโรคยังไม่ครบถ้วน ดังนั้นโรคที่ยังเป็นปัญหาการรายงานทั้งไทย-ลาวในระบบส่งต่อผู้ป่วยตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย คือ โรควัณโรค จึงเป็นที่มาของการเลือกโรควัณโรคนำร่องในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

ประเด็นสรุปร่วมกัน คือ การทบทวนและจัดทำใบส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมข้อมูลที่สามารถติดตามได้ เพิ่มเติมประเด็นความประสงค์ของผู้ป่วยในการอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูล เพื่อติดตามการรักษาหรือไม่อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลในแบบฟอร์มการส่งต่อ และพัฒนาแบบฟอร์มในระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็น 2 ภาษา คือ ภาษาไทยและภาษาลาว โดยขอให้ไทยจัดทำเป็นภาษาไทยก่อน สำหรับภาษาลาวทางนครหลวงเวียงจันทน์ได้ดำเนินการแปล และส่งให้ตรวจสอบความครบถ้วนการใช้แบบฟอร์ม โดยเพิ่มรายละเอียดประวัติผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์

การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ถ้าไม่ส่งต่อทันที โดยยังไม่ต้องเริ่มให้ยา ก็ควรให้ผู้ป่วยได้รับยาครบในระยะเข้มข้น (2 เดือน) ก่อนแล้วจึงส่งต่อ และก่อนการส่งต่อผู้ป่วยทุกรายต้องแจ้งให้โรงพยาบาลที่ส่งต่อรับทราบก่อนส่งต่อผู้ป่วยทุกครั้ง ทั้งนี้เพราะระบบการให้ยาในผู้ป่วยวัณโรคระหว่างไทยและ สปป.ลาว แตกต่างกัน การส่งต่อผู้ป่วยต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงระบบการให้ยาในผู้ป่วยวัณโรค และควรให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกว่าจะรักษาแบบใด โดยจัดทำขั้นตอนการดำเนินงานความร่วมมือการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดนไทยกับ สปป.ลาว พร้อมทั้งถ่ายถอดแนวทาง รูปแบบการส่งต่อ แก่ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคระดับโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคายและผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจากนครหลวงเวียงจันทน์ และแพทย์ผู้รับผิดชอบวัณโรคจากโรงพยาบาล เชษฐาธิราช สปป.ลาว

จากผลการพัฒนาเครื่องมือการดำเนินงาน ได้แก่ แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ขั้นตอนการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดนไทยกับ สปป.ลาว และคู่มือการดำเนินงานความร่วมมือการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดนไทยกับ สปป.ลาว นำไปสู่การถ่ายถอดแนวทางการดำเนินงานให้แก่บุคลากรผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และตัวแทนจาก สปป.ลาว ระหว่างวันที่ 26 - 27 มีนาคม พ.ศ. 2556 โดยมีการถ่ายถอดนโยบายและ แนวทางการดำเนินงานตามการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางบันทึกความร่วมมือ พร้อมทั้งอภิปราย แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน และแบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของจังหวัดหนองคาย เห็นด้วยกับแบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น สำหรับ สปป.ลาว รับทราบและร่วมดำเนินการในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาวัณโรค ได้ต่อเนื่อง โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น สนับสนุนการจัดทำแบบฟอร์มดังกล่าว และคู่มือการดำเนินงานความร่วมมือการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดนไทยกับ สปป.ลาว โดยจะพิจารณาปรับเป็นภาษาลาว ต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดนไทยกับ สปป.ลาว โรงพยาบาลทั้งหมดในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และ สปป.ลาว เห็นด้วยกับขั้นตอนการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดนไทยกับ สปป.ลาว ที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น และสามารถปฏิบัติตามได้ทุกขั้นตอน แต่พบว่าโรงพยาบาลเอกชนยังไม่สามารถปฏิบัติได้ครบทุกขั้นตอน เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนบุคลากรที่รับผิดชอบงานค่อนข้างบ่อย

4) สถานการณ์การแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการรักษา พบว่า การแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยไม่มีการวางแผนร่วมกัน และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาวัณโรคค่อนข้างน้อย ขาดการทบทวนการปรับสูตรยา เพื่อการรักษาทั้งสองประเทศให้มีความใกล้เคียง หรือเหมือนกัน

ประเด็นสรุปร่วมกัน คือ ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่น โดยไม่ทราบผลของการรักษา (Transfer out) ควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาวัณโรคระหว่างจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ ผู้ป่วยวัณโรคชาวลาวที่วินิจฉัยได้ที่โรงพยาบาลในประเทศไทย หากต้องการกลับไปรักษา วัณโรคต่อที่ สปป.ลาว ไม่ต้องขึ้นทะเบียนรักษา ให้ส่งต่อผู้ป่วยรายนี้ไปเริ่มการรักษาที่ สปป.ลาว โดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดน (Refer out)

ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาที่ประเทศลาวจะมีปัญหาในเรื่องสูตรยาในการรักษาที่แตกต่างกันใน ระยะเข้มข้น และระยะต่อเนื่องที่รักษาไม่ครบแต่ต้องกลับไปรักษาที่ สปป.ลาว กำหนดให้ สปป.ลาวต้องติดตามผลการรักษาจนครบการรักษา (Transfer out) และควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษา วัณโรคระหว่างจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์

การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคชาวลาวที่วินิจฉัยได้ที่โรงพยาบาลในประเทศไทย และประสงค์รักษา วัณโรคที่ประเทศไทย ให้ขึ้นทะเบียนและรักษาต่อจนครบกำหนดการรักษาในประเทศไทย โดยเบิกยารักษา จากกรมควบคุมโรค ในกรณีผู้ป่วยวัณโรคไร้สิทธิ และกรณีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนแต่รักษายังไม่ครบกำหนดการ รักษาในประเทศไทย และต้องการไปรักษาต่อที่ สปป.ลาว ต้องติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายนี้ที่ สปป.ลาว เมื่อครบกำหนดการรักษา โดยจัดทำขั้นตอนการดำเนินงานความร่วมมือการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่าง ชายแดนไทยกับ สปป.ลาว โดยใช้แบบฟอร์ม 2 ภาษา สำหรับการส่งต่อให้เข้าใจตรงกันระหว่างด่านควบคุม โรคซึ่งเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคจะดำเนินการแจ้งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายและ สคร.6 ขอนแก่น

ดังรายละเอียดผังแผนภาพที่ 4.1 – แผนภาพที่ 4.2

TB.....

แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดนไทย-สปป.ลาว (แบบฟอร์ม นำส่งถิ่นเจ็บอันนะโลก)

พื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

(พื้นที่ รับผิดชอบ สำหรับงานป่วยวัณโรคตามโลก ที่ 6 ขอนแก่น)

(TB Cross-Border Referral Form among Thailand-Laos PDR , in DPC6 KhonKaen)

- ความประสงค์ของผู้ป่วย (ความสะดุ้งใจของถิ่นเจ็บ)
- อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลเพื่อติดตามการรักษา (อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว)
- ไม่อนุญาตเปิดเผยข้อมูล (ขออนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว)

โรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วย (โรงพยาบาลที่นำส่ง).....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย (ชื่อ และ นามสกุล)..... อายุ.....ปี

ที่อยู่ผู้ป่วย (ที่อยู่ปัจจุบัน)..... หมู่ที่ (ซอย)..... บ้าน(บ้าน).....

ถนน(ถนน)..... อำเภอ (เมือง)..... จังหวัด (แขวง).....

บ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาล(อยู่ใก้กับโรงพยาบาล).....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.(ถ้ามี)..... มือถือ.(มือถือ).....

สถานที่ทำงาน (กรณีทำงานในประเทศไทย).....

(สะพานมิตราวุธพม่า-ประเทศไทย)

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน. (เบอร์โทรศัพท์มือถือพม่า-ประเทศไทย).....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

การวินิจฉัย (Diagnosis) วัณโรคปอด (Pulmonary TB) วัณโรคนอกปอด(Extra-Pulmonary TB)

(อื่นๆ)

ประเภทการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค New M+ New M- Relapse

TAD TAF Other

การรักษาวัณโรค ยังไม่ได้ให้ยารักษาวัณโรค

เริ่มรักษาเมื่อวันที่.....รักษาด้วยยา.....

ผลการติดตามผู้ป่วยวัณโรค

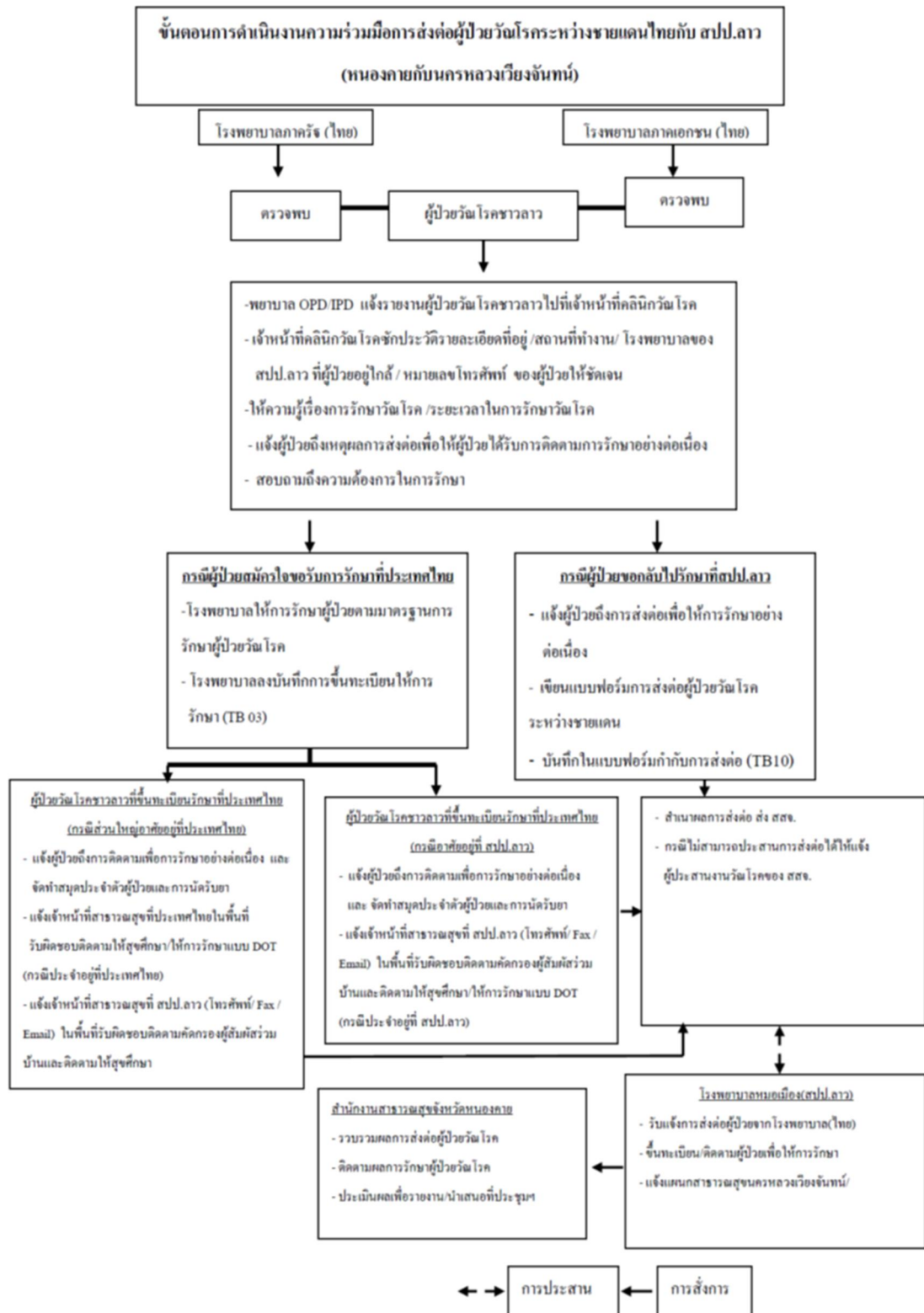
ขึ้นทะเบียนรักษาในผู้ป่วยไม่ประสงค์เปิดเผยข้อมูล(ขึ้นทะเบียนขึ้นทะเบียนแต่ไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูล)

ไม่พบผู้ป่วยตามชื่อที่อยู่ (ไม่พบผู้ป่วยตามชื่อที่อยู่)

ผู้ป่วยมีความประสงค์รักษาในประเทศไทย (ถิ่นเจ็บต้องการขึ้นทะเบียนในประเทศไทย)

พบผู้ป่วยและขึ้นทะเบียนรักษาแล้ว (พบผู้ป่วยและขึ้นทะเบียนรักษาแล้ว และ ได้ขึ้นทะเบียนขึ้นทะเบียน ประเทศไทย แล้ว)

แผนภาพที่ 4.1 แสดงแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคที่ได้จากการพัฒนา



แผนภาพที่ 4.2 แสดงขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคที่ได้พัฒนา

4.1.2) ผลการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย -ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2555 พบว่า มีการอ้างอิงตามกรอบนโยบายความร่วมมือที่ผ่านมา กรอบการรายงานโรค กลไกการประสานงาน วิธีการและสถานที่ลงนามการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ซึ่งการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย -ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย เป็นผลที่เกิดจากการประชุมร่วมกันทั้ง 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 8 -10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2555 ณ โรงแรมเจริญธานี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อสำคัญระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มน้ำโขง จังหวัดหนองคาย กั้นนครหลวงเวียงจันทน์ จังหวัดบึงกาฬ กับแขวงบอลิคำไซ และจังหวัดเลย กับแขวง ไชยะบุรี ซึ่งการประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมติดตามความก้าวหน้าการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในปี พ.ศ.2558 และติดตามความร่วมมือการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง ซึ่งพบว่าโรค วัณโรคเป็นปัญหาในการรายงานตามระบบ Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS ดังนั้นที่ประชุม จึงมีความเห็นร่วมกันในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 3 - 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ณ โรงแรมเจริญธานี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีความก้าวหน้าในการพิจารณาจัดทำร่างบันทึกความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กั้นนครหลวงเวียงจันทน์

ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 24 - 25 กันยายน พ.ศ. 2555 ณ โรงแรมลองบีชรีสอร์ทแอนด์สปา พัทยา จังหวัดชลบุรี พบว่า มีการลงนามบันทึกความร่วมมือการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กั้นนครหลวงเวียงจันทน์ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงผลการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

ประเด็นบันทึกความร่วมมือ	ข้อเสนอแนะประเทศไทย	ข้อเสนอแนะประเทศลาว	ความเห็นร่วม
1. การอ้างกรอบนโยบายที่ผ่านมา	<p>- มีการบันทึกการเจรจาระหว่างกระทรวงสาธารณสุข แห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่ง ลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2550 ณกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย</p> <p>- มีข้อตกลงความร่วมมือในเรื่องไข้หวัดนก โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำระหว่างกระทรวงสาธารณสุข แห่งราชอาณาจักรไทยซึ่ง ลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว</p>	<p>- มีการบันทึกการประชุมความร่วมมือด้านสาธารณสุขระดับท้องถิ่น ระหว่างจังหวัดหนองคาย และนครเวียงจันทน์ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และหัวหน้าแผนกสาธารณสุขนครหลวงเวียงจันทน์ เมื่อวันที่ 27 – 28 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ซึ่งจัดขึ้นที่โรงแรมหนองคายแกรนด์ จังหวัดหนองคาย</p> <p>- มีการบันทึกการประชุมความร่วมมือด้านสาธารณสุข ระดับท้องถิ่น ระหว่างจังหวัดหนองคายและนครเวียงจันทน์ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และหัวหน้าแผนกสาธารณสุขนครหลวงเวียงจันทน์ เมื่อวันที่ 15– 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ซึ่งจัดขึ้น ณ โรงแรมหนองคายแกรนด์ จังหวัดหนองคาย</p>	<p>- ทั้งสองฝ่ายได้พร้อมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตกลงถึงความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อสำคัญชายแดนลุ่มน้ำโขงระหว่างจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ เพื่อร่วมมือกันสกัดกั้นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งสองฝ่าย และตอบสนองต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งสองฝ่าย โดยให้อ้างถึง <u>การมีบันทึกความร่วมมือต่างๆ ที่ผ่านมา</u></p>
2. กรอบการรายงานโรค	- ควรปฏิบัติตามระบบ MBDS และเพิ่มความระมัดระวังการรายงานและการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค	- ควรปฏิบัติตามระบบ MBDS และเพิ่มความระมัดระวังการรายงานและการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค	- ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นตรงกัน
3. กลไกการประสานงาน	<p>ด้านความร่วมมือการดำเนินงานให้มีแลกเปลี่ยนส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกัน</p> <p>- การดำเนินงานจัดทำระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ข้ามช่องทางเข้าออกประเทศ ด้านพรมแดนหนองคาย</p> <p>- ควรมีการจัดการประชุม จัดเวทีแลกเปลี่ยนวิชาการ/ติดตามผลการดำเนินงาน โดยจัดการประชุมร่วมกันปีละ 2 ครั้ง และผลัดเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม</p>	<p>- ด้านความร่วมมือการดำเนินงานให้มีแลกเปลี่ยนส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกัน</p> <p>- การดำเนินงานจัดทำระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ข้ามช่องทางเข้าออกประเทศ ด้านพรมแดนหนองคาย</p> <p>- ควรมีการจัดการประชุม จัดเวทีแลกเปลี่ยนวิชาการ/ติดตามผลการดำเนินงาน โดยจัดการประชุมร่วมกันปีละ 2 ครั้ง และผลัดเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม</p>	- ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นตรงกัน

4.2 ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการศึกษา พบว่า เป็นผลสืบเนื่องจากการศึกษาในระยะที่ 1 โดยพบมีการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา และการอภิปรายกลุ่มตามประเด็นที่กำหนดในการศึกษามาจัดทำร่างแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ที่ได้จากการประชุมร่วมกันทั้ง 3 ครั้ง ซึ่งนำไปสู่บทสรุปในการจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือ เพื่อนำมาออกแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ และทดลองใช้ระบบดังกล่าวตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2556 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2556 ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังดังกล่าว ตามคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญที่ได้กำหนดไว้ คือ

- 1) เป็นผู้มีความรู้ประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารหน่วยงาน ระดับกรม และ/หรือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค หรือ
- 2) เป็นผู้มีความรู้ประสบการณ์ในการทำวิจัย และ/หรือ ความเชี่ยวชาญเฉพาะเกี่ยวกับการดำเนินงานโรค หรือ
- 3) เป็นผู้มีความรู้ประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานชายแดน และ/หรือ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

โดยมีกรอบกลุ่มทั้ง 4 องค์กรประกอบตามประเด็นที่ศึกษา คือ

1) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีความครอบคลุมตามประเด็นที่กำหนดในการศึกษา คือ

1.1) ด้านวัตถุประสงค์ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อ พัฒนาความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว และเพื่อการพัฒนาเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

1.2) การกำหนดขอบเขต มีการกำหนดขอบเขตด้านความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคที่ได้รับการรักษา และส่งต่อโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนของจังหวัดหนองคาย (ตามภาพที่ 4.1 และ 4.2)

1.3) ด้านเครื่องมือและการป้องกันควบคุมโรค มีการกำหนดแบบฟอร์มต่างๆ เช่น แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยเป็น 2 ภาษา วิธีการรายงานผู้ป่วยโรคที่เข้าระบบรายงาน วิธีการบันทึกการรักษา โดยใช้คู่มือการดำเนินงานโรค และคู่มือการรักษาโรคเป็นแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน (ตามภาพที่ 4.1 และรายละเอียดในภาคผนวก ค.)

1.4) การกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บุคลากรผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย /TB คลินิกโรงพยาบาลหนองคาย / โรงพยาบาลที่มีพื้นที่ติดชายแดนไทย-ลาว โรงพยาบาลเอกชน ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย และผู้บริหาร /TB คลินิก ของโรงพยาบาลในนครหลวงเวียงจันทน์

1.5) การนำผลจากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการทำบันทึกความร่วมมือไปใช้ประโยชน์ ด้วยการติดตามผลการรักษาโรค (ตามตาราง ที่ 4.1)

2) ด้านกระบวนการ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ พบว่า

2.1) ด้านกระบวนการวางแผน มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดน ผลการวิเคราะห์ พบปัญหาด้านการวินิจฉัยโรค การรักษา การติดตามผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยโรคระหว่างชายแดนไทย-ลาว ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ นำมาวางแผน กำหนดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดน การวางแผนพัฒนาบุคลากรร่วมกัน และการพัฒนาความร่วมมือตามข้อกำหนดมาตรฐานการควบคุมโรค รวมถึงการพัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติ ระบบรายงานการส่งต่อด้วย 2 ภาษา การจัดทำแบบประเมิน คำแนะนำ การรักษา และการจัดทำบัตรนัดผู้ป่วย เพื่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดน ไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

2.2) ด้านการดำเนินงานตามแผน พบว่า มีการดำเนินงานเป็นไปตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และระยะเวลาที่กำหนดในแผนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

2.3) ด้านการประเมินผล พบมีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาความร่วมมือ ในการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

3) ด้านผลผลิต ได้พิจารณาจากแนวทางการบันทึกความร่วมมือ และผลที่ได้จากการทดลองใช้ แนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ พบว่า มีการรายงานโรคตามหลักเกณฑ์และระยะเวลาที่กำหนด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการร่วมกัน และมีการใช้แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยใน 2 ภาษา

4) ด้านการสะท้อนกลับข้อมูล จากการติดตามผลการรักษาโรค พบประเด็นสภาพปัญหา จากการติดตามผู้ป่วย สภาพปัญหาจากการดำเนินงาน จุดเด่น และจุดด้อยของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ดังนี้

จุดเด่น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

1) เป็นการพัฒนางานที่อ้างอิงกรอบนโยบายการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง ที่ส่งผลให้มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดน ไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ที่สามารถเชื่อมโยงกรอบนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ชายแดนสู่การปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหาโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ ด้วยความร่วมมือของเครือข่ายทั้งสองประเทศที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ เพื่อร่วมมือกันสกัดกั้นปัญหา ด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ตลอดจนตอบสนองต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งสองฝ่าย

2) การแปลระดับนโยบายสู่การปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้จริง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมกันจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือเป็นแนวทางการปฏิบัติที่อาศัยการออกแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคฯ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา ร่วมกันในการวางระบบ เพื่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ด้วยความร่วมมือจากการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง และการรายงานโรคในระบบ Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS ที่ผ่านเป็นกรอบแนวทางปฏิบัติ ที่ใช้องค์ความรู้ด้านวิชาการนำสู่การปฏิบัติ

ให้เกิดประโยชน์ต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งสองประเทศให้ได้ตามมาตรฐานเดียวกันอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน และมีกลไกการทำงานของด้านควบคุมป้องกันโรคระหว่างประเทศสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน

3) ผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว สามารถเข้าสู่ระบบการรายงานและส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคฯ ทั้งนี้เพราะมีการดำเนินงานตามระบบดังกล่าวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ ถือเป็นรูปแบบการสร้างความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

จุดด้อย และสภาพปัญหาอุปสรรค การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ มีดังนี้

1) ด้านการประสานงานของทีมงาน มีขั้นตอนและใช้เวลาดำเนินการมาก โดยเฉพาะกระบวนการจัดประชุมแต่ละครั้ง เนื่องจากผู้รับผิดชอบโครงการดังกล่าว ต้องใช้เวลาในออกหนังสือและการตอบรับการเข้าร่วมประชุมค่อนข้างนาน ทั้งนี้เพราะผู้เข้าร่วมประชุมจาก สปป.ลาว ต้องเป็นระดับที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายของประเทศ

2) ด้านการสนับสนุนงบประมาณ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ มีค่อนข้างน้อย เนื่องจาก สปป.ลาว ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ สภาพปัญหาในประเทศมีหลายเรื่องที่ต้องพัฒนาแก้ไข การใช้งบประมาณมีการจัดลำดับความสำคัญ และขึ้นกับนโยบายผู้บริหารประเทศ ส่งผลให้การมองสภาพปัญหาที่แตกต่างจากประเทศไทยในการสนับสนุนงบประมาณ

3) ด้านระบบการรายงานและการส่งต่อผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาาระบบป้องกันควบคุมวัณโรคฯ แต่ยังมีสภาพปัญหาการส่งต่อและมีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว ได้ครอบคลุมทุกราย ประกอบกับการรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว ค่อนข้างล่าช้า สืบเนื่องจากโรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการขึ้นทะเบียนล่าช้า เพราะต้องประสานระหว่างคลินิกวัณโรคกับแผนกต่างๆ ส่งผลให้การรายงานผู้ป่วยวัณโรคให้ สปป. ลาว ล่าช้าไปด้วย ซึ่งทางคลินิกวัณโรคได้รับทราบและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากับผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายแล้ว รวมถึงผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว มีบางส่วนที่ไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ทั้งในพื้นที่ของจังหวัดหนองคายและจังหวัดใกล้เคียง ส่งผลให้ไม่เข้าสู่ระบบของการรายงานตามระบบส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้เป็นเพราะผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลเอกชนมีการเปลี่ยนบุคลากรรับผิดชอบบ่อยครั้ง และโรงพยาบาลใกล้เคียงไม่ทราบขั้นตอนการดำเนินงานดังกล่าว

4.3 ผลการประเมินความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2557

4.3.1 ผลที่ได้จากการความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ โดยเฉพาะการรายงานผู้ป่วย

วัณโรคผ่านระบบเฝ้าระวังที่ได้พัฒนาขึ้น มีดังนี้

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคก่อนการพัฒนาระบบฯ มีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคเพียง จำนวน 1 ราย แต่หลังการพัฒนาระบบฯ มีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นเป็น 28 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสมัครใจรักษาในจังหวัดหนองคาย จำนวน 9 ราย ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่ สปป.ลาว จำนวน 10 ราย และมีการติดตามผลการรักษา จำนวน 6 ราย ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาที่ สปป.ลาว มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 1 ราย และไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ จำนวน 3 ราย ตามตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงการเปรียบเทียบการรายงานผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

จำนวนผู้ป่วย	ผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป. ลาว			การติดตามผู้ป่วย			
	จำนวน	สมัครใจรักษาในหนองคาย	ส่งต่อไปรักษาที่ สปป. ลาว	ขึ้นทะเบียนรักษาใน สปป.ลาว	เสียชีวิต	ติดตามไม่ได้	กำลังติดตาม
ก่อนดำเนินการ	1	1	-	-	-	-	-
หลังดำเนินการ	28	9	10	6	1	3	-

4.3.2 ผลการประเมินคุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ โดยประเมินใน 4 มาตรฐาน พบว่า ทุกมาตรฐาน คะแนนภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับ ดังนี้

1) มาตรฐานด้านความเหมาะสม คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.33$ และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. = 0.37

2) มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.30$, และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. = 0.22

3) มาตรฐานด้านความถูกต้อง คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.26$ และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. = 0.17

4) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.21$ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.= 0.29)

ตามตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงผลการประเมินคุณภาพ ใน 4 มาตรฐานของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุม วัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคายตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

ประเด็นการประเมิน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
มาตรฐานด้านความเหมาะสม			
1.การพัฒนาระบบฯ มีการกำหนดข้อตกลงของการประเมินไว้เป็นทางการ มีความเป็นธรรมและโปร่งใส	4.25	0.69	มากที่สุด
2.การรายงานผลการประเมินการพัฒนาระบบฯ มีความตรงไปตรงมา เปิดเผย และคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	4.71	0.48	มากที่สุด
3.การพัฒนาระบบฯ มีการระบุข้อจำกัด	4.42	0.53	มากที่สุด
4.การพัฒนาระบบฯ ให้ความสำคัญต่อสิทธิในการรับรู้ข่าวสารของผู้รับการประเมินและบุคคลทั่วไป	4.00	0.57	มาก
5.ผลการประเมินการพัฒนาระบบฯ คำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับการประเมิน	4.47	0.13	มากที่สุด
6.การพัฒนาระบบฯ เคารพสิทธิในการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	3.85	0.69	มาก
7.การรายงานผลการประเมินการพัฒนาระบบฯ มีความสมบูรณ์ ยุติธรรมและ เสนอทั้งจุดเด่นและจุดด้อยของสิ่งที่ประเมิน	4.33	0.23	มากที่สุด
8.ผู้ประเมินทำการประเมินการพัฒนาระบบฯ มีความรับผิดชอบ และมีจรรยาบรรณ	4.57	0.52	มากที่สุด
ภาพรวม	4.33	0.37	มากที่สุด
มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์			
1.การพัฒนาระบบฯ มีการระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	4.11	0.69	มาก
2.ข้อมูลสารสนเทศจากการประเมินมาจากผู้ประเมินมีความน่าเชื่อถือ	4.14	0.37	มาก
3.กระบวนการรวบรวมข้อมูลของการพัฒนาระบบฯ มีความครอบคลุมและตอบสนองความต้องการใช้ผลการประเมินของผู้ที่เกี่ยวข้อง	4.42	0.33	มากที่สุด
4. การนำข้อมูลสารสนเทศจากผลการประเมินการพัฒนาระบบฯ มาแปลความหมายและการตัดสินใจคุณค่ามีความชัดเจน	4.17	0.27	มาก
5.การรายงานผลการประเมินการพัฒนาระบบฯ มีความชัดเจนทุกขั้นตอน	4.21	0.45	มากที่สุด
6. การเผยแพร่ผลการประเมินการพัฒนาระบบฯ ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องมีความทั่วถึง	4.38	0.48	มากที่สุด
7. การรายงานผลการประเมินการดำเนินงานของการพัฒนาระบบฯ เสร็จทันเวลา สำหรับที่จะนำไปใช้ประโยชน์	4.43	0.51	มากที่สุด
8. การพัฒนาระบบฯ ส่งผลให้บุคลากรมีการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง	4.57	0.53	มากที่สุด
ภาพรวม	4.33	0.37	มากที่สุด

ตารางที่ 4.3 แสดงผลการประเมินคุณภาพ ใน 4 มาตรฐานของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
มาตรฐานด้านความถูกต้อง			
1. การพัฒนาระบบฯ มีการระบุวัตถุประสงค์ของการประเมินไว้อย่างชัดเจน	4.18	0.15	มาก
2. การพัฒนาระบบฯ มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบฯ อย่างเพียงพอ	4.15	0.75	มาก
3. การพัฒนาระบบฯ มีการระบุกระบวนการประเมินการพัฒนาระบบฯ ได้อย่างชัดเจน	4.51	0.21	มากที่สุด
4. การพัฒนาระบบฯ มีการระบุแหล่งข้อมูลและที่มาของข้อมูลอย่างชัดเจน	4.51	0.31	มากที่สุด
5. การพัฒนาระบบฯ มีการพัฒนาเครื่องมือ และการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความตรง	4.42	0.53	มากที่สุด
6. การพัฒนาระบบฯ มีการพัฒนาเครื่องมือ และการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความเที่ยงตรง	3.81	0.52	มาก
7. การพัฒนาระบบฯ มีการจัดระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์และรายงาน	4.00	0.53	มาก
8. การพัฒนาระบบฯ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณอย่างเหมาะสมและถูกต้อง	4.17	0.34	มาก
9. การพัฒนาระบบฯ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างเหมาะสมและถูกต้อง	4.24	0.37	มากที่สุด
10. การพัฒนาระบบฯ มีการลงข้อสรุปผลการประเมินการพัฒนาระบบฯ มีเหตุผลสนับสนุน	4.43	0.48	มากที่สุด
11. การเขียนรายงานของการพัฒนาระบบฯ มีความเป็นปรนัย	4.31	0.48	มากที่สุด
ภาพรวม	4.26	0.17	มากที่สุด
มาตรฐานด้านความเป็นไปได้			
1. กระบวนการปฏิบัติของการพัฒนาระบบฯ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้	4.04	0.37	มาก
2. วิธีการประเมินผลการพัฒนาระบบฯ มีความสอดคล้องกับบริบท และเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	4.28	0.41	มากที่สุด
3. การพัฒนาระบบฯ เป็นระบบที่ให้ผลคุ้มค่า	4.32	0.43	มากที่สุด
ภาพรวม	4.21	0.29	มากที่สุด

4.3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคายตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ พบว่า ภาพรวมของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.50) รองลงมาคือ ด้านผลผลิต ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.38) และด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.25) ตามลำดับ สำหรับ ด้านการสะท้อนกลับข้อมูล มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.52) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แสดงผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ

ประเด็นการประเมิน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านปัจจัยนำเข้า			
1. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือที่มีการบันทึกความร่วมมือ ที่อ้างอิงตามกรอบนโยบายที่ผ่านมา	4.22	0.66	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีการสื่อสารบันทึกความร่วมมือ (MOU) ให้บุคลากรรับทราบแนวปฏิบัติของการพัฒนาระบบฯ	4.44	0.52	มากที่สุด
3. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามความร่วมมือสำหรับการพัฒนาระบบฯ	4.53	0.27	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีการกำหนดภารกิจ บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ	4.67	0.50	มากที่สุด
5. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีการกำหนดโรคที่ต้องเฝ้าระวังและมีแนวทางสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค	4.22	0.44	มากที่สุด
6. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคติดต่อตามแนวชายแดนที่สำคัญ เช่น วัณโรค	4.67	0.50	มากที่สุด
7. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างไทย-ลาว ในการดำเนินงานพัฒนาระบบฯ เช่น วัณโรค เป็นต้น	3.67	0.50	มาก
8. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีมีการกำหนดพื้นที่ร่วมกันในการพัฒนาระบบฯ	4.11	0.78	มาก
9. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบฯ	4.56	0.52	มากที่สุด
10. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีการพัฒนาคู่มือการพัฒนาระบบฯ	4.53	0.52	มากที่สุด
ภาพรวม	4.32	0.25	มากที่สุด
ด้านกระบวนการ			
11. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีกระบวนการประชุม เพื่อการทบทวนบันทึกความร่วมมือที่ผ่านมาระหว่างตัวแทนไทยกับ สปป.ลาว	4.39	0.44	มากที่สุด
12. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีกระบวนการประชุม เพื่อการกำหนดแนวทางการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาระบบฯ ระหว่างตัวแทนไทยกับ สปป.ลาว	4.41	0.50	มากที่สุด
13. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีกระบวนการลงนามบันทึกความร่วมมือระหว่างตัวแทนไทย กับ สปป.ลาว	4.39	0.66	มากที่สุด
14. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีกระบวนการวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคติดต่อตามกรอบบันทึกความร่วมมือ ได้แก่ ปัญหาโรควัณโรค	4.27	0.60	มากที่สุด
15. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีกระบวนการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานการพัฒนาระบบฯ	4.39	0.92	มากที่สุด

ตารางที่ 4.4 แสดงผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
16.ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีกระบวนการสื่อสารแนวทางการพัฒนาระบบฯให้บุคลากรได้รับทราบ และเป็นนโยบายสำหรับปฏิบัติ	4.45	0.70	มากที่สุด
17.ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีกระบวนการติดตามและประเมินผลที่สร้างความน่าเชื่อถือและสามารถตรวจสอบได้	4.53	0.72	มากที่สุด
18.ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีกระบวนการคืนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและโรคติดต่อ	4.44	0.52	มากที่สุด
ภาพรวม	4.41	0.52	มากที่สุด
ด้านผลผลิต			
19.ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีกระบวนการบันทึกความร่วมมือระหว่างตัวแทนไทยกับสปป.ลาว ที่สามารถเป็นกรอบนโยบายในการพัฒนาระบบฯได้	4.78	0.66	มากที่สุด
20.ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีผลจากการดำเนินงานพัฒนาคู่มือการดำเนินงานโรค สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาบุคลากรทั้งไทยและสปป.ลาว	4.22	0.44	มากที่สุด
21.ความพึงพอใจที่มีผลจากการดำเนินงาน สามารถนำไปประกอบการวางแผนพัฒนา การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย	4.33	0.50	มากที่สุด
22.ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่สามารถนำไปประกอบการวางแผนพัฒนาระบบการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคให้เพิ่มขึ้น	4.21	0.66	มากที่สุด
23.ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่สามารถแก้ไขสภาพปัญหาการดำเนินงานโรคในพื้นที่ได้	4.35	0.50	มากที่สุด
ภาพรวม	4.37	0.38	มากที่สุด
ด้านสะท้อนกลับข้อมูล			
24.ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีการติดตามเป็นระยะและต่อเนื่อง พร้อมทั้งสะท้อนกลับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนางาน	4.44	0.52	มากที่สุด
25.ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ที่มีการทบทวนผลการดำเนินงาน สามารถปรับให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาในการดำเนินงาน	3.67	0.70	มาก
ภาพรวม	4.05	0.52	มาก

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุป

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) พัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย (2) พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือและ (3) ประเมินผลความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ **ประชากรที่ศึกษา** จำนวนทั้งสิ้น 19 แห่ง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย - ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย จากประเทศไทย จำนวน 14 แห่ง และ (2) กลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนที่ติดชายแดนไทย จาก สปป.ลาว ของหน่วยงานในสังกัดนครหลวงเวียงจันทน์ จำนวน 5 แห่ง **กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา** เลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) รวมทั้งสิ้น 40 คน ประกอบด้วย (1) ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานจากกลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย - ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย จากประเทศไทย จำนวน 29 คน และ (2) ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานจากกลุ่มหน่วยงานสาธารณสุขตามแนวชายแดนที่ติดชายแดนไทย จาก สปป.ลาว ของหน่วยงานในสังกัดนครหลวงเวียงจันทน์ จำนวน 11 คน

วิธีการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2554 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 โดย (1.1) การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ในการดำเนินงานก่อนการจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ.2555 เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือฯ (1.2) การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ.2555 **ระยะที่ 2** การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ โดย (2.1) การนำแนวทางการบันทึกความร่วมมือ มาออกแบบการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ โดยองค์ประกอบใน 4 ด้าน คือ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการวางแผน ด้านผลผลิต และด้านการสะท้อนกลับข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ.2556 และ (2.2) การทดลองใช้การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่าง เดือน ตุลาคมพ.ศ.2556 – กันยายน พ.ศ.2557 **ระยะที่ 3** การประเมินผลความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 - มีนาคม พ.ศ.2558 โดย (3.1) ประเมินผลที่ได้จากการพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ จากการทดลองใช้ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย โดยเฉพาะรายงานผู้ป่วยโรคผ่านระบบเฝ้าระวังฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น (3.2) การประเมินคุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ใน 4 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานด้านความ

ถูกต้อง ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ และ (3.3) การประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสนทนากลุ่ม โดยการกำหนดประเด็นการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อคิดเห็นและแนวทางการศึกษาในแต่ละระยะที่กำหนด แบบสำรวจผลการดำเนินงานจากความคิดเห็นการประเมินคุณภาพ และแบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ **การวิเคราะห์ข้อมูล** เชิงปริมาณ ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ช่วยในการคำนวณ และเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย พบว่า (1.1) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ ก่อนการจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือฯ ที่ผ่านมา ยังไม่มีการวางแผนจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคอย่างเป็นระบบมาก่อน แต่มีการจัดทำบทบันทึกการเจรจาระหว่างกระทรวงสาธารณสุข ที่อ้างถึงข้อตกลงความร่วมมือ เรื่องไข้หวัดนก โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำต่างๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 และมีการอ้างถึงการประชุมความร่วมมือด้านสาธารณสุขระดับท้องถิ่น ระหว่างจังหวัดหนองคายและนครหลวงเวียงจันทน์ ครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ.2551 และ ครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ.2555 เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญระหว่างชายแดนลุ่มน้ำโขง ระหว่างจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ จังหวัดเลยกับแขวงไชยะบุรี และจังหวัดบึงกาฬกับแขวงบอลิคำไซ ซึ่งในการประชุมครั้งนี้มีการผลักดัน นำไปสู่การจัดทำข้อตกลงการทำงานร่วมกัน มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ และกำหนดให้มีการติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย อย่างต่อเนื่อง สำหรับด้านการรายงานโรควัณโรคตามระบบ **Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS** พบว่า มีการรายงานโรควัณโรค ในรายงานโรคติดต่อตามแนวชายแดน ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามระบบ MBDS แต่ยังไม่ทันเวลา และยังไม่มีการบูรณาการร่วมกันในการจัดทำสถิติสถานการณ์โรค เพื่อประสานข้อมูลการดำเนินงานร่วมกัน **ประเด็นสรุปร่วมกัน** คือ ควรเพิ่มความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรควัณโรค ในรายงานโรคติดต่อตามแนวชายแดน ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามระบบ MBDS และควรมีการจัดประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพ รวมถึงควรมีการบูรณาการการสอบสวนโรคติดต่ออื่นๆร่วมกัน ปีละ 2 ครั้ง โดยผลัดเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม **ด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย (Refer out)** พบว่า การลงประวัติผู้ป่วยไม่ชัดเจน เนื่องจากไม่ใช้ชื่อจริง ที่อยู่ไม่ชัดเจน ระบบการขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ค่อนข้างล่าช้า รวมถึงสิทธิผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยข้อมูล ทำให้การรายงานสถานการณ์โรคและการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคยังไม่ครบถ้วน จึงเป็นที่มาของการเลือกโรควัณโรคที่ยังเป็นปัญหามานำร่องในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

ประเด็นสรุปร่วมกัน คือ การทบทวน จัดทำใบส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมข้อมูลที่สามารถติดตามได้ เพิ่มเติมประเด็นความประสงค์ของผู้ป่วยในการอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูล เพื่อติดตามการรักษาหรือไม่ อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลในแบบฟอร์มการส่งต่อ และพัฒนาแบบฟอร์มในระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็น 2 ภาษา คือ ภาษาไทยและภาษาลาว และเพิ่มรายละเอียดประวัติผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ควรเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเข้มข้นเท่านั้น และก่อนการส่งต่อผู้ป่วยทุกรายต้องแจ้งให้โรงพยาบาลที่

ส่งต่อรับทราบก่อนส่งต่อผู้ป่วยทุกครั้ง ทั้งนี้เพราะระบบการให้ยาในผู้ป่วยวัณโรคระหว่างไทยและ สปป.ลาว แตกต่างกัน การส่งต่อผู้ป่วยต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงระบบการให้ยาในผู้ป่วยวัณโรค และควรให้ผู้ป่วย ตัดสินใจเลือกว่าจะรักษาแบบใด โดยมีการจัดทำขั้นตอนการดำเนินงานความร่วมมือการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างชายแดนไทยกับ สปป.ลาว และได้มีการถ่ายทอดแนวทาง รูปแบบการส่งต่อแก่ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณ โรคระดับโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคายและผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จากนครหลวงเวียงจันทน์และแพทย์ผู้รับผิดชอบวัณโรคจากโรงพยาบาลเซษฐาธิราช สปป.ลาว เมื่อวันที่ 26 - 27 มีนาคม พ.ศ. 2556 โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น สนับสนุนการจัดทำแบบฟอร์ม ดังกล่าว และคู่มือการดำเนินงานความร่วมมือการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดนไทยกับ สปป.ลาว ซึ่ง พบว่าโรงพยาบาลทั้งหมดในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และ สปป.ลาว สามารถปฏิบัติตาม ได้ทุกขั้นตอน แต่พบว่าโรงพยาบาลเอกชนยังไม่สามารถปฏิบัติตามได้ครบทุกขั้นตอนเนื่องจากการปรับเปลี่ยน บุคลากรที่รับผิดชอบงานค่อนข้างบ่อย **ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการรักษา** ไม่มีการ วางแผนร่วมกัน และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษา วัณโรคค่อนข้างน้อย ขาดการทบทวนการปรับสูตรยา เพื่อการรักษาทั้งสองประเทศให้มีความใกล้เคียงหรือเหมือนกัน **ประเด็นสรุปร่วมกัน** คือ ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่ อื่น โดยไม่ทราบผลของการรักษา (Transfer out) ควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาวัณโรคระหว่างจังหวัด หนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ ผู้ป่วยวัณโรคชาวลาวที่วินิจฉัยได้ที่โรงพยาบาลในประเทศไทยและต้องการ กลับไปรักษาวัณโรคต่อที่ สปป.ลาว ไม่ต้องขึ้นทะเบียนรักษา ให้ส่งต่อผู้ป่วยรายนี้ไปเริ่มการรักษาที่ สปป.ลาว โดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดน (Refer out) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาที่ประเทศ ลาวจะมีปัญหาในเรื่องสูตรยาในการรักษาที่แตกต่างกันในระยะเข้มข้น และระยะต่อเนื่องที่รักษาไม่ครบแต่ ต้องกลับไปรักษาที่ สปป.ลาว กำหนดให้ สปป.ลาวต้องติดตามผลการรักษาจนครบการรักษา (Transfer out) และควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาวัณโรคระหว่างจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ การส่งต่อ ผู้ป่วยวัณโรคชาวลาวที่วินิจฉัยได้ที่โรงพยาบาลในประเทศไทยและประสงค์รักษาวัณโรคที่ประเทศไทย ให้ขึ้น ทะเบียนและรักษาต่อจนครบกำหนดการรักษาในประเทศไทย โดยเบิกยารักษาจากกรมควบคุมโรค ในกรณี ผู้ป่วยวัณโรคไร้สิทธิ และกรณีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนแต่รักษายังไม่ครบกำหนดการรักษาในประเทศไทย และ ต้องการไปรักษาต่อที่ สปป.ลาว ต้องติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายนี้ที่ สปป.ลาว เมื่อครบกำหนดการรักษา โดยจัดทำขั้นตอนการดำเนินงานความร่วมมือการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดนไทยกับ สปป.ลาว โดยใช้ แบบฟอร์ม 2 ภาษา สำหรับการส่งต่อให้เข้าใจตรงกันระหว่างด้านควบคุมโรคซึ่งเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรค จะดำเนินการแจ้งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายและ สคร.6 ขอนแก่น (1.2) **การพัฒนาแนวทางการบันทึกความร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย -ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย** พบว่า มีการอ้างอิงตามกรอบนโยบายความร่วมมือที่ผ่านมา กรอบการรายงานโรค กลไกการประสานงาน วิธีการและสถานที่ลงนามการบันทึกความร่วมมือการพัฒนาเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ซึ่งการพัฒนาแนวทางการบันทึกความ ร่วมมือ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย -ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย เป็นผลที่เกิดจากการประชุมร่วมกันทั้ง 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 8 -10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เป็นการ ประชุมติดตามความก้าวหน้าการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในปี พ.ศ. 2558 และติดตามความร่วมมือการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง ซึ่งพบว่าโรควัณโรคเป็นปัญหาในการรายงาน ตามระบบ Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS ซึ่งที่ประชุมมีความเห็นร่วมกันในการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรควัณโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ครั้งที่ 2 เมื่อ วันที่ 3 - 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 มีความก้าวหน้าในการพิจารณาจัดทำร่างบันทึกความร่วมมือ เพื่อการ พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่าง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ และครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 24 - 25 กันยายน พ.ศ. 2555 มีการลงนามบันทึกความร่วมมือการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันวัณโรค ตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์

2. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ พบว่า เป็นผลสืบเนื่องจากการศึกษาในระยะที่ 1 โดยมีการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและการอภิปรายกลุ่มตามประเด็นที่กำหนด มาจัดทำร่างแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ที่ได้จากการประชุมร่วมกันทั้ง 3 ครั้ง นำไปสู่การจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือ เพื่อนำมาออกแบบการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ และทดลองใช้ระบบดังกล่าวตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ระหว่าง เดือนมกราคม พ.ศ.2556 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2556 ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญตามคุณลักษณะที่ได้กำหนดไว้ จำนวน 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังดังกล่าว โดยครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ **ด้านปัจจัยนำเข้า** พบว่า มีความครอบคลุมตามประเด็นที่กำหนด คือ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อ พัฒนาความร่วมมือในการป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว และเพื่อการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ มีการกำหนดขอบเขตด้านความร่วมมือในการป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา และส่งต่อโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนของจังหวัดหนองคาย **ด้านเครื่องมือและการป้องกันควบคุมวัณโรค** มีการกำหนดแบบฟอร์มต่างๆ เช่น แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยเป็น 2 ภาษา วิธีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าระบบรายงานวิธีการบันทึกการรักษา โดยใช้คู่มือการดำเนินงานวัณโรค และคู่มือการรักษาวัณโรคเป็นแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน **การกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้อง** ประกอบด้วย บุคลากรผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย /TB คลินิกโรงพยาบาลหนองคาย / โรงพยาบาลที่มีพื้นที่ติดชายแดนไทย-ลาว โรงพยาบาลเอกชน ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย และผู้บริหาร /TB คลินิก ของโรงพยาบาลในนครหลวงเวียงจันทน์ และ **นำผลจากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการทำบันทึกความร่วมมือไปใช้ประโยชน์** โดยการติดตามผลการรักษาวัณโรค **ด้านกระบวนการ** พบว่า มีกระบวนการวางแผน โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงานการป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน ผลการวิเคราะห์ พบปัญหาด้านการวินิจฉัยโรค การรักษา การติดตามผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างชายแดนไทย- ลาว ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์และประเด็นสรุปร่วมกัน นำมาวางแผน กำหนดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาคือการดำเนินงานการป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน การวางแผนพัฒนาบุคลากรร่วมกัน และการพัฒนาความร่วมมือตามข้อกำหนดมาตรฐานการควบคุมวัณโรค รวมถึงการพัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติ ระบบรายงานการส่งต่อด้วย 2 ภาษา การจัดทำแบบประเมิน คำแนะนำการรักษา และการจัดทำบัตรนัดผู้ป่วย เพื่อการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังฯ **ด้านการดำเนินงานตามแผน** มีการดำเนินงานเป็นไปตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และระยะเวลาที่กำหนดในแผนการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคฯ **ด้านการประเมินผล** มีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาความร่วมมือในการป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว และการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ **ด้านผลผลิต** มีการรายงานโรคตามหลักเกณฑ์และระยะเวลาที่กำหนด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการร่วมกัน และมีการใช้แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยใน 2 ภาษา และ **ด้านการสะท้อนกลับข้อมูล พบจุดเด่น (1)** เป็นการพัฒนางานที่อ้างอิงกรอบนโยบายการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง ที่ส่งผลให้มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทาง

การบันทึกความร่วมมือ ที่สามารถเชื่อมโยงกรอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ชายแดนสู่การปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหาวัณโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ ด้วยความร่วมมือของเครือข่ายทั้งสองประเทศที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน (2) เป็นการแปลงระดับนโยบายสู่การปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้จริง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมกันจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือเป็นแนวทางการปฏิบัติที่อาศัยการออกแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคฯ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาาร่วมกันในการวางระบบ เพื่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ด้วยความร่วมมือจากการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง และการรายงานโรคในระบบ Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS ที่ผ่านมาเป็นกรอบแนวทางปฏิบัติ ที่ใช้องค์ความรู้ด้านวิชาการนำสู่การปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งสองประเทศให้ได้ตามมาตรฐานเดียวกันอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และมีกลไกการทำงานของด้านควบคุมป้องกันโรคระหว่างประเทศสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน (3) ผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว สามารถเข้าสู่ระบบการรายงานและส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคฯ ทั้งนี้เพราะมีการดำเนินงานตามระบบดังกล่าวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน มีประสิทธิภาพมากขึ้น (4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ ถือเป็นรูปแบบการสร้างความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดนเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จุดต่อ และสภาพปัญหาอุปสรรค (1) ด้านการประสานงานของทีมงาน มีขั้นตอนและใช้เวลาค่อนข้างมาก โดยเฉพาะกระบวนการจัดประชุมแต่ละครั้ง เนื่องจากผู้รับผิดชอบโครงการดังกล่าว ต้องใช้เวลาในออกหนังสือและการตอบรับการเข้าร่วมประชุมค่อนข้างนาน ทั้งนี้เพราะผู้เข้าร่วมประชุมจาก สปป.ลาว ต้องเป็นระดับที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายของประเทศ (2) ด้านการสนับสนุนงบประมาณ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ มีค่อนข้างน้อย เนื่องจาก สปป.ลาว ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ สภาพปัญหาในประเทศมีหลายเรื่องที่ต้องพัฒนาแก้ไข การใช้งบประมาณมีการจัดลำดับความสำคัญ และขึ้นกับนโยบายผู้บริหารประเทศ ส่งผลให้การมองสภาพปัญหาที่แตกต่างจากประเทศไทยในการสนับสนุนงบประมาณ (3) ด้านระบบการรายงานและการส่งต่อผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมวัณโรคฯ แต่ยังมีสภาพปัญหาการส่งต่อและมีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว ได้ครอบคลุมทุกราย ประกอบกับการรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว ค่อนข้างล่าช้า สืบเนื่องจากโรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการขึ้นทะเบียนล่าช้า เพราะต้องประสานระหว่างคลินิกวัณโรคกับแผนกต่างๆ ส่งผลให้การรายงานผู้ป่วยวัณโรคให้ สปป. ลาว ล่าช้าไปด้วย ซึ่งทางคลินิกวัณโรคได้รับทราบและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากับผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายแล้ว รวมถึงผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว มีบางส่วนที่ไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ทั้งในพื้นที่ของจังหวัดหนองคายและจังหวัดใกล้เคียง ส่งผลให้ไม่เข้าสู่ระบบของการรายงานตามระบบส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้เป็นเพราะผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลเอกชนมีการเปลี่ยนบุคลากรรับผิดชอบบ่อยครั้ง และโรงพยาบาลใกล้เคียงไม่ทราบขั้นตอนการดำเนินงานดังกล่าว

3. การประเมินความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ พบว่าความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคฯ คือ (3.1) การรายงานจำนวนผู้ป่วยวัณโรคก่อนการพัฒนาระบบฯ

มีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคเพียง จำนวน 1 ราย แต่หลังการพัฒนาระบบฯ มีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น เป็น 28 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสมัครใจรักษาในจังหวัดหนองคาย จำนวน 9 ราย ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่ สปป.ลาว จำนวน 10 ราย และมีการติดตามผลการรักษา จำนวน 6 ราย ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาที่ สปป.ลาว มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 1 ราย และไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ จำนวน 3 ราย (3.2) ผลการประเมิน คุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ พบว่า ทุกมาตรฐาน คะแนนภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ มาตรฐานด้านความเหมาะสม (คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.33$ และ ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน S.D. = 0.37) 2) มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ (คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.30$, และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. = 0.22) มาตรฐานด้านความถูกต้อง (คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.26$ และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. = 0.17) และ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (คะแนนภาพรวม ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.21$ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. = 0.29) (3.3) ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ พบว่า ภาพรวมของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมากที่สุด คือ ด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.50) รองลงมา คือ ด้านผลผลิต ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.38) และด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.25) ตามลำดับ สำหรับ ด้านการสะท้อนกลับ ข้อมูล มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.52)

5.2 อภิปรายผล

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัด หนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ มีกระบวนการพัฒนางานภายใต้กรอบการนำนโยบายสู่การ ปฏิบัติอย่างเป็นระบบที่เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะประเด็นสรุป ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา มากำหนดแนวทางการจัดทำบันทึกความร่วมมือในการออกแบบการพัฒนาระบบ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคฯ อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและการสะท้อน กลับข้อมูล โดยใช้การรายงานโรคในระบบ Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS ที่ผ่านมาเป็น กรอบแนวทางปฏิบัติ ใช้องค์ความรู้ด้านวิชาการสู่การปฏิบัติ ที่มีการอ้างอิงกรอบนโยบายการป้องกันควบคุม โรคติดต่ออันตรายระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง และมีกระบวนการวางแผน การนำแผนสู่การปฏิบัติ และมีการติดตามผลการดำเนินงาน สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์รักไทย (2545) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ระบบ เป็นสิ่งที่ ประกอบไปด้วยส่วนต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อกันและทำงานร่วมกันอย่างถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน เพื่อให้บรรลุผล และสอดคล้องกับธนาธิป ทั่วยแป (2551) ได้กล่าวว่า ระบบเป็นชุดการรวมตัวของสรรพสิ่งหรือส่วนประกอบ ย่อยๆ ในลักษณะที่เชื่อมโยง ต่อกันหรือพึ่งพาอาศัยกัน เพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ จึงส่งผลให้มีการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุม วัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทาง การบันทึกความร่วมมือ ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว สามารถเข้าสู่ระบบการรายงาน และส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคฯ ที่มีจำนวน รายงานเพียง 1 ราย แต่หลังจากการพัฒนาระบบดังกล่าว มีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นเป็น 28 ราย ใน จำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสมัครใจรักษาในจังหวัดหนองคาย จำนวน 9 ราย ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่ สปป.ลาว จำนวน 10 ราย และมีการติดตามผลการรักษา จำนวน 6 ราย ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาที่ สปป.ลาว และมีรายงาน ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 1 ราย ทั้งนี้เพราะมีการดำเนินงานตามขั้นตอนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุม วัณโรคฯ ดังกล่าวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดน มี ประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถเชื่อมโยงกรอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักงาน

ป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามแนวชายแดนไทย - ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย สู่การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาวัณโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ ด้วยความร่วมมือของเครือข่ายทั้งสองประเทศที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ เพื่อร่วมมือกันสกัดกั้นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ตลอดจนตอบสนองต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งสองฝ่าย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (2551) ที่ได้กล่าวไว้ว่าการดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพังย่อมไม่ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรบริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการสนับสนุนการรองรับนโยบายตามแผนงานของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ปี พ.ศ. 2555 – 2559 ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดน

จากผลการประเมินความสำเร็จของคุณภาพการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวการบันทึกความร่วมมือ ใน 4 มาตรฐาน คือ ด้านความเหมาะสม ด้านอรรถประโยชน์ ด้านความถูกต้อง และด้านความเป็นไปได้ พบว่า ทุกมาตรฐาน มีคะแนนภาพรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด รวมถึงผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ พบว่า ภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.50) รองลงมา คือ ด้านผลผลิต ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.38) และด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.25) ตามลำดับ สำหรับ ด้านการสะท้อนกลับข้อมูล มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.52) ทั้งนี้เพราะการพัฒนาระบบดังกล่าวที่ได้ร่วมกันพัฒนาเป็นการแปลงระดับนโยบายสู่การปฏิบัติ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมกันจัดทำแนวทางการบันทึกความร่วมมือเป็นแนวทางการปฏิบัติที่อาศัยการออกแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคฯ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาร่วมกันในการวางระบบ เพื่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ที่ใช้ องค์ความรู้ด้านวิชาการนำสู่การปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งสองประเทศให้ได้ตามมาตรฐานเดียวกันอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และมีกลไกการทำงานของด้านควบคุมป้องกันโรคระหว่างประเทศสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน เป็นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กับนครหลวงเวียงจันทน์ ถือเป็นรูปแบบการสร้างความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแนวชายแดน เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน สอดคล้องกับนโยบายสำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค (2556) ที่ได้กำหนดให้จังหวัดชายแดนที่มีช่องทางเข้าออกประเทศ และมีพื้นที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ได้มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ ให้ได้มาตรฐานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ รวมถึงการประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน ให้การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ยังคงมีอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบ จุดด้อย และสภาพปัญหาอุปสรรค ด้านการประสานงานของทีมงาน ที่มีขั้นตอนและใช้เวลาค่อนข้างมาก โดยเฉพาะกระบวนการจัดประชุมแต่ละครั้ง เนื่องจากผู้รับผิดชอบโครงการดังกล่าว ต้องใช้เวลาในออกหนังสือและการตอบรับการเข้าร่วมประชุมค่อนข้างนาน ทั้งนี้เพราะผู้เข้าร่วมประชุมจาก สปป.ลาว ต้องเป็นระดับที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายของประเทศ รวมถึงระบบการรายงานและการส่งต่อผู้ป่วย ยังมีสภาพปัญหาการส่งต่อและมีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถ

ติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว ได้ครอบคลุมทุกราย รวมถึงผู้ป่วยวัณโรคจาก สปป.ลาว มีบางส่วนที่ไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ทั้งในพื้นที่ของจังหวัดหนองคายและจังหวัดใกล้เคียง ส่งผลให้ไม่เข้าสู่ระบบของการรายงานตามระบบส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้เป็นเพราะผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลเอกชนมีการเปลี่ยนบุคลากรรับผิดชอบบ่อยครั้ง และโรงพยาบาลใกล้เคียงไม่ทราบขั้นตอนการดำเนินงานดังกล่าว ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับประเด็นเหล่านี้ในการวางแผนดำเนินการการใช้เวลาที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ รวมถึงการกำหนดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว หากมีการขยายพื้นที่ดำเนินการในเรื่องนี้ต่อไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับอรรถย ศรีทองธรรมและคณะ (2553) ที่ได้ศึกษาผลกระทบจากแรงงานข้ามชาติลาว กัมพูชาและพม่า พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่เป็นผลกระทบต่อเนื่อง คือ การมารับบริการ ซึ่งต้องมีความสะดวกในการเดินทางข้ามด่าน รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากภาระงานบริการต่อโรงพยาบาล บุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน คุณภาพของระบบบริการ และแนวทางการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

1) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ควรมีการสร้างกรอบแนวทางการบันทึกความร่วมมือ เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาอื่นๆ ในพื้นที่ เพื่อขยายผลการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคติดต่ออันตรายในพื้นที่ชายแดนไทยหรือประเทศเพื่อนบ้าน เช่น โรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่อร้ายแรง เป็นต้น

2) ในระดับจังหวัด ควรสร้างกลไกการเชื่อมโยงการพัฒนางานชายแดน โดยเชื่อมโยงความสอดคล้องของกรอบนโยบายเกี่ยวกับงานชายแดน ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับพื้นที่ ให้สามารถขับเคลื่อนงานชายแดนอย่างเป็นระบบ ตลอดจนส่งต่อข้อมูลสารสนเทศไปยังส่วนกลางได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา ต่อไป

3) ควรมีการพัฒนาเครื่องมือการดำเนินงานโดยเฉพาะระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมวัณโรค ระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค และระบบการรักษา ระหว่างชายแดนในแต่ละภาษาร่วมกันระหว่างเครือข่ายให้เป็นปัจจุบัน ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันก่อนนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **แนวทางการดำเนินงานควบคุม วัณโรคแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง).**

พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.(2553).

ทะเบียนวัณโรคคอตีบ ปิงป ประมาณ 2551 - 2553.

สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.

_____.(2554).รายงานสถานการณ์โรคในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร.6 ขอนแก่น.

เอกสารประกอบการประชุม. กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.

กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ. (2555). **นโยบายประชาคมอาเซียน.** กระทรวงการต่างประเทศ

กรมการจัดหางาน สำนัก บริหารแรงงานต่างด้าว.

_____. (2555). **สถานการณ์แรงงานต่างด้าวในประเทศ ปิงปประมาณ 2551 - 2555. อาเซียน.**

กระทรวงการต่างประเทศ.

กาญจนา ยิงขาว. (2546). **ระบาดวิทยาเชิงปฏิบัติการสำหรับงานในสถานบริการสาธารณสุข ระดับปฐม**

ภูมิ. นครราชสีมา : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

กฤตยา อาชวนิจกุล, พันธุ์ทิพย์ กาญจนะ และจิตรา สายสุนทร. (2548). **คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐ**

ไทยในการจัดการปัญหาโรคติดต่อและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ. นครปฐม: สถาบันวิจัย

ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชนาธิป ทุ้ยแป.(2551). **การพัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับครูผู้สอนระดับการศึกษา**

ขั้นพื้นฐาน:การประยุกต์ใช้การประเมินผลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ตามระดับความเชี่ยวชาญ. วิทยานิพนธ์

ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปิยะธิดา ทองอร่าม.(2552).**การพัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับอาจารย์ มหาวิทยาลัย**

เอกชนตาม แนวคิดของการประเมินอิงมาตรฐาน และการให้ผลตอบแทนตามสมรรถนะ.

ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2549).**วิทยาการระบาดและควบคุมโรค.** เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชา

513 201.พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรเทพ รุ่งแผน. (2546). **การพัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้น**

พื้นฐาน.วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยุดา รักไทย และวีรวิฑู มาชะศิริานนท์. (2545). **การบริหารผลการปฏิบัติงาน.** กรุงเทพฯ:

เอ็กซ์เปอร์เน็ท.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วันชัย อาจเขียน. (2544). ปัญหาข้อมูลเฝ้าระวังโรค : ความขัดแย้งหรือความเข้าใจ. วารสารวิทยาการระบาด
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.6(2),
- ศิริชัย กาญจนวาสี .(2552). **ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม**.พิมพ์ครั้งที่ 6 . กรุงเทพมหานคร :
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมพงษ์ สระแก้ว. (2551). **แรงงานข้ามชาติ: ความเสมอภาค และการเข้าถึงบริการสุขภาพ?: เอกสาร
บทความถึงวิเคราะห์ วิพากษ์**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง ชาตินิยมกับพหุ
วัฒนธรรม, เชียงใหม่, โรงแรม The Empress.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2548).**รายงานสรุปผลการดำเนินงานความสัมพันธ์ไทย-
ลาวด้านจังหวัดหนองคายกับแขวงชายแดน ปปป.ลาว**.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2542). **คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข**.
(หน้า 43-53). กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2556).**แนวทางการ
ดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**. กรมควบคุมโรค
- สำนักวัณโรคกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2554). **แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติเพื่อ
การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์
ดีไซน์.
- สำนักวัณโรค. (2555). **นโยบายการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ สู่แผนปฏิบัติการในพื้นที่**. เอกสารประกอบการ
บรรยาย ในการประชุม 3rd Thailand Stop TB Partnership meeting, วันที่ 23 มีนาคม 2555,
กรุงเทพฯ, ณ โรงแรมแม่น้ำ รามาดาพลาซ่า ถนนเจริญกรุง.
- เสาวธาร โภกสิทธิ์ และอุไรรัตน์ แยมชุตติ.(2555).ปัญหาของแรงงานข้ามชาติ กรณีศึกษาแรงงานข้าม
ชาติสัญชาติพม่า ในเขตพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี.
ปีที่ : 6 ฉบับที่ : 11 : 5-13
- สีสมพูน ลาเวียงวงศ์ (2545). **การศึกษาเชิงสถิติของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดจันทบุรี**
สปป.ลาว.วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (สถิติประยุกต์) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- สุภมาส อังศุโชติ.(2545).หน่วยที่ 6 **รูปแบบการประเมินนโยบาย แผนงาน และโครงการ ใน
ประมวลสาระชุดวิชาการประเมินนโยบาย แผนงาน และโครงการ**.นนทบุรี :
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2553).**วิธีวิทยาการประเมิน : ศาสตร์แห่งคุณค่า**.พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพมหานคร :สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรทัย ศรีทองธรรม.(2553).**ผลกระทบจากแรงงานข้ามชาติลาว กัมพูชา และพม่าต่อภาระงาน
บริการสุขภาพของโรงพยาบาลตามแนวชายแดนของประเทศไทย**.
สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

บรรณานุกรม (ต่อ)

ภาษาอังกฤษ

- Arshad, S., Bavan, L., Gajari, K., Paget, S.N.J. & Baussano, I. (2010). Active screening at entry for tuberculosis among new immigrants: a systematic review and meta-analysis. **EurRespir J.**, 35(6), 1336-1345.
- Arnold, H.J. & Feldman, D.C. (1983). **Managing individual and group behavior in organizations.** 2nd. Singapore: McGraw-Hill.
- Anthony, William et al. (2002). **Human resource management: A strategic approach.** 4th ed. Ohio: South-Western College Publishing.
- Armstrong, M. (2006). **Performance management.** (3rd edition.) United states : Thomson-Shore,
- Beach, D. S.(1975). **Personnel: The management of people at work.** New York: Macmillan Publishing.
- Cascio, W.F. (1992). **Managing Human Resources.** 3rd ed. New York : McGraw-Hill.
- Debenham, K. J. (1989). **Knowledge Systems Design.** New York: Prentice-Hall
- Dessler, G. (2000). **Human Resource Management.** 8th edition. London: Prentice-Hall.
- Edwards, P. (1985). **System Analysis Design and Development: with structured concepts.** New York : Holt Rinehart and Winston
- Lewin. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social*, 2, 34-6.
- Lunenburg, F.C., & Ornstein, A. C. (1991). **Educational administration: Concepts and practices.** California: Wadsworth Publishing Company.
- Mondy, R.W. and Noe, R.M. (1987) . **Personnel: The management of human resources.** Massachusetts: Allyn and Bacon
- Mondy,R. W., Noe, R.M., & Premeaux,S. R. (2002). **Performance Appraisal.** In **Human Resource management.**8th edition. New Jeasey: Prentice Hall International.
- Naing, et al. (2012). Migrant workers' occupation and healthcare-seeking preferences for TB-suspicious symptoms and other health problems: a survey among immigrant workers in Songkhlaprovince,southern Thailand. **BMC International Health and Human Rights**, 12, 22.
- Scriven, M. (1991). **Evaluation Thesaurus.** Newbury Park : SAGE.
- Stone, T. H. (1982). **Understanding personnel management.** Japan: CBS College Publishing.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Stronge, J. H., & Helm, V. M. (1991). **Evaluating professional support personnel in education**. Newbury park, CA: Sage Publications
- Stufflebeam, D.L.(1981).**Educational Evaluation and Decision Making**. Illinois : Peacock.
- World Health Organization. (2012). **ENGAGE-TB is a WHO-recommended approach to enhance the integration of community-based TB activities into the work of NGOs and other civil society organizations**. Retrieved November 24, 2012,from http://www.who.int/tb/people_and_communities/Flyer
- World Health Organization. (2010). **Treatment of tuberculosis : guidelines- 4th ed.** Retrieved October 10, 2011
from;http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
- World Health Organization. (2010). **Treatment of tuberculosis: Guidelines**. Retrieved May, 10, 2010 from [http://www. WHO/HTM/TB/2009.420](http://www.WHO/HTM/TB/2009.420)
- WehrichH, Knootz H. (2004). **Management and Leadership for Nurse Administrators**. Tata Mcgraw-Hill Publishing Company Limited.