

ผลงานวิชาการ

เรื่อง

การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค

ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘

ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๗

Assessment on surveillance, investigation and control capacity based

on the International Health Regulations (2005)

in border districts of Thailand, 2014

โดย

นางสาวพวงทิพย์ รัตนะรัต

นางสาวพจมาน ศิริอารยาภรณ์

นายธีรศักดิ์ ชักนำ

นางสาวนิภาพรรณ สฤกษ์ดีอภิรักษ์

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

ตำแหน่งเลขที่ ๒๙๘๐

ส่วนราชการ ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

คำนำ

การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๖-กันยายน ๒๕๕๗ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค สำหรับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย และประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน ได้ดำเนินการประเมินในพื้นที่อำเภอชายแดน ๙ จังหวัด โดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดนซึ่งเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญจุดหนึ่งของการดำเนินงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ การศึกษานี้เน้นเฉพาะตัวชี้วัดระดับพื้นฐานซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของการประเมินเท่านั้น

คณะผู้ศึกษาหวังว่า ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผน ด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน รวมถึงพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทยที่พบปัญหาคล้ายคลึงกัน และยังใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้สนใจในการศึกษาเชิงลึกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เจ้าหน้าที่กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง เจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ ๑, ๓, ๔, ๕, ๗, ๘, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ของโรงพยาบาลในจังหวัด จันทบุรี ตราด สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน ระนอง และยะลา ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการประเมินและสนับสนุนข้อมูลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

บทคัดย่อ

การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๗

พวงทิพย์ รัตนะรัต, พงมาน ศิริอารยาภรณ์, อีร์ศักดิ์ ชักนำ, นิภาพรรณ สฤชต์อิทธิรักษ์
สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

สำนักกระบาดวิทยาได้มีการพัฒนาทีม SRRT ชายแดน เนื่องจากพื้นที่ชายแดนเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญจุดหนึ่งในงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ และในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้ดำเนินการประเมินสมรรถนะของ SRRT ชายแดนของประเทศไทย เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนา โดยผลการศึกษาเน้นเฉพาะตัวชี้วัดระดับพื้นฐานซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของการประเมิน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยแบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ ๑) การจัดทำเครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย โดยการประยุกต์จากแบบประเมินของกฏอนามัยฯ ด้านการเฝ้าระวังและตอบสนอง ร่วมกับแบบประเมิน SRRT ที่ใช้อยู่ในประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๕ และ ๒) ดำเนินการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดนของ ๙ จังหวัด คือ จันทบุรี ตราด สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน ระนอง และยะลา สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาตัวชี้วัด SRRT ชายแดนระดับอำเภอประกอบด้วย ๒๑ ตัวชี้วัดหลักและ ๘๔ ตัวชี้วัดย่อย (จากเดิมตัวชี้วัด SRRT มี ๑๓ ตัวชี้วัดหลักและ ๕๗ ตัวชี้วัดย่อย) ซึ่งตัวชี้วัดย่อยทั้งหมดแบ่งเป็น ระดับพื้นฐาน ๓๓ ตัวชี้วัด ระดับดี ๔๐ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๑๑ ตัวชี้วัด โดยเป็นด้านระบบเฝ้าระวัง ๒๔ ตัวชี้วัด การรายงานข้อมูล ๔ ตัวชี้วัด การควบคุมโรค ๕๐ ตัวชี้วัด และผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ๖ ตัวชี้วัด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด SRRT ปกติ จะพบว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนนี้เป็นการเพิ่มในด้านการเฝ้าระวังเป็นหลัก ผลการประเมินสมรรถนะหลักระดับพื้นฐานของอำเภอชายแดน ๓๐ แห่ง ใน ๙ จังหวัด พบว่ามี ๑๒ อำเภอ (ร้อยละ ๔๐.๐๐) ผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้ง ๓๓ ตัวชี้วัด โดยด้านการเฝ้าระวัง ผ่านร้อยละ ๘๓.๓๓ ด้านการรายงานข้อมูลผ่านร้อยละ ๘๓.๓๓ ด้านการควบคุมโรคผ่านร้อยละ ๖๐.๐๐ และด้านผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพผ่านร้อยละ ๗๓.๓๓ ในภาพรวมอำเภอชายแดนที่ผ่านการประเมินระดับพื้นฐาน มีน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของอำเภอที่ถูกประเมินทั้งหมดด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือ ด้านการควบคุมโรคซึ่งตัวชี้วัดที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี ๗ ตัวชี้วัดหลักและ ๑๔ ตัวชี้วัดย่อย คือ ศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน ๓ ตัวชี้วัด การมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม ๓ ตัวชี้วัด การควบคุมโรคขั้นต้น ๓ ตัวชี้วัด ศักยภาพทางวิชาการ ๒ ตัวชี้วัด การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ ๑ ตัวชี้วัด ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนโรคและควบคุมโรค ๑ ตัวชี้วัด และผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค ๑ ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัด SRRT เดิมทั้ง ๑๔ ตัวชี้วัด โดยปัญหาเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งจากความไม่เข้าใจในตัวชี้วัดบางตัว จากปัญหาเชิงระบบของงานระบาดวิทยา รวมถึงจากการที่ตัวชี้วัด SRRT ปกติ สามารถใช้ผลการประเมินรับรองได้นาน ๓ ปี จึงค่อยถูกประเมินครั้งใหม่ เมื่อมีการดำเนินการประเมินในระหว่างปีที่ยังไม่ครบรอบการประเมินครั้งใหม่ก็พบว่าบางกิจกรรมมีการย่อหย่อนลงจากเดิม

คำสำคัญ: ประเมิน, เฝ้าระวัง, สอบสวนและควบคุมโรค, จังหวัดชายแดน, กฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘

Abstracts

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

Authors: Phuongtipya Ratanarat, Potjaman Siriarayapon, Teerasak Chuxnum, Nipapan Saritapirak
Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control

The Bureau of Epidemiology had developed the bordered-SRRT because the border area was one of sensitive target of International Health Regulations (IHR) activities. In 2014, the first assessment of bordered-SRRT had been carried out, in order to identify gap of capacity that need for improvement. The result was focused only for the basic sub-indicators since this was the minimum criteria to pass the assessment. This was a developmental research which was divided into 2 parts: 1) developed SRRT-border assessment tool in Thailand, by merging IHR 2005's assessments tool for surveillance and response component with Thailand's SRRT assessment tool (revised 2012 version) 2) assessment of SRRT teams of 9 provinces: Chanthaburi, Trat, Sa Kaeo, Kanchanaburi, Mukdahan, Tak, Nan, Ranong and Yala. The public health personnel at district level were interviewed, including reviewed of relevant documents. The SRRT-border assessment tool composed of 21 main indicators and 84 sub-indicators (compare with 13 main indicators and 57 sub-indicators of general SRRT), which divided into 3 levels: basic, good and excellent. It was separated into 4 domains: surveillance, reporting, disease control and quality output. The results from the 30 border districts in 9 provinces showed that 12 districts (40.00%) passed all 33 basic sub-indicators. When we analyzed by domains, 83.33% of border districts passed all surveillance sub-indicators, also 83.33% for reporting sub-indicators, 60.00% for disease control sub-indicators and 73.33% for quality output sub-indicators. Overall, less than half of border districts pass the assessment of basic level. The highest problems came from disease control sub-indicators. There are seven main metrics indicators and 14 sub-indicators. Team management potential 3 indicators, have an urgent action plan and practice 3 indicators, disease control and prevention 3 Indicators, academic potential 2 indicators, investigation and health hazards 1 indicator, quality assurance, investigation and control disease 1 Indicator and quick facts on disease investigation 1 indicator. All of 14 indicators were original SRRT indicators. These problems came from multiple causes such as not well understanding of some indicators, systematic problems of epidemiological workforce and problem from relaxation of the performance after passing the SRRT evaluation on previous years.

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

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
กิตติกรรมประกาศ	ii
บทคัดย่อภาษาไทย	iii
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	iv
สารบัญ	v
สารบัญตาราง	vii
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ความเป็นมา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๒
๑.๓ ขอบเขตการศึกษา	๒
๑.๔ คำนิยามที่ใช้ในการศึกษา	๒
๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๓
๑.๖ กรอบแนวคิดการศึกษา	๓
บทที่ ๒ วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๔
๒.๑ หลักการประเมิน (Principles of Assessment)	๔
๒.๒ กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (IHR ๒๐๐๕) และตัวชี้วัด	๕
๒.๓ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) และมาตรฐาน SRRT (SRRT Standard)	๑๐
๒.๔ มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ และตัวชี้วัด	๑๒
๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๑๒
บทที่ ๓ วิธีการศึกษา	๑๖
๓.๑ รูปแบบการศึกษา	๑๖
๓.๒ ประชากรที่ศึกษา	๑๖
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	๑๖
๓.๔ ขั้นตอนการดำเนินการ	๑๖
๓.๕ ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา	๑๗
๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล	๑๗
๓.๗ ข้อจำกัดการศึกษา	๑๗
บทที่ ๔ ผลการศึกษา	๑๘
๔.๑ การจัดทำเครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย	๑๘
๔.๒ ผลการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน	๒๒

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๕ อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ	๓๖
๕.๑ อภิปรายผล	๓๖
๕.๒ สรุปผล	๓๘
๕.๓ ข้อเสนอแนะ	๓๙
เอกสารอ้างอิง	๔๐
ภาคผนวก	๔๒

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ ๑	๒๔
จำนวนตัวชี้วัดแต่ละด้านของแบบประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค สำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดน จำแนกตามตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดย่อย รหัสตัวชี้วัด และประเภทตัวชี้วัด	
ตารางที่ ๒	๓๑
จำนวนตัวชี้วัดย่อยของ SRRT ชายแดน จำแนกตามประเภท ระดับ และสมรรถนะหลักของตัวชี้วัด	
ตารางที่ ๓	๓๒
จังหวัดชายแดนและอำเภอที่ดำเนินการประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๗	
ตารางที่ ๔	๓๒
ผลการประเมินด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ในตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน และสมรรถนะหลักทั้ง ๔ ด้าน	
ตารางที่ ๕.๑	๓๓
ผลการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ของตัวชี้วัดระดับพื้นฐานด้านการมีระบบเฝ้าระวังครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายที่ผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที่ จำแนกตามตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม	
ตารางที่ ๕.๒	๓๓
ผลการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ของตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ด้านการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยสุขภาพไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำแนกตามตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม	
ตารางที่ ๕.๓	๓๔
ผลการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ของตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรค ในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที่ จำแนกตามตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม	
ตารางที่ ๕.๔	๓๕
ผลการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ของตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ด้านการดำเนินงานที่มีคุณภาพ จำแนกตามตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม	

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมา

กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations : IHR) เป็นข้อตกลงระหว่างสมาชิกขององค์การอนามัยโลกที่ทุกประเทศต้องปฏิบัติตามเพื่อป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่อาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC) กฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับแรกเริ่มมีตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๒ (ค.ศ. ๑๙๖๙) ^(๑) ฉบับปัจจุบันได้ผ่านการรับรองจากสมาชิกทุกประเทศในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ (ค.ศ. ๒๐๐๕) และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๐ หลักการดำเนินงานจะยึดตามภาคผนวก ๑ คือ สมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (๒๐๐๕) และภาคผนวก ๒ คือเครื่องมือช่วยตัดสินใจในการประเมินและแจ้งเหตุการณ์ที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศตามกฎอนามัย ^(๑,๒) มีการกำหนดให้ประเทศสมาชิกพัฒนาสมรรถนะหลักด้านต่าง ๆ ภายใน ๕ ปี หลังการบังคับใช้คือ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ แต่สามารถขยายระยะเวลาได้ครั้งละ ๒ ปี จำนวน ๒ ครั้งโดยต้องมีการประเมินผลและจัดทำแผนพัฒนาส่วนที่ขาด ^(๓) ประเทศไทยได้ขอขยายเวลาในการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัย ^(๑,๒) ออกไปอีก ๒ ปี จนถึงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๗ ทั้งนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามแนวทางของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ นั้น ประเทศไทย ได้ดำเนินการต่อเนื่องตลอดมา ด้วยการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ระดับอำเภอและจังหวัดในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ พร้อมกับจัดทำมาตรฐานทีม SRRT ฉบับแรก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำหรับการประเมินทีม SRRT ในแต่ละระดับ ต่อมาได้มีการปรับปรุงมาตรฐานทีม SRRT อีก ๒ ครั้ง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศมากขึ้น คือ พ.ศ. ๒๕๕๒ และ พ.ศ. ๒๕๕๕ ^(๔)

สำหรับในช่วงที่ขอขยายเวลาในการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านต่างๆ ตามกฎอนามัย ^(๑,๒) ออกไปอีก ๒ ปี สำนักกระบวนวิชาซึ่งเป็นจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทยในเวลานั้นได้เสนอผ่านคณะกรรมการกฎอนามัยระหว่างประเทศให้มีการพัฒนาจังหวัดชายแดนทั้งเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของการเฝ้าระวังในประเทศและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับประเทศเพื่อนบ้าน รวมไปถึงการตอบสนองที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดภัยสุขภาพในด้านต่างๆ ที่อยู่ในกรอบของงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ โดยเป็นส่วนหนึ่งในจุดเน้นของการพัฒนาในช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจากพื้นที่ชายแดนเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญจุดหนึ่งในงานกฎอนามัย ^(๑,๒) เพราะเป็นด่านหน้าของการแลกเปลี่ยนสินค้า และการเข้าออกของผู้คนที่ต่างเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ซึ่งเอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคได้เป็นอย่างดี ได้มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะหลักด้านเฝ้าระวังและการสอบสวนควบคุมโรคของ SRRT ในพื้นที่ชายแดน โดยใช้เนื้อหาจากแบบประเมินด้านการเฝ้าระวังและตอบสนองของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ฉบับที่เป็นปัจจุบัน ผสมรวมกับมาตรฐานทีม SRRT ฉบับล่าสุด เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันกับผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ทัวไปได้ และยังครอบคลุมเนื้อหาที่อาจตกหล่นไปจากแนวทางการประเมินของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยผลการศึกษานี้เน้นเฉพาะตัวชี้วัดระดับพื้นฐานซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของการประเมิน ผลที่ได้จากการประเมินจะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาทีม SRRT ในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญต่อไป

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อจัดทำเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค สำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย

๒. เพื่อประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน และนำผลการประเมินมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดนหรืออาจรวมถึงพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทยที่พบปัญหาคล้ายคลึงกัน

๑.๓ ขอบเขตการศึกษา

แบ่งการศึกษาเป็น ๒ ส่วน คือ จัดทำเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดน ดำเนินการระหว่าง เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๖ - พฤษภาคม ๒๕๕๗ และประเมินทีม SRRT ระดับอำเภอในพื้นที่ชายแดนของ ๙ จังหวัด คือจันทบุรี ตราด สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน หนอง และยะลา รวม ๓๐ อำเภอ โดยร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่รับผิดชอบในพื้นที่คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓, ๔, ๗, ๙, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒ ดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน - กันยายน ๒๕๕๗

๑.๔ คำนิยามที่ใช้ในการศึกษา

๑) การประเมิน (Assessment)^(๕) หมายถึง การนำลักษณะของสิ่งต่าง ๆ ที่ส่วนใหญ่มักเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพมาศึกษา พยายามตีค่าเป็นตัวเลขให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมขณะนั้น โดยใช้สภาวะต่าง ๆ กันเป็นเกณฑ์ จึงต้องมีการศึกษา วิเคราะห์เกณฑ์ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ไปด้วย การประเมินโดยทั่วไปจะทำเวลาใดก็ได้ เช่น ก่อน ระหว่าง หรือหลังการดำเนินงานแล้ว ค่าที่ใช้โดยทั่วไป เช่น การประเมินผลงาน (Performance Assessment) การประเมินตนเอง (Self-Assessment) เป็นต้น การประเมินต่างไปจากการวัดและการประเมินผล เพราะต้องมีการศึกษาข้อมูล วิเคราะห์สภาพแวดล้อมของสิ่งที่กำลังศึกษา แล้วจึงตีค่าของสิ่งนั้นออกมา โดยผลลัพธ์ที่ได้ มิได้นำมาตัดสินหรือสรุปผลเพื่อจำแนกกลุ่ม หรือให้ทราบว่า ดี-เลว มาก-น้อย เก่ง-ไม่เก่ง แต่ต้องการตีค่าให้เห็นข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ของสิ่งนั้น ๆ เพื่อจะได้นำไปพัฒนาสิ่งนั้นในอนาคต

๒) ตัวชี้วัด (Indicator)^(๖) หมายถึง ตัวแปร หรือกลุ่มของตัวแปรต่าง ๆ ที่จะวัดสภาวะอย่างหนึ่งออกมาเป็นปริมาณ และเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ทราบถึงระดับ ขนาด หรือ ความรุนแรงของปัญหาหรือสภาพที่ต้องการวัด กลุ่มประเทศความร่วมมือทางเศรษฐกิจ (The organization for Economic Co-operation and Development-OECD) ได้ให้ความหมายของตัวชี้วัดว่าเป็น "ตัวแปร" หรือค่า "ที่ได้จากตัวแปร" ซึ่งสามารถชี้หรือให้ข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการวัด หรือพรรณาสภาพ หรือปรากฏการณ์เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการวัด

๓) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอ^(๔) หมายถึง ทีม SRRT ประจำพื้นที่ ซึ่งมีหลายท้องถิ่น เช่นหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ โชนตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. เทศบาล ค่ายทหาร ทีมระดับอำเภอเทียบเท่ากับ Primary public health response level

๔) มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT Standard)^(๔) หมายถึง ข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะ แนวทางปฏิบัติ และผลงานที่พึงประสงค์ของทีมเฝ้าระวัง สอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

๕) สมรรถนะหลัก (Core capacity) ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘^(๑) หมายถึง ชีตความสามารถในการปฏิบัติงานตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ เพื่อป้องกันตลอดจนรองรับการตรวจจัดการระบาดของโรคและภัยคุกคามด้านสาธารณสุขในทุกระดับตั้งแต่ชุมชน จังหวัด เขต และประเทศ วางมาตรการป้องกันควบคุมโรค และลดผลกระทบต่อการเดินทาง การขนส่งระหว่างประเทศ

๖) การเฝ้าระวัง (Surveillance)^(๒) หมายถึง การดำเนินการเก็บ รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องเพื่อวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุข และเผยแพร่ข้อมูลด้านสาธารณสุขให้ผู้เกี่ยวข้องทันเวลาเพื่อการประเมินและการตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขตามความจำเป็น

๗) การสอบสวน^(๓) หมายถึง การสอบสวนทางระบาดวิทยา ซึ่งแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนคือ ๑) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่สนใจ หรือเป็นปัญหาสำคัญจากผู้ป่วยทีละราย ในขณะที่ยังไม่เกิดการระบาด ได้แก่ข้อมูลการป่วยของผู้ป่วย ค้นหาขอบเขตการกระจายของโรคในคน (ค้นหาผู้สัมผัสและผู้ป่วยรายอื่น ๆ) เก็บตัวอย่างส่งตรวจ ควบคุมโรค และเขียนรายงานการสอบสวนโรค และ ๒) การสอบสวนการระบาด เป็นการดำเนินงานหรือกิจกรรมทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา และเชิงวิเคราะห์ เมื่อมีผู้ป่วยตั้งแต่ ๒ รายขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้สัมผัส พาหะ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และข้อมูลการชันสูตรโรค ที่สามารถอธิบายถึงสาเหตุปัจจัยของการเกิดโรค แหล่งโรค วิธีการถ่ายทอดโรค รวมถึงความสัมพันธ์ของลักษณะการระบาดของเวลา สถานที่ และบุคคล

๘) การควบคุมโรค^(๔) หมายถึง การดำเนินมาตรการและกลวิธีต่าง ๆ เพื่อป้องกันควบคุมการเกิดโรค และภัยสุขภาพให้อยู่ในระดับปกติ และดำเนินการควบคุมการระบาดเมื่อมีการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

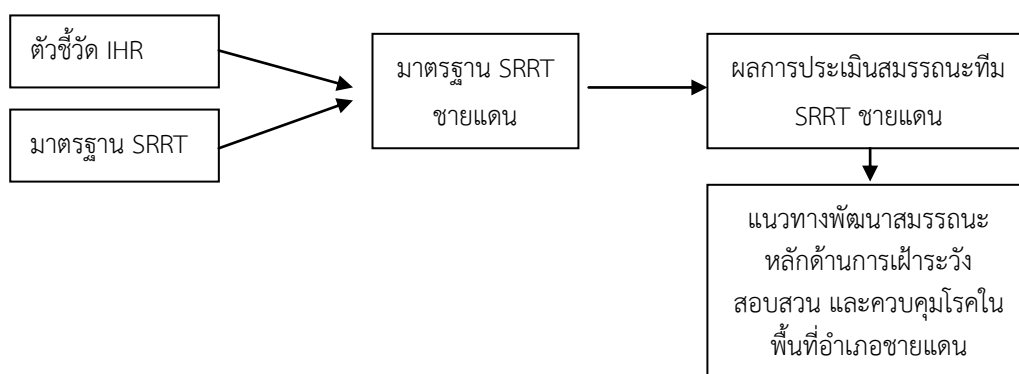
๙) ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern)^(๕) หมายถึง เหตุการณ์ด้านสาธารณสุขที่พิจารณาแล้วว่ามีสำคัญอย่างยิ่งที่กำหนดไว้ในกฎอนามัยนี้ คือก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อประเทศอื่น ๆ จากโรคที่แพร่ระบาดระหว่างประเทศ และอาจต้องตอบโต้โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศ

๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย

๒. ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาวิจัยเชิงลึกต่อไป

๑.๖ กรอบแนวคิดการศึกษา



บทที่ ๒ วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ มีเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

๑. หลักการประเมิน (Principles of Assessment)
๒. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (IHR ๒๐๐๕) และตัวชี้วัด
๓. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) และมาตรฐาน SRRT (SRRT Standard)
๔. มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ
๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ หลักการประเมิน (Principles of Assessment)^(๕,๘)

การประเมิน (Assessment) เป็นการนำลักษณะของสิ่งต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพมาศึกษา ตีค่าเป็นตัวเลขให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมขณะนั้น โดยใช้สภาวะต่าง ๆ กันเป็นเกณฑ์ จึงต้องมีการศึกษาวิเคราะห์เกณฑ์ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ไปด้วย หลักการประเมินต้องอาศัยข้อมูลที่มีลักษณะสำคัญคือ

- ๑) ความถูกต้องจะทำให้งานที่ประเมินและเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องวัดผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒) ความน่าเชื่อถือได้และสอดคล้องกัน มีความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินความน่าเชื่อถือและต้องมีความชัดเจนและสอดคล้องกัน กระบวนการ การตั้งค่า การทำเครื่องขยาย การให้คะแนน และการผ่อนผันการกำหนด
- ๓) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินควรชัดเจน สามารถเข้าถึงได้ และโปร่งใส ข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้อง สอดคล้อง และทันเวลาเกี่ยวกับงานด้านการประเมินและควรจัดให้มีผู้ประเมินภายนอกคนอื่น ๆ ร่วมประเมินด้วย
- ๔) รวมและเป็นธรรม (Inclusive and Equitable) เท่าที่เป็นไปได้ โดยไม่กระทบต่อมาตรฐาน และควรให้แน่ใจว่างานและขั้นตอนไม่ทำให้กลุ่มหรือบุคคลใด ๆ เสียเปรียบ
- ๕) เป็นส่วนสำคัญในการออกแบบโปรแกรมและควรเชื่อมโยงโดยตรงกับจุดมุ่งหมายของโครงการและผลการเรียนรู้ คือต้องสะท้อนถึงลักษณะของเรื่องนั้น ๆ และควรให้มีโอกาสในการพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เรียน
- ๖) การประเมินปริมาณงานที่ได้รับการประเมิน (The amount of assessed work should be manageable) มีการกำหนดเวลาของการมอบหมายงานและปริมาณงานที่ได้รับ การประเมินที่จำเป็นต้องใช้ให้รายละเอียดที่เชื่อถือได้และถูกต้องในเรื่องความสำเร็จโดยไม่ต้องใช้เจ้าหน้าที่หรือผู้เรียนจำนวนมากเกินไป
- ๗) ควรมีการประเมินผลเชิงบวกและแบบสรุปในแต่ละโครงการ จึงควรตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีการระบุวัตถุประสงค์ของการประเมินอย่างเพียงพอ ถ้ามีจำนวนมากอาจต้องมีการรวมกลุ่ม
- ๘) ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และอำนวยความสะดวก การปรับปรุงควรเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการประเมินผู้เรียนมีสิทธิรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานประเมินผลที่ได้รับการจัดส่ง และงานที่สรุปได้ตามความเหมาะสม ลักษณะขอบเขตและระยะเวลาของการตอบรับการประเมินแต่ละงาน ควรได้รับการชี้แจงให้ชัดเจนก่อนล่วงหน้า
- ๙) ควรมีการประเมินด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาบุคลากรด้วย เนื่องจากทุกคนที่เกี่ยวข้องในการประเมินต้องมีความสามารถในการดำเนินการตามบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ

๒. ๒. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (IHR ๒๐๐๕) และตัวชี้วัด ^(๒,๓,๔)

กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (๒๐๐๕) มีเจตนารมณ์และขอบเขตเพื่อป้องกัน คุ้มครอง ควบคุมและดำเนินการตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับภาวะความเสี่ยงด้านสาธารณสุข และหลีกเลี่ยงการรบกวนการจราจรระหว่างประเทศ และการค้าโดยไม่จำเป็น กฎอนามัย ฯ ฉบับนี้ ประกอบด้วยนวัตกรรมต่าง ๆ คือ

(ก) มีขอบเขตของงานที่ไม่จำกัดเฉพาะโรคหรือวิธีการติดต่อ แต่ครอบคลุมสภาพการเจ็บป่วยหรืออาการป่วยไม่ว่าจะมีแหล่งกำเนิดจากที่ใด หรือสาเหตุใดก็ตามที่อาจเป็นอันตรายต่อมนุษย์ชาติ

(ข) ประเทศสมาชิกต้องพัฒนาสมรรถนะหลักด้านสาธารณสุขให้ได้อย่างน้อยในระดับขั้นพื้นฐาน

(ค) ประเทศสมาชิกต้องแจ้งต่อองค์การอนามัยโลก หากเกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

(ง) มีบทบัญญัติให้องค์การอนามัยโลกมีอำนาจพิจารณารายงานอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับเหตุการณ์ด้านสาธารณสุข และขอตรวจสอบประเทศสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น ๆ

(จ) มีขั้นตอนการพิจารณาตัดสินใจของผู้อำนวยการใหญ่ว่าเหตุการณ์ใดถือเป็น ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ และขั้นตอนการออกคำแนะนำชั่วคราว หลังจากพิจารณาข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน

(ฉ) คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของบุคคล และผู้เดินทาง

(ช) การจัดตั้งจุดประสานงานกฎอนามัยระดับชาติ (National IHR Focal Point) และจุดประสานงานกฎอนามัยขององค์การอนามัยโลก (WHO IHR Contact Point) เพื่อการติดต่อสื่อสารระหว่างประเทศสมาชิกกับองค์การอนามัยโลกอย่างเร่งด่วน

๒.๒.๑ สมรรถนะหลัก (Core Capacity) ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕)

แบ่งออกเป็น ๘ สมรรถนะหลักคือ

- (๑) กฎหมายและนโยบาย (National legislation policy and financing)
- (๒) กลไกการประสานความร่วมมือ (Coordination and NFP Communications)
- (๓) การเฝ้าระวัง (Surveillance)
- (๔) การตอบสนอง (Response)
- (๕) การเตรียมความพร้อม (Preparedness)
- (๖) การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication)
- (๗) การพัฒนาบุคลากร (Human Resource Capacity)
- (๘) ห้องปฏิบัติการ (Laboratory)

๒.๒.๒ สมรรถนะหลักที่กำหนดให้มีสำหรับการเฝ้าระวังและตอบโต้ ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕) ตามภาคผนวก ๑ ^(๒) คือ

(๑) ประเทศสมาชิกต้องใช้โครงสร้างและทรัพยากรต่าง ๆ ของชาติที่มีอยู่ในการพัฒนาสมรรถนะหลักภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ ซึ่งได้แก่

(ก) การเฝ้าระวัง การรายงาน การแจ้งเหตุ การตรวจสอบพิสูจน์ การตอบโต้ และกิจกรรมความร่วมมือ ต่าง ๆ

(ข) กิจกรรมต่าง ๆ ของท่าอากาศยาน ท่าเรือ และช่องทางผ่านเข้าออกทางบกที่กำหนดไว้

(๒) ประเทศแต่ละประเทศจะต้องประเมินสมรรถนะหลักตามโครงสร้างและทรัพยากรของชาติที่มีอยู่ภายใน ๒ ปี หลังจากที่ได้กฏอนามัยนี้มีผลบังคับใช้ เพื่อตรวจสอบว่ามีสมรรถนะหลักตามข้อกำหนดขั้นต่ำที่บรรยายไว้ในภาคผนวกนี้ และจะต้องนำผลการประเมินนี้ไปใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาและดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเพื่อให้แน่ใจว่ามีสมรรถนะหลักที่กำลังปฏิบัติอยู่ทั่วทั้งประเทศ ได้ตามที่กำหนดไว้ใน วรรค ๑ ของมาตรา ๕ (คือประเทศสมาชิกจะต้องพัฒนา สร้างความเข้มแข็ง และรักษาระดับความสามารถในการตรวจจับ ประเมิน แจ้างเหตุ และรายงานเหตุการณ์ตามกฏอนามัยที่กำหนดไว้ในภาคผนวก ๑ ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ แต่ต้องไม่เกิน ๕ ปีนับตั้งแต่กฏอนามัยนี้มีผลบังคับใช้) และวรรค ๑ ของมาตรา ๑๓ (คือ ประเทศสมาชิกแต่ละประเทศจะต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วในการพัฒนา เสริมสร้างความเข้มแข็งและรักษาระดับความสามารถในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศอย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพที่กำหนดตามภาคผนวก ๑ ภายใน ๕ ปีนับตั้งแต่กฏอนามัยนี้มีผลบังคับใช้ โดยองค์การอนามัยโลกจะปรึกษากับประเทศสมาชิกในการพิมพ์คู่มือเพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิกต่าง ๆ ในการพัฒนาขีดความสามารถด้านสาธารณสุขดังกล่าว)

(๓) ประเทศต่าง ๆ และองค์การอนามัยโลกจะต้องสนับสนุนกระบวนการประเมิน การจัดทำแผน และการดำเนินการภายใต้ภาคผนวกนี้

(๔) สมรรถนะที่ระดับชุมชนและ/หรือ ที่ระดับที่มีการตอบโต้ด้านสาธารณสุขเบื้องต้น ได้แก่

(ก) สามารถตรวจจับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือการเสียชีวิตที่ไม่คาดคิด ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ของสถานที่ใดที่หนึ่งในทุกพื้นที่ของประเทศ และ

(ข) สามารถรายงานข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นที่มีอยู่ทั้งหมด ไปยังสถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมทันที โดยในระดับชุมชนให้รายงานไปยังสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ส่วนในระดับที่มีการตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขเบื้องต้น (ระดับตำบลหรืออำเภอ) ให้รายงานไปยังระดับที่มีการตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขระดับกลาง (ระดับจังหวัดหรือเขต) หรือในระดับชาติ ขึ้นอยู่กับโครงสร้างการจัดองค์กรตามเจตนารมณ์ของภาคผนวกนี้ ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ผลการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ แหล่งและชนิดของความเสี่ยง จำนวนผู้ป่วยและจำนวนผู้เสียชีวิต สภาวะเงื่อนไขที่มีผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของโรค และมาตรการด้านสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการ และ

(ค) สามารถดำเนินมาตรการควบคุมเบื้องต้นได้ทันที

(๕) สมรรถนะที่ระดับการตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขระดับกลาง ได้แก่

(ก) สามารถยืนยันสถานการณ์ของเหตุการณ์ที่รายงาน และสนับสนุนหรือดำเนินมาตรการควบคุมเพิ่มเติม และ

(ข) สามารถประเมินสถานการณ์ที่รายงานได้ทันที และหากพบว่าเป็นเหตุการณ์เร่งด่วน ต้องรายงานข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นทั้งหมดไปยังระดับชาติ ตามเจตนารมณ์ของภาคผนวกนี้ หลักเกณฑ์ของเหตุการณ์เร่งด่วนได้แก่เหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขอย่างรุนแรง และ/หรือเหตุการณ์ที่มีลักษณะผิดปกติหรือไม่คาดคิด และมีแนวโน้มในการแพร่กระจายสูง

(๖) สมรรถนะระดับชาติ แบ่งออกเป็น

๖.๑) สมรรถนะในการประเมินและการแจ้างเหตุ

(ก) สามารถประเมินรายงาน ต่าง ๆ ของเหตุการณ์เร่งด่วนทุกรายงานภายใน ๒๔ ชั่วโมง และ

(ข) สามารถแจ้างเหตุไปยังองค์การอนามัยโลกทันที โดยผ่านทางจุดประสานงานกฏอนามัย

ระดับชาติหากผลจากการประเมินชี้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ต้องแจ้างเหตุตามความในวรรค ๑ ของมาตรา ๖ และภาคผนวก ๒ และต้องแจ้างองค์การอนามัยโลกทันทีตามที่กำหนดในมาตรา ๗ และวรรค ๒ ของมาตรา ๙

๖.๒) สมรรถนะในการตอบโต้ทางด้านสาธารณสุข

(ก) สามารถพิจารณากำหนดมาตรการควบคุมที่จำเป็นอย่างรวดเร็ว เพื่อใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

(ข) สามารถให้การสนับสนุนผ่านทางเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ การวิเคราะห์ตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ (ในประเทศหรือผ่านศูนย์ความร่วมมือต่าง ๆ) และการช่วยเหลือในการส่งกำลังบำรุง (เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุ และการลำเลียงขนส่ง)

(ค) สามารถให้ความช่วยเหลือในภาคสนามที่ได้รับการร้องขอ เพื่อเสริมความสามารถในการสอบสวนของพื้นที่

(ง) สามารถจัดให้มีการเชื่อมโยงประสานการปฏิบัติงานโดยตรง ระหว่างผู้บริหารงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ เพื่อให้มีการอนุมัติและดำเนินมาตรการควบคุมได้อย่างรวดเร็ว

(จ) สามารถจัดให้มีการติดต่อประสานงานโดยตรงกับกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(ฉ) สามารถจัดให้มีการติดต่อสื่อสารด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล คลินิก ท่าเรือ ท่าอากาศยาน ช่องทางเข้าออก ห้องปฏิบัติการ และการปฏิบัติงานในขอบเขตอื่น ๆ ที่มีความสำคัญ เพื่อการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำ ที่ได้รับจากองค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอาณาเขตของประเทศสมาชิกและประเทศอื่น ๆ

(ช) สามารถจัดทำแผนแห่งชาติว่าด้วยการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข พร้อมทั้งดำเนินการและรักษาเนื้องานให้คงอยู่โดยตลอด รวมทั้งสร้างทีมที่มีบุคลากรจากสายงานต่าง ๆ จากหลายภาคส่วน เพื่อร่วมกันตอบโต้เหตุการณ์ ที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ และ

(ซ) สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒.๒.๓ โรคและภัยสุขภาพที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น ๕ ด้าน คือ

(ก) โรคติดเชื้อ (Infectious disease)

(ข) โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน (Zoonotic Events)

(ค) ความปลอดภัยด้านอาหาร (Food safety)

(ง) ความปลอดภัยด้านสารเคมี (Chemical Events)

(จ) เหตุการณ์จากกัมมันตรังสี (Radiation Emergencies)

๒.๒.๔ การควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศที่ช่องทางเข้า-ออกระหว่างประเทศ (Point of Entry)

การดำเนินงานที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพทั้ง ๕ ด้านต้องประกอบด้วยทั้ง ๘ สมรรถนะหลัก

๒.๒.๕ ตัวชี้วัดตามสมรรถนะหลัก ด้านการเฝ้าระวัง (Surveillance) และด้านการตอบสนอง (Response)^(๔) แบ่งออกเป็นตัวชี้วัดย่อยแต่ละด้านตามกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

(๑) สมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง (Surveillance) การเฝ้าระวังเป็นการจัดเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องและมีการเผยแพร่ข้อมูล เพื่อให้ผู้ใช้ข้อมูลสามารถนำไปใช้ในการป้องกัน ควบคุมโรคและดูแลสุขภาพ แบ่งออกเป็นการเฝ้าระวังตามตัวชี้วัดพื้นฐาน (Indicator based surveillance) และการเฝ้าระวังตามเหตุการณ์ (Event based surveillance)

(ก) การเฝ้าระวังตามตัวชี้วัดพื้นฐาน (Indicator based surveillance) ตัวชี้วัดนี้คือการรายงานโรครวมทั้งการรายงานในระบบเฝ้าระวังปกติ การเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ หรือการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ การรายงานเป็นรายสัปดาห์หรือรายเดือน ตัวชี้วัดนี้จึงเป็นกิจกรรมเฝ้าระวังที่ใช้ในการตรวจจับเหตุการณ์ หรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขล่วงหน้าได้อย่างทันท่วงที ประกอบด้วย ๘ กิจกรรมคือ

- ๑) มีการกำหนดรายชื่อโรคที่มีความสำคัญสูง และกำหนดเงื่อนไขหรือนิยามของการเฝ้าระวัง
 - ๒) มีการกำหนดให้มีหน่วยงานเฉพาะเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสาธารณสุข
 - ๓) มีการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังเกี่ยวกับการระบาดของโรคที่พบบ่อย และโรคที่มีความสำคัญสูงอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ทั้งระดับเขต และประเทศ
 - ๔) มีการกำหนดเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับการแจ้งเตือนและการตอบสนองขั้นต้น หากพบโรคหรือเหตุการณ์สำคัญในชุมชน
 - ๕) มีความความทันเวลาของการรายงานจากหน่วยรายงานอย่างต่ำร้อยละ ๘๐
 - ๖) มีการดำเนินการตอบสนองด้านสาธารณสุขในขั้นต้นได้ทันทีเมื่อพบการระบาด หรือตรวจพบความผิดปกติเกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น การออกพื้นที่สอบสวนโรค
 - ๗) มีการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการเฝ้าระวังและข้อมูลอื่น ๆ และเผยแพร่ให้ผู้ใช้อข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้องสม่ำเสมอ
 - ๘) มีการประเมินการเตือนภัยล่วงหน้าของการเฝ้าระวังตัวชี้วัดพื้นฐาน ประสิทธิภาพภายในประเทศและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้กับประชาคมโลก
- (ข) การเฝ้าระวังตามเหตุการณ์ (Event based surveillance) ตัวชี้วัดนี้คือ มีการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังตามเหตุการณ์และปฏิบัติงานตามบทบาทที่กำหนด ประกอบด้วย ๑๕ กิจกรรมคือ
- ๑) มีการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวังตามเหตุการณ์ (ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของระบบเฝ้าระวังปกติ)
 - ๒) ระดับประเทศมีคู่มือการปฏิบัติงานหรือแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่ใช้ได้ตลอดเวลา (ครอบคลุมการตรวจจับเหตุการณ์ การรายงานการยืนยันทางระบาดวิทยา การประเมินผลและการแจ้งเตือนตามความเหมาะสม)
 - ๓) มีการนำคู่มือและแนวทางในการตรวจจับเหตุการณ์ การรายงาน การยืนยัน การตรวจสอบ การประเมินผล และการแจ้งเตือน มาใช้และมีการปรับปรุงตามความจำเป็น
 - ๔) มีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลความเสี่ยงต่าง ๆ ที่ตรวจพบจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (เช่น ศูนย์พิษวิทยา ศูนย์สุขภาพสัตว์ อนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์เฝ้าระวังยา ศูนย์กักกัน หน่วยงานสุขภาพและห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคในมนุษย์ กลุ่มอาการของโรคหรืออาการผิดปกติ รูปแบบการเกิดโรค หรือการเสียชีวิตที่ผิดปกติ)
 - ๕) มีระบบหรือกลไกในหน่วยงานระดับประเทศ/ภาค/เขต เพื่อการจับภาพและเหตุการณ์การลงทะเบียนกิจกรรมด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่าง ๆ
 - ๖) มีการประสานการดำเนินงานกับผู้นำชุมชน เครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข และสมาชิกในชุมชนอื่น ๆ ในการตรวจจับและรายงานเหตุการณ์ด้านสุขภาพที่ผิดปกติ
 - ๗) ระดับชุมชนมีการตอบสนองขั้นพื้นฐาน การรายงาน และได้รับการประเมินหรือปรับปรุงตามความจำเป็น
 - ๘) ระดับประเทศมีการดำเนินการของการเฝ้าระวังตามเหตุการณ์ที่บูรณาการกับการเฝ้าระวังตามตัวชี้วัดปกติ และมีเอกสารที่ใช้ร่วมกับประชาคมโลก
 - ๙) มีการเตรียมการกับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและควบคุมเหตุการณ์สาธารณสุขซึ่งอาจเป็นปัญหาระหว่างประเทศ
 - ๑๐) มีเครื่องมือที่ใช้ประกอบการตัดสินใจตามภาคผนวก ๒ ของกฎอนามัยระหว่างประเทศที่ใช้แจ้งให้ WHO ทราบ

๑๑) ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา จุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศระดับชาติมีเหตุการณ์ตามเกณฑ์ที่ต้องแจ้งเตือนตามภาคผนวก ๒ ของกฏอนามัยระหว่างประเทศ ที่ได้รับและแจ้งต่อองค์การอนามัยโลกภายใน ๒๔ ชั่วโมงก่อนการประเมินความเสี่ยงหรือไม่

๑๒) ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ที่ระบุว่าเป็นเรื่องเร่งด่วน ได้รับการประเมินภายใน ๔๘ ชั่วโมง หลังรับรายงาน (เป็นเหตุการณ์เร่งหรือมีผลกระทบอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของประชาชน) หรือไม่

๑๓) ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ผู้ประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ ตอบสนองเมื่อองค์การอนามัยโลกร้องขอภายใน ๒๔ ชั่วโมง หรือไม่

๑๔) มีการใช้เครื่องมือตัดสินใจที่ได้รับการทบทวนและดำเนินการตามขั้นตอนที่ได้ปรับปรุงบนพื้นฐานของบทเรียนที่ได้เรียนรู้

๑๕) ระดับประเทศมีรายงานการแจ้งเตือนตามภาคผนวก ๒ ของ IHR และมีการประสานข้อมูลไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

(๒) สมรรถนะหลักด้านการตอบสนอง (Response) ^(๙) แบ่งออกเป็นความสามารถในการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Rapid Response Capacity) และการควบคุมการติดเชื้อ (Infection control)

(ก) ความสามารถในการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Rapid Response Capacity)

ตัวชี้วัดนี้คือ มีกลไกการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ประกอบด้วย ๑๒ กิจกรรมคือ

๑) เป็นแหล่งข้อมูลที่สามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วระหว่างเกิดเหตุภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในระดับประเทศหรือระหว่างประเทศ

๒) มีการบริหารจัดการโดยแผนการปฏิบัติงาน คำสั่ง ระบบสื่อสาร และการควบคุมระหว่างเกิดเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

๓) มีคำสั่งการทำงานและการควบคุมการดำเนินการอยู่ในหน่วยงาน

๔) ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา มีขั้นตอนการจัดการเหตุฉุกเฉิน รวมถึงแผนการการตอบสนอง และถูกนำมาใช้จริงหรือจำลองการตอบสนองต่อสุขภาพของประชาชน (หรือมีการซ้อมแผน)

๕) มีขั้นตอนการจัดการเหตุฉุกเฉิน รวมถึงกลไกเพื่อตอบสนอง ที่ได้รับการประเมินและปรับปรุงหลังจากการตอบสนองต่อสุขภาพของประชาชน

๖) มีทีมตอบสนองเคลื่อนที่เร็ว (RRTs) เพื่อตอบสนองเหตุการณ์ที่อาจเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (ได้รับการฝึกอบรมในการตรวจสอบและควบคุมการแพร่ระบาด การควบคุมการติดเชื้อและการปนเปื้อน การสื่อสาร การเก็บและส่งตัวอย่าง เหตุการณ์ทางเคมีและรังสี ซึ่งมีการบริหารจัดการทีมที่ถูกกำหนดโดยกลุ่มประเทศที่เป็นภาคีเครือข่าย)

๗) มีคู่มือการปฏิบัติงานหรือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับสมาชิกในทีม RRTs

๘) มีบุคลากรที่ผ่านการอบรม (รวมทั้ง SRRTs) ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเก็บและส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ

๙) มีแนวทางการบริหารจัดการกรณีพบเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสูง

๑๐) มีการประเมินการตอบสนองที่ทันเวลาและดำเนินการอย่างเป็นระบบ

๑๑) ทีมตอบสนองสามารถปฏิบัติงานได้ภายใน ๔๘ ชั่วโมง เมื่อได้รับรายงานทันที (ตามภาคผนวก ๑) โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างร้ายแรงและ/หรือลักษณะที่ผิดปกติหรือไม่เคยเกิดมาก่อน แต่มีความเสี่ยงสูงในการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว

๑๒) ระดับประเทศได้ให้ความช่วยเหลือกลุ่มภาคีเครือข่ายในการพัฒนาสมรรถนะด้านการตอบสนองหรือใช้มาตรการเพื่อการควบคุม

(ข) การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control) ^(๙) ตัวชี้วัดนี้คือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control) ซึ่งต้องมีการจัดตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ในสถานที่เพื่อสุขภาพต่าง ๆ สถาบันการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระดับชาติ และโรงพยาบาล มีการกำหนดการขอขอบเขตการทำงาน การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ๆ เกี่ยวข้องรวมทั้งการบริหารจัดการประกอบด้วย ๑๓ กิจกรรมคือ

๑) ระดับประเทศมีการกำหนดบทบาทในการตอบสนองและการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

๒) ระดับประเทศกำหนดให้มีการตอบสนองเมื่อพบผลการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ

๓) ระดับประเทศมีแผนปฏิบัติการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่สามารถปฏิบัติได้จริง

๔) มีคู่มือ แนวทางปฏิบัติและข้อตกลงสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ในโรงพยาบาล

๕) โรงพยาบาลระดับ ๓ (โรงพยาบาลศูนย์) มีการกำหนดพื้นที่และขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยแยกต่างหาก ได้แก่พื้นที่ห้องเดี่ยว หรือเตียงเดี่ยว มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอและอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการจัดการความเสี่ยงจากการติดเชื้อ และต้องมีมาตรการป้องกันเฉพาะตามหลักเกณฑ์ระดับชาติหรือนานาชาติ

๖) โรงพยาบาลระดับ ๓ (โรงพยาบาลศูนย์) ทุกแห่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ

๗) มีการพัฒนาหลักเกณฑ์หรือแนวทางการการป้องกันและดูแลผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

๘) มีแผนปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อทั่วประเทศ

๙) มีการเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การตรวจจับการระบาดและสอบสวนโรค เมื่อพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน เช่น ผู้ป่วยหนัก ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินที่ติดเชื้อผิดปกติ รวมทั้งการป่วยที่ไม่ทราบสาเหตุในบุคลากรสาธารณสุข

๑๐) มีมาตรการควบคุมการติดเชื้อและมีการประเมินประสิทธิผลที่ได้รับการเผยแพร่แล้ว

๑๑) มีการจัดตั้งระบบการติดตามตรวจสอบการดื้อยาต้านจุลชีพ

๑๒) มีการกำหนดบทบาทและระบบการติดตามการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยมีข้อมูลที่แสดงขนาดและแนวโน้มที่ชัดเจน

๑๓) ระดับชาติมีโครงการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรสาธารณสุข (เช่นมาตรการป้องกันด้วยวัคซีน และการรักษาอื่น ๆ เช่น โปรแกรม การดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ป้องกันตัว งานอาชีวอนามัยและการเฝ้าระวังทางการแพทย์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบถึงศักยภาพของการติดเชื้อในห้องปฏิบัติการ รวมทั้งอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ)

๒.๓ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT)

และมาตรฐาน SRRT (SRRT Standard) ^(๑๐)

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เป็นทีมงานทางสาธารณสุขที่มีบทบาทเฝ้าระวัง ติดตามข่าวการระบาด และตอบสนองเหตุการณ์ในช่วงต้นของการระบาด ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อไม่ให้เกิดระบาดอย่างรวดเร็ว รุนแรง ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันเหตุการณ์ สามารถควบคุมโรคขั้นต้น เพื่อหยุดยั้งหรือจำกัดการแพร่ระบาดไม่ให้ขยายวงกว้างและแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรค ตลอดจนร่วมมือและให้การสนับสนุนกับเครือข่ายในการเฝ้าระวังและตรวจจับการระบาด

มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT standard) เป็นข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะ แนวทางปฏิบัติ และผลงานที่พึงประสงค์ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เป็นมาตรฐานที่ใช้สำหรับทีม SRRT ทุกระดับ ทุกทีม ของทุกหน่วยงาน โดยมีความแตกต่างด้านจำนวนตัวชี้วัดที่ใช้ประกอบ มาตรฐานทีมแต่ละระดับ วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการนำมาตรฐาน SRRT มาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา และยกระดับคุณภาพของทีม SRRT ใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบสมรรถนะหรือ Benchmark ระหว่างทีม SRRT และใช้เป็นกลไกในการพัฒนาขีดความสามารถด้านการเฝ้าระวัง และตอบสนองทางสาธารณสุขของประเทศ ตามข้อกำหนดในกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕)

มาตรฐานทีม SRRT มี ๔ องค์ประกอบ คือ มีทีมชัดเจนและมีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทีมมีความสามารถหลักตามข้อกำหนดในกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕) และทีมมีผลงานที่มีคุณภาพ ซึ่งมีตัวชี้วัด (Indicator) จำนวน ๑๗ ตัวชี้วัดหลัก จำแนกตามมาตรฐานของ ๔ องค์ประกอบคือ

๑. มาตรฐานด้านความเป็นทีมและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานมี ๓ ตัวชี้วัดหลัก
 - ๑) การจัดตั้งทีม SRRT
 - ๒) ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ
 - ๓) ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน
๒. มาตรฐานด้านความพร้อม ในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมี ๒ ตัวชี้วัดหลัก
 - ๑) ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน
 - ๒) ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม
๓. มาตรฐานด้านความสามารถการปฏิบัติงานตามข้อกำหนดของกฎอนามัย ฯ มี ๖ ตัวชี้วัดหลัก
 - ๑) การเฝ้าระวังและเตือนภัย
 - ๒) การประเมินสถานการณ์และรายงาน *
 - ๓) การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ
 - ๔) การควบคุมโรคขั้นต้น
 - ๕) การสนับสนุนมาตรการอนามัยสิ่งแวดล้อม *
 - ๖) การสนับสนุนมาตรการด้านควบคุมโรคและตอบสนองทางสาธารณสุข *
๔. มาตรฐานด้านผลงานที่มีคุณภาพ มี ๖ ตัวชี้วัดหลัก
 - ๑) ผลงานแจ้งเตือนและรายงานเหตุการณ์ทันเวลา
 - ๒) ผลงานความครบถ้วนของการสอบสวนโรค
 - ๓) ผลงานคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค
 - ๔) ผลงานความรวดเร็วในการสอบสวนโรค
 - ๕) ผลงานคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค
 - ๖) ผลงานการนำเสนอความรู้จากการสอบสวนโรค หรือการตอบสนองทางสาธารณสุขที่เผยแพร่ในวารสาร เวทีวิชาการ *

ซึ่งแต่ละองค์ประกอบหรือมาตรฐานแต่ละด้าน อาจมีตัวชี้วัดย่อยและมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน คือ สิ่งที่ควรกำหนดหรือควรมี ณ ปัจจุบัน หรือผลงานที่จัดทำไว้ไม่เกิน ๓ ปี หรือระดับผลงานในช่วง ๑-๓ ปี

หมายเหตุ * เป็นตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒.๔ มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ และตัวชี้วัด ^(๗)

มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ เป็นเกณฑ์ชี้วัดผลการดำเนินงานด้านระบาดวิทยาโรคติดต่อของหน่วยงานในเครือข่ายทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและมาตรฐานการปฏิบัติงานซึ่งมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุม ป้องกันโรค เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และรักษาผลประโยชน์ของสาธารณะ

มาตรฐานและตัวชี้วัดงานระบาดวิทยาโรคติดต่อแบ่งออกเป็น ๓ ด้าน คือ ด้านการเฝ้าระวังโรค ด้านการสอบสวนโรค และด้านการพัฒนาเครือข่าย รวม ๑๕ ตัวชี้วัด ดังนี้

๑. มาตรฐานด้านการเฝ้าระวังโรค มี ๕ ตัวชี้วัดคือ

- ๑) มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง
- ๒) มีความครบถ้วนของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง
- ๓) มีความทันเวลาของการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง
- ๔) มีการจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง
- ๕) มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค

๒. มาตรฐานด้านการสอบสวนโรค มี ๗ ตัวชี้วัด คือ

- ๑) มีความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย
- ๒) มีความทันเวลาของการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย
- ๓) มีความทันเวลาของการได้รับแจ้งข่าวการระบาด
- ๔) มีความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาด
- ๕) มีการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ
- ๖) มีการให้ข้อเสนอแนะจากรายงานสอบสวนการระบาด
- ๗) มีการสังเคราะห์องค์ความรู้จากสรุปรายงานการสอบสวนโรค

๓. มาตรฐานด้านการพัฒนาเครือข่าย มี ๓ ตัวชี้วัดคือ

- ๑) หน่วยงานในเครือข่ายที่ยังไม่เคยได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์การประเมิน
- ๒) หน่วยงานในเครือข่ายที่ไม่ผ่านเกณฑ์และสามารถพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ได้
- ๓) หน่วยงานในเครือข่ายที่เคยผ่านเกณฑ์การประเมินแล้วยังรักษามาตรฐานไว้ได้

๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาของ Kohl KS และคณะ ^(๑๐) เรื่อง Assessment of Public Health Events through International Health Regulations, United States, ๒๐๐๗-๒๐๑๑ เป็นการประเมินเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ระหว่าง ปี พ. ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ พบว่าหน่วยประสานงานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศของสมาชิก ๑๙๔ ประเทศ ส่วนใหญ่เห็นว่าภาคผนวก ๒ ใช้งานได้ง่าย และมีประโยชน์มากสำหรับการประเมิน การแจ้งเตือนเกี่ยวกับเหตุการณ์สำคัญ โดยเฉพาะโรคติดต่อ การสร้างขีดความสามารถหลักในการเฝ้าระวังตามเหตุการณ์ (event-based surveillance) จะทำให้สามารถดำเนินงานบรรลุขีดความสามารถขั้นต่ำในการเฝ้าระวังและการตอบสนอง จึงเป็นข้อเสนอแนะให้องค์การอนามัยโลกขยายและปรับปรุงเอกสารที่เกี่ยวข้องได้ ผลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าประเทศสมาชิกอาจจะพยายามสร้างขีดความสามารถหลักในการเฝ้าระวังตามเหตุการณ์ (event-based surveillance) และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกอื่น ๆ เพิ่มโครงสร้างการเฝ้าระวังและตอบโต้ รวมทั้งความสามารถด้านทรัพยากรบุคคลและด้านส่งกำลังบำรุง (logistic) ที่จำเป็นในทุกภาคส่วนภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ผลการศึกษายังพบว่า ระหว่างเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๐ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔ องค์การอนามัยโลก ได้รับการประเมินจำนวน ๒๒๒ เหตุการณ์

จาก ๑๐๕ ประเทศ (รวมทั้ง ๒๔ เหตุการณ์จากประเทศสหรัฐอเมริกา) เป็นเหตุการณ์ของไข้หวัดใหญ่ในสหรัฐอเมริกา ๑๒ เหตุการณ์ (รวมถึงรายงานฉบับแรกของไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ๒๐๐๙ : A H๑N๑) ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข การพบเชื้อ Salmonella spp. การติดเชื้อ H๗ โรค Guillain-Barré, heparin ที่ปนเปื้อน Lassa fever, การรั่วไหลของน้ำมันและไซโทพอยด์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างรวดเร็วระหว่างองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกที่มีความสะดวกตามระเบียบด้านสุขภาพระหว่างประเทศจะนำไปสู่การตระหนักถึงสถานการณ์ของภัยคุกคามที่เกิดขึ้นใหม่ และยังช่วยให้เกิดการประสานงานด้านการตอบสนองในระดับนานาชาติเพิ่มมากขึ้นด้วย การเฝ้าระวังและตอบสนองที่ดำเนินการตามปกติและเป็นมาตรฐานในสภาพแวดล้อมของการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีความปลอดภัยจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าบุคคลสินค้าและเชื้อโรคจะเดินทางไปทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว เพราะข้อมูลดังกล่าวจะเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก

การศึกษาของ Teixeira MG และคณะ^(๑๑) เรื่อง Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (๒๐๐๕) ซึ่งศึกษา ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบว่า ระบบการเฝ้าระวังสุขภาพของบราซิลภายใต้บริบทของกฎอนามัยระหว่างประเทศบราซิลมีกรอบทางกฎหมายที่ดี รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานและกลไกที่จำเป็นสำหรับการประสานงาน ในระดับรัฐและระดับเทศบาลขีดความสามารถในการตรวจจับประเมินและแจ้งจะดีกว่าความสามารถในการตอบโต้หรือสอบสวนโรค และการสื่อสาร กิจกรรมการเฝ้าระวังดำเนินการตลอด ๒๔ ชั่วโมง ๗ วันต่อสัปดาห์ ระดับรัฐร้อยละ ๔๐.๗ และเทศบาล ร้อยละ ๓๕.๕ แต่จุดอ่อนของการเฝ้าระวังอยู่ที่พื้นที่ชายแดนทางบกและในเมืองเล็ก ๆ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ต้องทำความเข้าใจกับเครื่องมือการตัดสินใจของภาคผนวก ๒ ที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มความไวและความสม่ำเสมอในกระบวนการแจ้งเตือน โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างการเฝ้าระวังและขั้นตอนการตอบสนองซึ่งเป็นขีดความสามารถหลัก

การศึกษาของ Dagina R และคณะ^(๑๒) เรื่อง Event-based surveillance in Papua New Guinea: strengthening an International Health Regulations (๒๐๐๕) core capacity ซึ่งศึกษาข้อมูลการระบาดของไข้หวัดใหญ่ระหว่างระหว่างเดือนสิงหาคม ๒๕๕๒-พฤศจิกายน ๒๕๕๕ พบว่าการบันทึกข้อมูลเหตุการณ์ต่าง ๆ ในปีเดียวกับที่เกิดเหตุการณ์ค่อนข้างต่ำ ส่วนที่เหลือจะบันทึกในปีถัดไปและยังมีเหตุการณ์บางส่วนไม่ระบุวันที่เกิดเหตุการณ์ จึงทำให้การรายงานผลล่าช้าและยากในการติดตามแก้ไขปัญหา ดังนั้นการยืนยันกิจกรรมและการตอบสนอง ที่ตรวจสอบพบว่า ชนิดของเหตุการณ์ แหล่งที่มาของข้อมูล ความตรงต่อเวลา ลักษณะการตอบสนอง และผลลัพธ์ มีการระบุในทะเบียน ๖๑ เหตุการณ์ ความล่าช้าเฉลี่ยระหว่างวันเกิดเหตุการณ์และวันการรายงานคือ ๑๐ วัน สัดส่วนรายงานมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ ๓๙) รองลงมาเป็นรายงานจากคลินิก (ร้อยละ ๒๕) และรายงานในสื่อ (ร้อยละ ๑๑) เหตุการณ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๘๔) ได้รับการยืนยันว่าเป็นเหตุการณ์สาธารณสุขที่แท้จริงและ ร้อยละ ๕๖ ซึ่งได้รับการตรวจสอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพียงแห่งเดียว สาเหตุที่ยืนยันไม่ได้ร้อยละ ๖๙ ของเหตุการณ์จริง การเฝ้าระวังตามเหตุการณ์ (Event-based surveillance) จึงเป็นกลยุทธ์ง่ายๆ ที่เป็นรากฐานสำคัญของการเฝ้าระวังและการตอบสนองต่อสุขภาพ ความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างเส้นทางการรายงานปรับปรุงความเร็วในการรายงานขยายแหล่งข้อมูลเพิ่ม และปรับปรุงขีดความสามารถในการวินิจฉัย เพื่อให้ประสบความสำเร็จ EBS ควรเชื่อมโยงกับการตอบสนองอย่างใกล้ชิด

การศึกษาของอาทิตยา วงศ์คำมา และคณะ^(๑๓) เรื่องการประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคของประเทศไทยตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ระหว่างเดือนมกราคม ๒๕๕๔ - ธันวาคม ๒๕๕๕ พบว่า สมรรถนะในการเฝ้าระวัง รายงาน สอบสวน และควบคุมโรคในระดับท้องถิ่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล) กับสมรรถนะในการสนับสนุนในระดับภาค (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคและศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์) เท่ากัน คือร้อยละ ๘๓.๓ โดยระดับท้องถิ่นมีสมรรถนะในด้านการเฝ้าระวังโรคสูงสุตร้อยละ ๘๒.๑ รองลงมาคือสมรรถนะในด้านการสอบสวนโรค ร้อยละ ๘๐.๕ และสมรรถนะด้านการรายงานโรคร้อยละ ๖๕.๖ สาเหตุสำคัญของการดำเนินงานเนื่องจากพบว่า บางหน่วยงานไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ และไม่มีการจัดทำแผนการรับมือภาวะฉุกเฉินที่มีแนวโน้มแพร่ระบาดระหว่างประเทศร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

การศึกษาของ Wamala JF และคณะ^(๑๔) เรื่อง Assessment of core capacities for The International Health Regulations (IHR ๒๐๐๕)-Uganda, ๒๐๐๙ เป็นการประเมินในระดับประเทศและระดับอำเภอ โดยระดับอำเภอคัดเลือกตัวอย่างตามความพร้อมจำนวน ๑๓ แห่ง (ร้อยละ ๑๖) จากอำเภอทั้งหมด เพื่อประเมินสมรรถนะหลักของ IHR (๒๐๐๕) ทั้ง ๘ ด้านและครอบคลุมภัยอันตรายทั้ง ๕ เรื่อง โดยประเมินสถานพยาบาลในเขต ๔ แห่ง คือโรงพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพ ๑ แห่ง และศูนย์สุขภาพที่มีระดับต่ำกว่าอีก ๓ แห่ง รวมสถานบริการสุขภาพที่ศึกษาทั้งหมด ๖๑ แห่ง ยกเว้นการใช้การเฝ้าระวังและตอบสนองโรคแบบบูรณาการในพื้นที่ของแอฟริกา (WHO Integrated Disease Surveillance and Response : IDSR) ในการเฝ้าระวังช่วงแรกเพื่อควบคุมโรคติดเชื้อและโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนในกลุ่มประชากรทั่วไป รายชื่อโรคตามระดับความสำคัญของประเทศถูกจำกัดที่เงื่อนไขที่สำคัญของ IDSR นี้จึงไม่ได้รวมโรคซาร์ส ไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ ไข้ทรพิษ หรือสารเคมี รั้งสีและนิวเคลียร์ มีแนวทางของ IDSR ใน ๑๒ อำเภอ (ร้อยละ ๙๒) แต่มีสถานบริการด้านสุขภาพ ๓๕ แห่ง คือร้อยละ ๕๗ ที่มีแนวทางของ IDSR ส่วนนิยามในการตรวจแยกโรคติดเชื้อและโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนมีทุกอำเภอ แต่มีสถานบริการด้านสุขภาพเพียง ๔๐ แห่ง (ร้อยละ ๖๖) ที่มีนิยามสำหรับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อและโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ส่วนแนวทางการเฝ้าระวังและนิยามเกี่ยวกับโรคซาร์ส ไข้ทรพิษ รั้งสี นิวเคลียร์ และด้านความปลอดภัยจากอาหารไม่มีในทุกระดับ ทุกอำเภอสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์หรือการวิเคราะห์ด้วยตนเองทางกระดาษ มีสถานบริการด้านสุขภาพร้อยละ ๖๒ ที่มีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ มี ๙ อำเภอ (ร้อยละ ๖๙) รายงานว่ามีระบบคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา ทีมงานตอบสนองอย่างรวดเร็วทั้งระดับชาติและอำเภอ (RRT) ยังขาดความเชี่ยวชาญ สถานบริการด้านสุขภาพมีแนวทางในการจัดการกับโรคติดต่อและโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนในพื้นที่ ๓๒ แห่ง (ร้อยละ ๕๒) แต่ขาดขั้นตอนในการจัดการเหตุการณ์ทางเคมีและนิวเคลียร์ ทีมงานฉุกเฉินระดับชาติและระดับท้องถิ่นรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมในการจัดการเหตุฉุกเฉินเนื่องจากความเป็นอันตรายจากเชื้อโรคและโรคติดต่อจากสัตว์เท่านั้น สถานบริการสุขภาพที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาได้อย่างเป็นระบบมี ๓๘ แห่ง (ร้อยละ ๖๒) พบว่าสาเหตุสำคัญคือไม่มีคู่มือในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะไม่มีแนวทางในการตอบสนองต่อการระบาดของสารเคมีอันตรายและนิวเคลียร์ แต่มีนิยามในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อและโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนเท่านั้น

การศึกษาของ Gala Á และคณะ^(๑๕) เรื่อง Implementation of the International Health Regulations in Cuba: evaluation of basic capacities of the health sector in selected provinces เป็นการประเมินความสามารถขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับสมรรถนะด้านกฎหมายนโยบาย การเฝ้าระวังและการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพระดับท้องถิ่น ระดับเทศบาล และระดับจังหวัดจำนวน ๓๖ แห่งใน ๓ จังหวัดของคิวบา ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมด้านสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า ศูนย์สุขภาพ ๑๒ หน่วยงาน (ร้อยละ ๓๓) มีความสามารถขั้นพื้นฐานมากกว่า ร้อยละ ๗๕ และได้ดำเนินการตามกรอบกฎหมายและสถาบันแล้ว ร้อยละ ๕๐ ส่วนหน่วยงานในจังหวัดฮาวานามีความสามารถขั้นพื้นฐานด้านการตอบสนองตามเหตุการณ์ มากกว่า ร้อยละ ๔๐ พบว่าจังหวัดที่ได้รับการประเมินขีดความสามารถขั้นพื้นฐานจะช่วยให้สามารถใช้งาน IHR ๒๐๐๕ ได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ควรจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพเพื่อรวบรวมการเฝ้าระวังและการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมสำคัญของความมั่นคงของประเทศและระหว่างประเทศในด้านสาธารณสุข จะทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ระดับพื้นฐาน ประจำปี ๒๕๕๗^(๑๖) ที่สำนักกระบาดวิทยาร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคดำเนินการในทุกจังหวัด จำนวน ๙๔๖ แห่ง ผ่านการประเมินระดับพื้นฐาน ๙๒๘ แห่ง (ร้อยละ ๙๘.๑๐) เป็นจังหวัดอื่น ๆ (ไม่รวม กทม.) จำนวน ๘๗๘ อำเภอ ผ่านการประเมิน ๘๖๐ อำเภอ (ร้อยละ ๙๗.๙๕) ส่วนกรุงเทพมหานครมีหน่วยงานที่รับการประเมิน ๖๘ แห่ง ผ่านการประเมินทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) เมื่อแยกวิเคราะห์ระหว่างพื้นที่ชายแดนกับพื้นที่ปกติโดยใช้เครื่องมือประเมินชุดเดียวกันพบว่าอำเภอในจังหวัดชายแดน จำนวน ๓๖๗ อำเภอ ผ่านการประเมิน ๓๖๑ อำเภอ (ร้อยละ ๙๘.๓๗) ส่วนอำเภอในจังหวัดอื่นๆ จำนวน ๕๗๙ อำเภอ ผ่านการประเมิน ๕๖๗ อำเภอ (ร้อยละ ๙๗.๙๓) ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก

บทที่ ๓ วิธีการศึกษา

๓.๑ รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research)

๓.๒ ประชากรที่ศึกษา

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ในพื้นที่อำเภอชายแดน ของ ๙ จังหวัด คือจันทบุรี ตราด สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน ระนอง และยะลา จำนวน ๓๐ อำเภอ

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย

๓.๔ ขั้นตอนการดำเนินการ

แบ่งออก ๒ ส่วน คือ การจัดทำเครื่องมือประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย และการดำเนินการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน

๓.๔.๑ การจัดทำเครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๖-พฤษภาคม ๒๕๕๗ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

๑) จัดทำแผนงานโครงการ ฯ ขออนุมัติโครงการ

๒) ศึกษา ทบทวน แนวทางของแบบสอบถามตามกรอบสมรรถนะของกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง (Surveillance) และการตอบสนอง (Response) และตัวชี้วัดทั้งหมดจากมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ปกติที่ใช้ในประเทศไทยฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. ๒๕๕๕

๓) ประสานกับผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำร่างมาตรฐาน SRRT ชายแดน

๔) จัดทำร่างมาตรฐาน SRRT ชายแดนของประเทศไทย โดยประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ในการพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือการประเมินมาตรฐาน SRRT ฉบับเดิมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และเพิ่มตัวชี้วัดใหม่เพื่อให้ครอบคลุมตามกิจกรรมการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ มากขึ้น

๕) ประชุมผู้เกี่ยวข้องระดับเขตและจังหวัดชายแดนต้นแบบ เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นในระดับผู้ปฏิบัติงานกับการใช้เครื่องมือประเมิน

๖) ทดสอบเครื่องมือการประเมินในจังหวัดชายแดน ๑ จังหวัด คือ จังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ ๖-๑๐ มกราคม ๒๕๕๗

๗) ปรับปรุงเครื่องมือหลังทดสอบการประเมิน

๘) จัดทำเป็นคู่มือเพื่อใช้ในการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดน

๓.๔.๒ ดำเนินการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน ของ ๙ จังหวัด คือจันทบุรี ตราด สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน ระนอง และยะลา โดยร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓, ๔, ๗, ๙, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒ ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน ๒๕๕๗ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

๑) ประสานกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเพื่อเลือกจังหวัดและอำเภอชายแดนในพื้นที่
 รับผิดชอบและมีความพร้อมรับการประเมินโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling)

๒) ดำเนินการร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่รับผิดชอบในพื้นที่ ประเมินการ
 ดำเนินงานของทีม SRRT อำเภอชายแดน โดยสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ คปสอ.
 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรค รวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์
 พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ดำเนินการระหว่างเดือน
 มิถุนายน -กันยายน ๒๕๕๗

๓) สรุปผลการประเมินเบื้องต้นให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานแต่ละจังหวัดทราบ เพื่อหาแนว
 ทางพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน

๔) รวบรวมผลการประเมินด้วยโปรแกรม Excel ตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม
 Epi Info for Windows version ๓.๒ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน และร้อยละ

๕) แปลผลการศึกษา สรุปผลการศึกษาเบื้องต้น และข้อเสนอแนะ

๖) หาแนวทางในการพัฒนาทีม SRRT ชายแดน ร่วมกับกลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย
 สำนักกระบวนศึกษา ที่รับผิดชอบ ในการจัดทำหลักสูตรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยบูรณาการร่วมกับการพัฒนาทีม SRRT
 ปกติ

๗) จัดทำรายงานผลการศึกษา และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงแก้ไข

๘) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

๙) จัดทำรายงานวิชาการ และเผยแพร่ผลงานในวารสาร สำนักกระบวนศึกษา กรมควบคุมโรค
 กระทรวงสาธารณสุข

๓.๕ ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา

เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๖ – ธันวาคม ๒๕๕๗

๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ด้วยโปรแกรม Epi Info for Windows version ๓.๒ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
 คือ จำนวน และร้อยละ

๓.๗ ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องกลุ่มเป้าหมายที่รับการประเมิน เนื่องจากขึ้นอยู่กับความพร้อมของพื้นที่ และ
 บางจังหวัดไม่ได้ดำเนินการในทุกอำเภอที่เป็นพื้นที่ชายแดน

บทที่ ๔ ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออก ๒ ส่วน คือ การจัดทำเครื่องมือประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวังสอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย และการดำเนินการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน

๔.๑ การจัดทำเครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย

๔.๒ ผลการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน

๔.๑ การจัดทำเครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๖-พฤษภาคม ๒๕๕๗ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญคือ

๑. ศึกษา ทบทวน แนวทางของแบบสอบถามตามกรอบสมรรถนะของกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง (Surveillance) และการตอบสนอง (Response) และตัวชี้วัดทั้งหมดจากมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ปกติที่ใช้ในประเทศไทยฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. ๒๕๕๕

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง (Surveillance) และการตอบสนอง (Response) คือกรอบการตรวจสอบความสามารถหลักของ IHR : แบบสอบถามเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการใช้ขีดความสามารถหลักของ IHR ในกลุ่มประเทศสมาชิก (IHR core capacity monitoring framework : Questionnaire for monitoring progress in the implementation of IHR core capacities in states parties) ประกอบด้วยด้านการเฝ้าระวัง ๒๓ กิจกรรม และด้านการตอบสนอง ๒๕ กิจกรรม ด้านการเฝ้าระวังแบ่งเป็น ๒ ส่วนคือการเฝ้าระวังตามตัวชี้วัดพื้นฐาน (Indicator based surveillance) ๘ กิจกรรม และการเฝ้าระวังตามเหตุการณ์ (Event based surveillance) ๑๕ กิจกรรม ด้านการตอบสนองแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนเช่นกันคือความสามารถในการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Rapid Response Capacity) ๑๒ กิจกรรม และการควบคุมโรคติดเชื้อ (Infection Control) ๑๓ กิจกรรม

ส่วนมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ปกติที่ใช้ในประเทศไทยฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. ๒๕๕๕ ส่วนใหญ่ก็พัฒนามาจากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง (Surveillance) และการตอบสนอง (Response) ๗ อยู่แล้วบางส่วนแต่ไม่ได้นำมาใช้ทั้งหมด มีการประยุกต์กิจกรรมให้เข้ากับบริบทของการดำเนินงานในประเทศไทย ซึ่งระดับอำเภอประกอบด้วย ๑๓ ตัวชี้วัดหลักและ ๕๗ ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ๒๘ ตัวชี้วัด ระดับดี ๒๔ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๕ ตัวชี้วัด แบ่งออกเป็น ๔ ด้านคือ ด้านความเป็นทีมมี ๓ ตัวชี้วัดหลัก และ ๑๔ ตัวชี้วัดย่อย เป็นระดับพื้นฐาน ๘ ตัวชี้วัด และระดับดี ๖ ตัวชี้วัด ด้านความพร้อม มี ๒ ตัวชี้วัดหลัก และ ๑๑ ตัวชี้วัดย่อย เป็นระดับพื้นฐาน ๖ ตัวชี้วัด และระดับดี ๕ ตัวชี้วัด ด้านการปฏิบัติงาน มี ๓ ตัวชี้วัดหลัก และ ๑๗ ตัวชี้วัดย่อย เป็นระดับพื้นฐาน ๙ ตัวชี้วัด และระดับดี ๘ ตัวชี้วัด และด้านผลงานมี ๕ ตัวชี้วัดหลัก และ ๑๕ ตัวชี้วัดย่อย เป็นระดับพื้นฐาน ๕ ตัวชี้วัด และระดับดี ๕ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๕ ตัวชี้วัด

๒. ประสานกับผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำร่างมาตรฐาน SRRT ชายแดน ของประเทศไทย โดยประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนาเครื่องมือการประเมินมาตรฐาน SRRT ฉบับเดิมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และเพิ่มตัวชี้วัดใหม่เพื่อให้ครอบคลุมตามกิจกรรมการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ มากขึ้น ซึ่งยึดตามแนวทางการจัดทำแบบสอบถามของกฏอนามัยระหว่างประเทศ ๗ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ จากหน่วยงานต่าง ๆ คือ หัวหน้าด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ หัวหน้างาน

ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร และจากสำนักระบาดวิทยา คือหัวหน้ากลุ่มสอบสวนทางระบาดวิทยา หัวหน้าศูนย์ความร่วมมือทางระบาดวิทยานานาชาติ และหัวหน้างานพัฒนาภาคีเครือข่าย (SRRT) โดยหัวหน้างานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำตัวชี้วัดและดำเนินการประเมินในส่วนที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดเชื้อ (Infection Control) เนื่องจากสถาบันบำราศนราดูร มีผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และมีหลักสูตรการจัดอบรมด้านนี้อยู่แล้ว ส่วนสำนักระบาดวิทยาและด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศร่วมกันจัดทำร่างตัวชี้วัดด้านการเฝ้าระวังและด้านการตอบสนองส่วนที่เหลือ เพราะบางกิจกรรมต้องดำเนินการร่วมกัน

ตัวชี้วัดในระดับอำเภอที่สร้างขึ้นมีตัวชี้วัดที่เพิ่มจากตัวชี้วัด SRRT เดิมมี ๗ ตัวชี้วัดหลัก คือ

๑) การส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วยเฝ้าระวังต่าง ๆ และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เป็นตัวชี้วัด IHR มี ๑ ตัวชี้วัดย่อย

๒) การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังเหตุการณ์ในหน่วยบริการสาธารณสุข เป็นตัวชี้วัดเพิ่มเติม มี ๓ ตัวชี้วัดย่อย

๓) การสร้างเครือข่ายเพื่อให้รู้สถานการณ์ในประเทศเพื่อนบ้าน เป็นตัวชี้วัด IHR มี ๓ ตัวชี้วัดย่อย

๔) มีข้อมูลสิ่งที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพของพื้นที่ เป็นตัวชี้วัด IHR มี ๒ ตัวชี้วัดย่อย

๕) มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ เป็นตัวชี้วัด IHR มี ๑ ตัวชี้วัดย่อย

๖) มี SOP หรือแนวทางการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการสอบสวนและควบคุมโรค เป็นตัวชี้วัด IHR มี ๓ ตัวชี้วัดย่อย

๗) การประเมินผลการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เป็นตัวชี้วัด IHR มี ๒ ตัวชี้วัดย่อย

ส่วนตัวชี้วัดหลักที่ตัดออกไปคือทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงานเนื่องจากตัวชี้วัดส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมที่คล้ายกับตัวชี้วัดอื่น ๆ จึงทำให้มีตัวชี้วัดหลักทั้งหมด ๑๙ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดย่อย ๖๘ ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ๒๙ ตัวชี้วัด ระดับดี ๓๑ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๘ ตัวชี้วัด เป็น ตัวชี้วัด SRRT เดิม ๔๙ ตัวชี้วัด เป็นระดับพื้นฐาน ๒๕ ตัวชี้วัด ระดับดี ๒๐ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๔ ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดตาม IHR ๑๓ ตัวชี้วัด เป็นระดับพื้นฐาน ๓ ตัวชี้วัด ระดับดี ๙ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๑ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมเพื่อเสริมความเข้มแข็งการดำเนินงาน ๖ ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ๑ ตัวชี้วัด ระดับดี ๒ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๓ ตัวชี้วัด โดยแบ่งออกเป็น ๓ ด้านคือ

๑) ด้านมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที่มี ๖ ตัวชี้วัดหลัก และ ๑๖ ตัวชี้วัดย่อย เป็นระดับพื้นฐาน ๖ ตัวชี้วัด ระดับดี ๖ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๔ ตัวชี้วัด

๒) ด้านการรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้องทันที มี ๒ ตัวชี้วัดหลัก และ ๔ ตัวชี้วัดย่อย เป็นระดับพื้นฐาน ๒ ตัวชี้วัด ระดับดี ๑ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๑ ตัวชี้วัด

๓) ด้านสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที่มี ๑๑ ตัวชี้วัดหลัก และ ๔๘ ตัวชี้วัดย่อย เป็นระดับพื้นฐาน ๒๑ ตัวชี้วัด ระดับดี ๒๔ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๓ ตัวชี้วัด

โดยกิจกรรมที่อยู่ในตัวชี้วัด SRRT เดิมให้คะแนนผลการประเมินเป็น B, S, SS กิจกรรมที่อยู่ในตัวชี้วัด IHR อย่างเดียว ให้คะแนนประเมินเป็น I_B, I_S, I_SS และกิจกรรมที่เพิ่มเติมขึ้นจากการพิจารณาร่วมกันของทีมงาน ให้คะแนนประเมินเป็น II_B, II_S, II_SS โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น ระดับพื้นฐาน (B หรือ I_B และ II_B) ระดับดี (S หรือ I_S และ II_S) ระดับดีเยี่ยม (SS หรือ I_SS หรือ II_SS)

๓. ประชุมผู้เกี่ยวข้องระดับเขตและจังหวัดชายแดนต้นแบบ เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นในระดับผู้ปฏิบัติงานกับการใช้เครื่องมือประเมินใน ๕ จังหวัดที่ดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศตาม ๑๒ เป้าหมายหลักคือสระแก้ว หอนงาย ตาก น่าน และระนอง เพื่อระดมความคิดเห็น เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินฉบับร่าง ได้มีการจัดทำแนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดกฎอนามัยระหว่างประเทศโดยกำหนดรายละเอียดหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ในการประเมินให้ชัดเจนมากขึ้นได้แก่

๑) ลักษณะของกลุ่มคำถาม แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ กิจกรรมที่อยู่ในตัวชี้วัด SRRT กิจกรรมที่อยู่ในตัวชี้วัด IHR อย่างเดียว และกิจกรรมที่เพิ่มเติมขึ้นจากการพิจารณาร่วมกันของทีมงาน

๒) การแบ่งระดับคะแนน สำหรับข้อมูลทั่วไปของพื้นที่/หน่วยงานที่ทำการประเมิน (บริบทพื้นที่ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล และจำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา) ไม่นับเป็นส่วนหนึ่งของคะแนน แต่เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้รู้สภาพทั่วไปของพื้นที่ที่ทำการประเมิน สำหรับคำถามที่ใช้ในการประเมิน ใช้เกณฑ์พิจารณาเป็น ๓ ระดับเช่นเดิม

๓) พื้นที่ประเมิน แบ่งเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ประเมินด้วยกันในรูป คปสอ.เมือง) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลในอำเภอที่ติดชายแดน (ประเมินในรูป คปสอ.ของอำเภอนั้นๆ) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ โรงพยาบาลเอกชนในอำเภอที่ทำการประเมิน หรือโรงพยาบาลนอกระหวางสาธารณสุข

๔) ข้อกำหนดการประเมินที่เพิ่มเติมขึ้น ได้แก่โรงพยาบาลของรัฐ ต้องไปที่ตีคผู้ป่วยอายุรกรรม และกุมารเวชกรรม เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของระบบการแจ้งข้อมูลเมื่อมีผู้ป่วยเข้าข่ายโรคเร่งด่วน หรือกรณีที่มีการระบาดผิดปกติ การขอสู่มสัมภาษณ์พยาบาล และแพทย์ (โดยเลือกคนที่มีประสบการณ์ทำงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า ๒-๓ ปี แต่ไม่ใช่หัวหน้าตึก/หัวหน้าแผนก) เพื่อดูการรับรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังและโรคที่ต้องแจ้งเร่งด่วน หรือกรณีระบาดผิดปกติ การขอคู่มือหลักฐาน เช่น มีการนำรายชื่อโรคที่ต้องแจ้งอย่างเร่งด่วนติดผนังในตึกผู้ป่วย หรือเก็บในแฟ้ม เป็นต้น ส่วนโรงพยาบาลเอกชนและด่านฯ ไม่ต้องใช้เครื่องมือประเมินนี้ เนื่องจากมักไม่มีบทบาทในส่วนอื่น ๆ นอกเหนือจากการรายงานข้อมูลเฝ้าระวัง ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบระบบ และขอคู่มือหลักฐาน/ เอกสาร เพื่อยืนยันข้อมูลกับที่ได้จากหน่วยงานรัฐ ถ้ามเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งการได้รับการอบรมในโรคที่กำลังเป็นปัญหาของพื้นที่/ประเทศ ถ้ามปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่อยากได้การสนับสนุน

๕) จัดทำแบบเก็บข้อมูลการประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยแบ่งเป็นระดับจังหวัด และระดับอำเภอ (คปสอ.) ส่วนโรงพยาบาลเอกชน/โรงพยาบาลนอกระหวางสาธารณสุข และด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน

๖) จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดมาตรฐาน SRRT ในพื้นที่ชายแดนเพื่อใช้เป็นคู่มือในการประเมินอำเภอชายแดน โดยมีรายละเอียดของตัวชี้วัด องค์ประกอบของตัวชี้วัด และคำอธิบายของข้อมูลหรือหลักฐาน

๔. ทดสอบเครื่องมือการประเมินในจังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ ๖-๑๐ มกราคม ๒๕๕๗ ซึ่งได้ดำเนินการทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ๒ แห่ง คืออำเภอเมือง และอำเภอชายแดนอีก ๑ แห่ง ผลการทดสอบเครื่องมือประเมินสรุปได้ดังนี้

๑) ด้านมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอส่วนใหญ่จะวิเคราะห์ข้อมูลเดือนละครั้ง ระบบเสริมไม่ชัดเจน ไม่มีทะเบียนรับแจ้งการระบาด ข้อมูลระหว่างประเทศยังไม่ไวพอกกรณีเหตุการณ์ผิดปกติ เครือข่ายกับโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศยังไม่อยู่ในทีมแบบใกล้ชิด แต่เครือข่ายแจ้งข้อมูลในโรงพยาบาลประจำอำเภอเข้มแข็ง ระดับจังหวัดและอำเภอชายแดนจะมีแหล่งข้อมูลที่สามารถรู้สถานการณ์ในต่างประเทศกรณีการระบาดใหญ่เท่านั้น

๒) ด้านมีการรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้องทันที ระดับอำเภอมีการรายงาน ๕๐๖ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสัปดาห์ละครั้ง แต่ไม่ครบทุกอำเภอ

๓) ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอมีปัญหาเรื่องจำนวนและคุณภาพการสอบสวนโรค รวมทั้งขาดคู่มือหรือแนวทางการเข้าถึงอุปกรณ์สอบสวนโรคและอุปกรณ์ป้องกันตนเอง

ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการใช้เครื่องมือทดสอบครั้งนี้พบว่า คำอธิบายของตัวชี้วัดบางตัวไม่ชัดเจน เช่น คำอธิบายที่เกี่ยวกับเอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประกอบการประเมิน จึงได้มีการปรับคำอธิบายให้เข้าใจง่ายขึ้นและได้มีการประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดทั้งก่อนและหลังการใช้เครื่องมือประเมินในแต่ละวันเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน นอกจากนี้แบบเก็บข้อมูลการประเมิน ฯ รายละเอียดตัวชี้วัด มาตรฐาน องค์ประกอบของตัวชี้วัด และคำอธิบายของข้อมูลหรือหลักฐาน อยู่คนละชุดทำให้ต้องใช้เวลาในการเปิดดูคำอธิบายต่าง ๆ เนื่องจากมีลักษณะข้อคำถามการประเมินที่ใกล้เคียงกัน

๕. ปรับปรุงเครื่องมือหลังทดสอบการประเมิน จากผลการทดสอบเครื่องมือการประเมินได้ปรับเพิ่มเนื้อหาตัวชี้วัด SRRT ขยแดน คำอธิบายเกี่ยวกับตัวชี้วัด และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

๑) การรวมคำอธิบายรายละเอียดกิจกรรม ตัวชี้วัด เกณฑ์การประเมิน และเอกสาร/หลักฐาน ให้อยู่ในชุดเดียวกันกับแบบฟอร์มการประเมินเพื่อความสะดวกในการตรวจสอบการประเมิน และผู้ประเมิน

๒) แยกแบบสอบถามที่เกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในหน่วยงานต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็นชุดคำถามสำหรับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศออกจากกัน

๓) เพิ่มแบบสรุปผลการประเมินระบบเฝ้าระวัง ฯ ทำให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการรวบรวมข้อมูลเพื่อแจ้งผู้รับการประเมินในแต่ละวัน

๔) ในส่วนรายละเอียดของตัวชี้วัดนั้น ได้แบ่งสมรรถนะหลักออกเป็น ๔ ด้าน โดยเพิ่มด้านมีการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ซึ่งแยกออกมาจากด้านที่ ๓ ความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที และตัวชี้วัดของ SRRT อีก ๓ ตัวชี้วัด ทำให้ตัวชี้วัดด้านนี้มี ๔ ด้านเท่ากับตัวชี้วัด SRRT เดิม ซึ่งมี ๒ ตัวชี้วัดหลักคือ ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรคมี่ ๓ ตัวชี้วัดย่อย และผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรคมี่ ๓ ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีเยี่ยมอย่างละ ๒ ตัวชี้วัดเท่า ๆ กัน ทำให้สามารถนำผลการประเมินไปเปรียบเทียบกับผลการประเมิน SRRT ในพื้นที่ปกติอื่น ๆ ได้

รายละเอียดของตัวชี้วัดแต่ละด้านหลังการปรับปรุงเครื่องมือสรุปได้ดังนี้

ด้านที่ ๑ การมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที มี ๖ ตัวชี้วัดหลัก และ ๒๔ ตัวชี้วัดย่อย โดยเพิ่ม ๘ ตัวชี้วัดย่อย คือ

- มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคที่มีแนวโน้มจะเกิดการระบาดหรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ (Priority diseases) หรือโรคนโยบายไม่น้อยกว่า ๓ โรค อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง เพิ่ม ๑ ตัวชี้วัด

- มีการสร้างเครือข่าย “เฝ้าระวังเหตุการณ์” อย่างเป็นระบบกับบุคลากรทางการแพทย์ในจุดที่สำคัญในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่ม ๔ ตัวชี้วัด เป็น ๖ ตัวชี้วัดโดยแยกออกเป็น แพทย์เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ

- มีการสร้างและบริหารเครือข่าย โดยแยก รพ. เอกชน และ สังกัดอื่น ๆ จึงเพิ่ม ๑ ตัวชี้วัด

- ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายเพื่อให้รู้สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้าน เพิ่ม ๒ ตัวชี้วัด

ด้านที่ ๒ มีการรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้องทันที มี ๒ ตัวชี้วัดหลัก และ ๔ ตัวชี้วัดย่อย ไม่มีตัวชี้วัดเพิ่ม

ด้านที่ ๓ ความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที มี ๑๑ ตัวชี้วัดหลัก และ ๕๐ ตัวชี้วัดย่อย โดยเพิ่มตัวชี้วัดหลักที่มีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน ๕ ตัวชี้วัด และย้ายตัวชี้วัดผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค ๓ ตัวชี้วัดไปรวมในด้านที่ ๔ ทำให้มีตัวชี้วัดเพิ่มจากเดิม ๒ ตัวชี้วัด

ด้านที่ ๔ มีการดำเนินงานที่มีคุณภาพเป็นตัวชี้วัด SRRT เดิมที่เพิ่มมาทั้งหมดมี ๒ ตัวชี้วัดหลัก และ ๖ ตัวชี้วัดย่อย

รวมเป็นตัวชี้วัดหลักทั้งหมด ๒๑ ตัวชี้วัดหลักและ ๘๔ ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัด SRRT เดิม ๕๗ ตัวชี้วัด ตัวชี้วัด IHR ๑๒ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมเพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงานตามกฎอนามัย ๓ ๑๕ ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดย่อยทั้งหมดแบ่งเป็น ระดับพื้นฐาน ๓๓ ตัวชี้วัด ระดับดี ๔๐ ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม ๑๑ ตัวชี้วัด เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด SRRT เดิม จะพบว่าตัวชี้วัด SRRT ขาดเด่น เป็นการเพิ่มในด้านของการเฝ้าระวังเป็นหลัก

ทั้งนี้ตัวชี้วัดย่อยแต่ละกลุ่มยังแบ่งเป็น ๓ ระดับเหมือนเดิม แต่ปรับรหัสให้ดูง่ายขึ้นคือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับพื้นฐาน (B หรือ IB และ IIB) ระดับดี (S หรือ IS และ IIS) และระดับดีเยี่ยม (SS หรือ ISS หรือ IISS) (ตารางที่ ๑-๒)

๖. จัดทำเป็นคู่มือเพื่อใช้ในการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค สำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดน โดยส่งเป็นไฟล์ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเพื่อจัดทำเป็นเอกสาร และส่งต่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

๔.๒ ผลการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน

ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน ๒๕๕๗ โดยผลการศึกษาคั้งนี้จะวิเคราะห์เฉพาะส่วนที่เป็นตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานเท่านั้นซึ่งประกอบด้วย ๑๖ ตัวชี้วัดหลักและ ๓๓ ตัวชี้วัดย่อย ซึ่งเกณฑ์ขั้นต่ำของการประเมินระดับอำเภอกำหนดว่าต้องผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัด จึงจะถือว่าผ่านการประเมินระดับพื้นฐาน จากพื้นที่ที่อยู่ในการศึกษาจำนวน ๙ จังหวัด มีจังหวัดที่สามารถดำเนินการศึกษาครบทุกอำเภอชายแดนจำนวน ๕ จังหวัด ประกอบด้วย จันทบุรี กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก และระนอง

ส่วนจังหวัดที่ศึกษาไม่ครบทุกอำเภอมี ๔ จังหวัด คือตราด สระแก้ว น่าน และยะลา รวมเป็นอำเภอชายแดนที่ประเมินทั้งหมด ๓๐ อำเภอ จากทั้งหมด ๓๗ อำเภอ (ร้อยละ ๘๑.๐๘) เนื่องจากพื้นที่ชายแดนบางอำเภอเป็นช่องทางธรรมชาติ มีเทือกเขาสูงตลอดแนวเขตแดน บางอำเภอเป็นเขตพื้นที่อันตราย และบางอำเภอเป็นปัญหาเรื่องความพร้อมของพื้นที่ ๆ รับการประเมิน (ตารางที่ ๓)

เมื่อจำแนกผลการประเมินตามตัวชี้วัดย่อยเฉพาะระดับพื้นฐานจำนวน ๓๓ ตัวชี้วัด เป็นรายอำเภอพบว่า มี ๑๒ อำเภอใน ๗ จังหวัด ผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๐๐ ของอำเภอทั้งหมด แบ่งเป็น ด้านมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ฯ ผ่านการประเมินทั้ง ๖ ตัวชี้วัดใน ๒๕ อำเภอ (ร้อยละ ๘๓.๓๓) ด้านมีการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านการประเมินทั้ง ๒ ตัวชี้วัดใน ๒๕ อำเภอ (ร้อยละ ๘๓.๓๓) ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที ผ่านการประเมินทั้ง ๒๓ ตัวชี้วัดใน ๑๘ อำเภอ (ร้อยละ ๖๐.๐๐) และด้านมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ผ่านการประเมินทั้ง ๒ ตัวชี้วัดใน ๒๒ อำเภอ (ร้อยละ ๗๓.๓๓) (ตารางที่ ๔)

เมื่อจำแนกผลการประเมินตามสมรรถนะหลักเฉพาะตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานตามรายละเอียดของกิจกรรมทั้ง ๔ ด้าน สรุปได้ดังตารางที่ ๕.๑-๕.๔

๑. ด้านการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้งหมด ๖ ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิม ๔ ตัวชี้วัด ผ่านการประเมินทุกอำเภอทั้ง ๔ ตัวชี้วัด ส่วนที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี ๒ ตัวชี้วัด คือมีข้อมูล ๕๐๖ ไม่ครบทุกเดือนในปีที่ผ่านมา ไม่ผ่านการประเมิน ๑ อำเภอ (ร้อยละ ๓.๓๓) และการส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วยเฝ้าระวังต่าง ๆ และผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอไม่ผ่านการประเมิน ๔ อำเภอ (ร้อยละ ๑๓.๓๓) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดใหม่ทั้ง ๒ ตัวชี้วัด (ตารางที่ ๕.๑)

๒. ด้านการมีรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ๒ ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิม ๑ ตัวชี้วัด ผ่านการประเมินทุกอำเภอ ส่วนที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี ๑ ตัวชี้วัด คือไม่มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคหรือภัยสุขภาพ ไม่ผ่านการประเมิน ๕ อำเภอ (ร้อยละ ๑๖.๖๗) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดใหม่ (ตารางที่ ๕.๒)

๓. ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ๒๓ ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิมเกือบทั้งหมด (๒๒ ตัวชี้วัด) ส่วนที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี ๑๔ ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๖๔ ของตัวชี้วัด SRRT เดิม ซึ่งกระจายใน ๗ ตัวชี้วัดหลัก (จากทั้งหมด ๙ ตัวชี้วัดหลัก) โดยด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือ ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน (ข้อ ๓.๓) ซึ่งมี ๓ ตัวชี้วัดย่อย และมีจำนวนอำเภอที่ไม่ผ่านการประเมินในสัดส่วนที่สูงกว่าข้ออื่นๆทั้ง ๓ ตัวชี้วัดย่อย (ไม่ผ่านการประเมิน ๗ อำเภอเท่ากันในทุกตัวชี้วัดย่อย เป็นร้อยละ ๒๓.๓๓) คือ การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจนทั้งขณะปกติและกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคฯ การประชุมทีมอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี และหัวหน้าทีมมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีมกลุ่มที่มีปัญหาหรือลงมาคือ ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม (ข้อ ๓.๕) มี ๓ ตัวชี้วัดย่อย ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอ ทั้ง ๓ ตัวชี้วัด คือมีแผนการฝึกซ้อมประจำปีเพื่อพัฒนาทักษะของทีม SRRT ไม่ผ่านการประเมิน ๓ อำเภอ มีการฝึกซ้อมตามแผนฝึกซ้อมประจำปี ไม่ผ่านการประเมิน ๒ อำเภอ และการได้ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น ไม่ผ่านการประเมิน ๑ อำเภอ นอกจากนี้ตัวอื่นๆที่น่าสนใจคือ ข้อ ๓.๒ ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ ซึ่งมี ๓ ตัวชี้วัดย่อย ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอ ๒ ตัวชี้วัด ได้แก่ ทีมมีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรทีม SRRT และ/หรือการจัดการความรู้อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ไม่ผ่านการประเมิน ๑ อำเภอ สมาชิกทีมร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมการระบาดตามหลักสูตร

ก่อนปฏิบัติการทางระบาดวิทยาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า ไม่ผ่านการประเมิน ๓ อำเภอ และข้อ ๓.๙ การควบคุมโรคขั้นต้น มี ๓ ตัวชี้วัดย่อย ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอทั้ง ๓ ตัวชี้วัด คือป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและ/หรืออันตรายขณะสอบสวนโรคและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชนได้ บอกได้ถึงสิ่งที่เกินขีดความสามารถและขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานเฉพาะด้านหรือทีมที่เชี่ยวชาญกว่า และจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น หรือสำรวจความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขณะควบคุมโรคได้ ไม่ผ่านการประเมิน ๑ อำเภอทั้ง ๓ ตัวชี้วัด ส่วนตัวชี้วัดอื่นๆ นอกจากนี้มีจำนวนอำเภอที่ไม่ผ่านการประเมินกระจายกันไปอย่างละ ๑-๒ อำเภอในแต่ละตัวชี้วัด (ตารางที่ ๕.๓)

๔. ด้านมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ๒ ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด ไม่ผ่านการประเมิน ๗ อำเภอ ทั้ง ๒ ตัวชี้วัด คือ มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วนร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป และมีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ ๑ เรื่องขึ้นไป เนื่องจากส่วนใหญ่มีการเขียนเฉพาะรายงานเบื้องต้นและรายงานเพิ่มเติม ส่วนรายงานฉบับสมบูรณ์จะเขียนเฉพาะกรณีที่ต้องการให้ประเมินรับรอง หรือการส่งประกวดรายงานสอบสวนโรค หรือทราบสาเหตุชัดเจนเท่านั้น (ตารางที่ ๕.๔)

ตารางที่ ๑ จำนวนตัวชี้วัดแต่ละด้านของแบบประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค สำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดน จำแนกตามตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดย่อย รหัสตัวชี้วัด และประเภทตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย/รายละเอียดกิจกรรม	รหัสตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
๑. ด้านการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที			
๑.๑ การวิเคราะห์สถานการณ์โรคและการตรวจจับการระบาดโดยใช้ข้อมูล ๕๐๖	มีข้อมูล ๕๐๖ ทุกเดือนในปีที่ผ่านมา IIB	IIB	เพิ่มเติม
	มีการกำหนดรายชื่อโรคหรือภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบของทีม (Priority diseases) และมีนิยามผู้ป่วยครบทุกโรค (ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน)	B	SRRT (ข้อ ๖, ข้อย่อย ๑)
	มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคที่มีแนวโน้มจะเกิดการระบาดหรือ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ (Priority diseases) หรือ โรคนโยบาย ไม่น้อยกว่า ๓ โรค อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ใช้ข้อมูลในรอบ ๑๒ เดือนก่อนการประเมิน	IS	IHR
	มีการตรวจจับการระบาด และนำข้อมูลมาใช้ในการแจ้งเตือนหรือสอบสวนควบคุมโรค ในโรคสำคัญที่เป็นปัญหาของพื้นที่/ประเทศ (สุ่มอย่างละ ๑ โรค) ใช้ข้อมูลในรอบ ๑๒ เดือนก่อนการประเมิน	IS	
๑.๒ การส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วยเฝ้าระวังต่างๆ และผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ (ใช้ข้อมูลในรอบ ๑๒ เดือนก่อนการประเมิน)	เหมือนตัวชี้วัดหลัก	IB	IHR

ตารางที่ ๑ (ต่อ)

ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย/รายละเอียดกิจกรรม	รหัสตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
๑.๓ การเฝ้าระวังเหตุการณ์และเตือนภัย (ใช้ข้อมูลในรอบ ๑๒ เดือนก่อนการประเมิน)	มีการจัดทำทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือรับรายงานการเกิดโรคภัยที่เป็นปัญหาสำคัญ	B	SRRT ข้อ ๖, ข้อย่อย ๒-๔)
	มีการแจ้งเตือนภัย การส่งข่าว หรือรายงานเบื้องต้น	B	
	มีการรณรงค์เพื่อแยกข่าวไม่มีมูลและหาสัญญาณภัย (signals)	S	
	มีการสร้างเครือข่ายแหล่งข้อมูลข่าวสาร (ในชุมชน) ทั้งในเขตรับผิดชอบ พื้นที่ใกล้เคียง และพื้นที่อื่นที่เกี่ยวข้อง	B	
๑.๔ การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในประเทศ (ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน)	๑.๔.๑ มีการสร้างเครือข่าย "เฝ้าระวังเหตุการณ์" อย่างเป็นระบบกับบุคลากรทางการแพทย์ในจุดที่สำคัญในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		เพิ่มเติม
	แพทย์	IISS	
	เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	IIS	
	พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	IIS	
	พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก	IIS	
	พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน	IIS	
	พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ	IIS	
	๑.๔.๒ การสร้างและบริหารเครือข่ายเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอกับโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการรายงาน ๕๐๖ จากโรงพยาบาลฯ ศูนย์ระดับชาติแจ้งข้อมูลเฝ้าระวังในพื้นที่แก่โรงพยาบาลฯ อย่างสม่ำเสมอ (ให้ข้อมูลย้อนกลับ) และบุคลากรของโรงพยาบาลเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับระบาดวิทยาและโรคที่สำคัญซึ่งจัดโดยพื้นที่		
	โรงพยาบาลเอกชน	IISS	
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ	IISS		
๑.๔.๓ มีการสร้างและบริหารเครือข่ายเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอกับด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ (ด่านถาวร) แจ้งข้อมูลสถานการณ์โรคที่ตรวจพบแก่ศูนย์ระดับชาติในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวัง (การให้ข้อมูลย้อนกลับ) และการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับระบาดวิทยาและโรคที่สำคัญซึ่งจัดโดยพื้นที่	IISS		

ตารางที่ ๑ (ต่อ)

ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย/รายละเอียดกิจกรรม	รหัสตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	
๑.๕ การสร้างเครือข่ายเพื่อให้รู้ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ในประเทศเพื่อนบ้าน (ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน)	๑.๕.๑ มีการสร้างเครือข่ายที่เป็นระบบและมีกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูล เฝ้าระวังกับประเทศเพื่อนบ้านอย่างสม่ำเสมอ		เพิ่มเติม	
	ไม่มีเครือข่าย	-		
	มีเครือข่าย และเครือข่ายที่สร้างมีประสิทธิภาพในการแจ้งข่าวการ เกิดโรคและภัยสุขภาพ	IISS		
	มีเครือข่าย แต่เครือข่ายที่สร้างไม่มีประสิทธิภาพในการแจ้งข่าวการ เกิดโรคและภัยสุขภาพ	IIS		
	๑.๕.๒ ในกรณีที่ไม่มีการสร้างเครือข่ายอย่างเป็นระบบ แต่มีแหล่งข่าวอื่น เพื่อให้รู้สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้าน			
	ไม่มีแหล่งข่าว	-		
	มีแหล่งข่าวที่มีประสิทธิภาพในการแจ้งข่าวการเกิดโรคและภัย สุขภาพ ระบุแหล่งข่าว และยกตัวอย่างเหตุการณ์ผิดปกติด้าน โรค/ภัยในประเทศเพื่อนบ้านที่ได้รับข้อมูล (ให้รายละเอียด)	IISS		
มีแหล่งข่าวแต่ไม่มีประสิทธิภาพ ในการแจ้งข่าวการเกิดโรคและภัย สุขภาพ ระบุแหล่งข่าว และอธิบายเพิ่มเติมว่าทำไมจึงสรุปว่าไม่มี ประสิทธิภาพ (ให้รายละเอียด)	IIS			
๑.๖ มีข้อมูลสิ่งที่เป็นความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ของพื้นที่ (ใช้ข้อมูลในช่วงเวลา ไม่เกิน ๓ ปี)	มีการกำหนดพื้นที่เสี่ยงต่อโรค/ภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ รับผิดชอบ	IS	IHR (SRRT ตำบล ข้อที่ ๖)	
	การทำแผนที่แสดงสิ่งที่อาจเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรค/ภัย สุขภาพ	IS		
๒. ด้านมีการรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้องทันที				
๒.๑ มีการแจ้งเตือนข่าวเกิดโรค/ ภัยได้ภายใน ๒๔ ชม. หรือ ประเมินสถานการณ์และรายงาน เหตุการณ์ได้ภายใน ๔๘ ชม. (ใช้ข้อมูลในปีที่ผ่านมา)	มีการแจ้งเตือนฯ และรายงานเหตุการณ์ ร้อยละ ๕๐-๕๙	B	SRRT ข้อ ๑๒	
	มีการแจ้งเตือนฯ และรายงานเหตุการณ์ ร้อยละ ๖๐-๗๙	S		
	มีการแจ้งเตือนฯ และรายงานเหตุการณ์ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	SS		
๒.๒ มีการจัดทำ SOP หรือ แนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้า ระวังโรค/ภัยสุขภาพ (ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน)	เหมือนตัวชี้วัดหลัก	IB	IHR	

ตารางที่ ๑ (ต่อ)

ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย/รายละเอียดกิจกรรม	รหัสตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	
๓. สามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที				
๓.๑ การจัดตั้งทีม SRRT (ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน)	มีคำสั่งแต่งตั้งทีม ที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบันร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป (ทีมปฏิบัติการ)	B	SRRT ข้อ ๑	
	สมาชิกทีมมีจำนวนตั้งแต่ ๔ คน ขึ้นไป ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า ๓ ด้าน	B		
	แกนหลักของทีมเป็นผู้ปฏิบัติงานระดับปริญญา (เผ่าระวัง, สอบสวนโรค) และสมาชิกทีมอย่างน้อย ๑ คนมีความรู้พื้นฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	B		
	หัวหน้าทีมเป็นแพทย์ หรือหัวหน้าหน่วยงาน	S		
	หน่วยงานมีการระบุโครงสร้างภายในที่ชัดเจน เพื่อเป็นหน่วยรับผิดชอบการจัดตั้งและเป็นแกนดำเนินงานของทีม SRRT	S		
๓.๒ ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ (ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน)	ทีมมีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรทีม SRRT และ/หรือ การจัดการความรู้อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	B	SRRT ข้อ ๒	
	สมาชิกทีมร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมด้านการเผ่าระวังสอบสวนและควบคุมการระบาด ตามหลักสูตรก่อนปฏิบัติการทางระบาดวิทยา หรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า	B		
	หัวหน้าทีมหรือแกนหลักของทีมอย่างน้อย ๑ คน ได้รับการฝึกอบรมด้านปฏิบัติการหรือมีประสบการณ์ที่แสดงถึงความชำนาญด้านปฏิบัติการภาคสนาม	S		
	สมาชิกทีมร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป ได้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ หรือสัมมนาวิชาการด้านการเผ่าระวัง สอบสวนและควบคุมการระบาดในระยะเวลา ๓ ปี	S		
	สมาชิกทีมอย่างน้อย ๒ คน ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเก็บและส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการใน ๓ ปีที่ผ่านมา	IB		IHR
	สมาชิกทีมร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป ได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่มีแนวโน้มระบาดข้ามประเทศ (PHEIC)	IS		
๓.๓ ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน	กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน ทั้งขณะปกติและกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	B	SRRT ข้อ ๓	
	จัดประชุมทีมอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี	B		
	หัวหน้าทีมมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีม	B		
	สมาชิกทีมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ เคยเข้าร่วมปฏิบัติงานกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระยะเวลา ๓ ปี	S		
	จัดกิจกรรมหรือสิ่งสนับสนุนที่สร้างขวัญกำลังใจให้กับสมาชิกทีมที่ออกปฏิบัติงาน	S		

ตารางที่ ๑ (ต่อ)

ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย/รายละเอียดกิจกรรม	รหัสตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
๓.๔ ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน (ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน)	มีผู้ประสานงานทีมตลอดเวลา เพื่อรับส่งข่าวสารหรือปฏิบัติงานกรณีเร่งด่วน	B	SRRT ข้อ ๔
	มีหมายเลขโทรศัพท์หรือการสื่อสารอื่นที่สามารถติดต่อสมาชิกทีมทั้งหมดได้ตลอดเวลา	B	
	มียานพาหนะที่สามารถนำออกปฏิบัติงานได้ทันที	B	
	มีแบบพิมพ์, วัสดุอุปกรณ์, เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ที่พร้อมใช้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	S	
	มีคู่มือ แนวทางปฏิบัติงาน เพื่อการสอบสวนและควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด	S	
	มีการจัดงบประมาณที่เพียงพอ เพื่อใช้ในการสอบสวน ควบคุมโรค ส่งวัตถุตัวอย่าง การสื่อสาร ค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และการซ่อมแผน	S	
๓.๕ มี SOP หรือแนวทางการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการสอบสวนและควบคุมโรค (ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน)	มี SOP หรือแนวทางการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สอบสวนและควบคุมโรค	IS	IHR
	มี SOP หรือแนวทางการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE)	IS	
	มีแนวทางการสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันตนเองไว้ในที่ที่เห็นได้ง่ายเมื่อต้องการใช้ของทีม SRRT เช่น ในกล่องอุปกรณ์สอบสวนโรค	IIS	เพิ่มเติม
๓.๖ ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม (ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน)	มีแผนการฝึกซ้อมประจำปีเพื่อพัฒนาทักษะของทีม SRRT เช่น การใส่ PPE	B	SRRT ข้อ ๕
	มีการฝึกซ้อมตามแผนฝึกซ้อมประจำปี	B	
	ได้ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น	B	
	มีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วน/ภาวะฉุกเฉินฯ	S	
	มีการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการเร่งด่วนฯ หรือนำแผนไปใช้จริงกับเหตุการณ์อื่นที่ใกล้เคียง	S	
๓.๗ การประเมินผลการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (ใช้ข้อมูลในรอบ ๑๒ เดือนก่อนการประเมิน)	มีการทบทวนผลการปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน หรือการถอดบทเรียนระหว่างหรือภายหลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติการ หรือมีการถอดบทเรียนจากการซ้อมแผนฯ	IS	IHR
	มีการนำผลการถอดบทเรียนไปปรับปรุงแผนการดำเนินงาน	IS	

ตารางที่ ๑ (ต่อ)

ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย/รายละเอียดกิจกรรม	รหัสตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
๓.๘ การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ (ใช้ข้อมูลในช่วงเวลาไม่เกิน ๓ ปี)	มีการกำหนดเกณฑ์ของทีมในการออกสอบสวนโรค ควบคุมการระบาดหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	B	SRRT ข้อ ๘
	มีการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน	B	
	มีการเก็บและนำส่ง วัตถุตัวอย่างได้ถูกต้องและเหมาะสม	B	
	มีการกำหนดนิยาม ผู้ป่วยได้ถูกต้องและกำหนดกลุ่มผู้สัมผัสที่เกี่ยวข้องได้ครอบคลุม	S	
	มีการเลือกใช้วิธีการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับเหตุการณ์	S	
	มีการใช้สถิติ รวมถึงการนำเสนอข้อมูลและการแปลผลที่ถูกต้อง	S	
๓.๙ ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค (ใช้ข้อมูลในรอบ ๑๒ เดือนก่อนการประเมิน)	มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ ๑ เรื่อง	B	SRRT ข้อ ๑๔
	มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ ๒ เรื่อง	S	
	มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพมากกว่า ๒ เรื่อง	SS	
๓.๑๐ ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค (สอบสวนโรคภายใน ๔๘ ชั่วโมง) (ใช้ข้อมูลในรอบ ๑๒ เดือนก่อนการประเมิน)	มีรายงานการสอบสวนโรคจากการสอบสวนทันเวลา ร้อยละ ๕๐-๕๙	B	SRRT ข้อ ๑๕
	มีรายงานการสอบสวนโรคจากการสอบสวนทันเวลา ร้อยละ ๖๐-๗๙	S	
	มีรายงานการสอบสวนโรคจากการสอบสวนทันเวลา ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	SS	
๓.๑๑ การควบคุมโรคขั้นต้น (ใช้ข้อมูลในช่วงเวลาไม่เกิน ๓ ปี)	ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและ/หรืออันตรายขณะสอบสวนโรค และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชนได้	B	SRRT ข้อ ๙
	บอกได้ถึงสิ่งที่เกินขีดความสามารถและขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานเฉพาะด้านหรือทีมที่เชี่ยวชาญกว่า	B	
	จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น หรือสำรวจความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขณะควบคุมโรคได้	B	
	ควบคุมการระบาดจากแหล่งโรคร่วมได้	S	
	ดำเนินการป้องกันกลุ่มเสี่ยงสูงขณะที่มีการระบาดได้อย่างเหมาะสม	S	
	สื่อสารให้ชุมชนเข้าใจสถานการณ์ และร่วมมือควบคุมการระบาดได้	S	

ตารางที่ ๑ (ต่อ)

ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย/รายละเอียดกิจกรรม	รหัสตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
๔. ด้านผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ			
๔.๑ ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค ใช้ข้อมูลย้อนหลัง ๑๒ เดือน มีการสอบสวนโรคครบถ้วน	มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ ๕๐-๕๙	B	SRRT ข้อ ๑๓
	มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ ๖๐-๖๙	S	
	มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	SS	
๔.๒ ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค ใช้ข้อมูลย้อนหลัง ๑๒ เดือน มีการเขียนรายงานสอบสวนการระบาดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด	มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ ๑ เรื่อง	B	SRRT ข้อ ๑๖
	มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ ๒ เรื่อง	S	
	มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ มากกว่า ๒ เรื่อง	SS	
รวม			
๒๑ ตัวชี้วัด	๘๔ ตัวชี้วัด	๑) ระดับพื้นฐาน (B, IB, IIB) ๓๓ ตัวชี้วัด ๒) ระดับดี (S, IS, IIS) ๔๐ ตัวชี้วัด ๓) ระดับดีเยี่ยม (SS, ISS, IISS) ๑๑ ตัวชี้วัด	๑) SRRT ๕๗ ตัวชี้วัด ๒) IHR ๑๒ ตัวชี้วัด ๓) เพิ่มเติม ๑๕ ตัวชี้วัด

ตารางที่ ๒ จำนวนตัวชี้วัดย่อยของ SRRT ชายแดน จำแนกตามประเภท ระดับ และสมรรถนะหลักของตัวชี้วัด

ประเภทและระดับ		สมรรถนะหลัก					รวม	รวมทั้งหมด
		มีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่	มีรายงานข้อมูลไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง	ความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทัน่วงที	มีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ	รวม		
๑. ตัวชี้วัด SRRT เดิม	พื้นฐาน (B)	๔	๑	๒๒	๒	๒๙		
	ดี (S)	๑	๑	๑๙	๒	๒๓	๕๗	
	ดีเยี่ยม (SS)	๐	๑	๒	๒	๕		
๒. ตัวชี้วัดตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘	พื้นฐาน (IB)	๑	๑	๑	๐	๓		
	ดี (IS)	๔	๐	๕	๐	๙		
	ดีเยี่ยม (ISS)	๐	๐	๐	๐	๐	๑๒	
	รวม	๕	๑	๖	๐	๑๒		
๓. ตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมเพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน	พื้นฐาน (IIB)	๑	๐	๐	๐	๑		
	ดี (IIS)	๗	๐	๑	๐	๘	๑๕	
	ดีเยี่ยม (IISS)	๖	๐	๐	๐	๖		
รวม	พื้นฐาน	๖	๒	๒๓	๒	๓๓		
	ดี	๑๒	๑	๒๕	๒	๔๐	๘๔	
	ดีเยี่ยม	๖	๑	๒	๒	๑๑		
รวมทั้งหมด		๒๔	๔	๕๐	๖	๘๔		

หมายเหตุ ๐ หมายถึงไม่มีตัวชี้วัดย่อย

ตารางที่ ๓ จังหวัดชายแดนและอำเภอที่ดำเนินการประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตาม
ตัวชี้วัดคุณภาพมาตรฐานระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๗

จังหวัด	จำนวนอำเภอชายแดน	จำนวนอำเภอที่ประเมิน	ร้อยละ
๑	๒	๒	๑๐๐
๒	๓	๒	๖๖.๖๗
๓	๔	๓	๗๕.๐๐
๔	๕	๕	๑๐๐
๕	๓	๓	๑๐๐
๖	๕	๕	๑๐๐
๗	๗	๖	๘๕.๗๑
๘	๓	๓	๑๐๐
๙	๕	๑	๒๐.๐๐
รวม	๓๗	๓๐	๘๑.๐๘

ตารางที่ ๔ ผลการประเมินด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคตามตัวชี้วัดคุณภาพมาตรฐานระหว่างประเทศ
พ.ศ. ๒๕๔๘ ในตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน และสมรรถนะหลักทั้ง ๔ ด้าน

จังหวัด	จำนวน อำเภอ ที่ประเมิน	จำนวนอำเภอที่ผ่านทุกตัวชี้วัด (ร้อยละ)				รวม
		มีระบบเฝ้าระวัง ที่ครอบคลุม ทุกพื้นที่ ๑ (๖ ตัวชี้วัด)	มีการรายงานข้อมูลด้าน โรค/ภัยสุขภาพ ๑ (๒ ตัวชี้วัด)	สามารถดำเนินการ ควบคุมโรคในพื้นที่ (๒๓ ตัวชี้วัด)	มีผลการดำเนินงาน ที่มีคุณภาพ (๒ ตัวชี้วัด)	
๑	๒	๒ (๑๐๐)	๑ (๕๐.๐๐)	๒ (๑๐๐)	๒ (๑๐๐)	๑ (๕๐.๐๐)
๒	๒	๑ (๕๐.๐๐)	๒ (๑๐๐)	๑ (๕๐.๐๐)	๑ (๕๐.๐๐)	๑ (๕๐.๐๐)
๓	๓	๓ (๑๐๐)	๑ (๓๓.๓๓)	๐	๐	๐
๔	๕	๒ (๔๐.๐๐)	๕ (๑๐๐)	๕ (๑๐๐)	๔ (๘๐.๐๐)	๒ (๔๐.๐๐)
๕	๓	๓ (๑๐๐)	๓ (๑๐๐)	๐	๓ (๑๐๐)	๐
๖	๕	๕ (๑๐๐)	๓ (๖๐.๐๐)	๒ (๔๐.๐๐)	๔ (๘๐.๐๐)	๑ (๒๐.๐๐)
๗	๖	๕ (๘๓.๓๓)	๖ (๑๐๐)	๕ (๘๓.๓๓)	๕ (๘๓.๓๓)	๔ (๖๖.๖๗)
๘	๓	๓ (๑๐๐)	๓ (๑๐๐)	๒ (๖๖.๖๗)	๒ (๖๖.๖๗)	๒ (๖๖.๖๗)
๙	๑	๑ (๑๐๐)	๑ (๑๐๐)	๑ (๑๐๐)	๑ (๑๐๐)	๑ (๑๐๐)
รวม	๓๐	๒๕ (๘๓.๓๓)	๒๕ (๘๓.๓๓)	๑๘ (๖๐.๐๐)	๒๒ (๗๓.๓๓)	๑๒ (๔๐.๐๐)

ตารางที่ ๕.๑ ผลการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามตัวชี้วัดคุณภาพมัธยมศึกษา ระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ของตัวชี้วัดระดับพื้นฐานด้านการมีระบบเฝ้าระวังครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายที่ผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที
จำแนกตามตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม

ตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม	จำนวนอำเภอ (n=๓๐)	
	ผ่าน	ร้อยละ
๑. การวิเคราะห์สถานการณ์โรคและการตรวจจับการระบาดโดยใช้ข้อมูล ๕๐๖		
○ มีข้อมูล ๕๐๖ ทุกเดือนในปีที่ผ่านมา **	๒๙	๙๖.๖๗
○ มีการกำหนดรายชื่อโรคหรือภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบของทีม (Priority diseases) และมีนิยามผู้ป่วยครบทุกโรค	๓๐	๑๐๐
๒. การส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วย เฝ้าระวังต่างๆ และผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ *	๒๖	๘๖.๖๗
๓. การเฝ้าระวังเหตุการณ์และเตือนภัย		
○ มีการจัดทำทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือรับรายงานการเกิดโรค/ภัยที่เป็นปัญหาสำคัญ	๓๐	๑๐๐
○ มีการแจ้งเตือนภัย การส่งข่าว หรือรายงานเบื้องต้น	๓๐	๑๐๐
○ มีการสร้างเครือข่ายแหล่งข้อมูลข่าวสารในชุมชนทั้งในเขตรับผิดชอบพื้นที่ใกล้เคียงและพื้นที่อื่นที่เกี่ยวข้อง	๓๐	๑๐๐

ตารางที่ ๕.๒ ผลการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามตัวชี้วัดคุณภาพมัธยมศึกษา ระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ของตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ด้านการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยสุขภาพ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำแนกตามตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม

ตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม	จำนวนอำเภอ (n=๓๐)	
	ผ่าน	ร้อยละ
๑. มีการแจ้งเตือนข่าวเกิดโรค/ภัยได้ภายใน ๒๔ ชม. หรือประเมินสถานการณ์และรายงานเหตุการณ์ได้ภายใน ๔๘ ชม.		
○ มีการแจ้งเตือนฯ และรายงานเหตุการณ์ ตั้งแต่ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป	๓๐	๑๐๐
๒. มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ *	๒๕	๘๓.๓๓

ตารางที่ ๕.๓ ผลการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามตัวชี้วัดคุณภาพระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที จำแนกตามตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม

ตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม	จำนวนอำเภอ (n=๓๐)	
	ผ่าน	ร้อยละ
๑. การจัดตั้งทีม SRRT		
○ มีคำสั่งแต่งตั้งทีมปฏิบัติการที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบันร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๓๐	๑๐๐
○ มีสมาชิกทีมจำนวน ๔ คน ขึ้นไป ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า ๓ ด้าน	๓๐	๑๐๐
○ แกนหลักของทีมเป็นผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยา (เฝ้าระวัง, สอบสวนโรค) และสมาชิกทีมอย่างน้อย ๑ คนมีความรู้พื้นฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	๓๐	๑๐๐
๒. ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ		
○ ทีมมีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรทีม SRRT และ/หรือการจัดการความรู้อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	๒๙	๙๖.๖๗
○ สมาชิกทีมร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมการระบาดตามหลักสูตรก่อนปฏิบัติการทางระบาดวิทยาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า	๒๗	๙๐.๐๐
○ สมาชิกทีมอย่างน้อย ๒ คน ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเก็บ และส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการใน ช่วงเวลา ๓ ปีที่ผ่านมา *	๓๐	๑๐๐
๓. ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน		
○ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน ทั้งขณะปกติ และกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	๒๓	๗๖.๖๗
○ จัดประชุมทีมอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี	๒๓	๗๖.๖๗
○ หัวหน้าทีมมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีม	๒๓	๗๖.๖๗
๔. ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน		
○ มีผู้ประสานงานทีมตลอดเวลา เพื่อรับส่งข่าวสารหรือปฏิบัติงานกรณีเร่งด่วน	๓๐	๑๐๐
○ มีหมายเลขโทรศัพท์หรือการสื่อสารอื่นที่สามารถติดต่อสมาชิกทีมทั้งหมด ได้ตลอดเวลา	๓๐	๑๐๐
○ มียานพาหนะที่สามารถนำออกปฏิบัติงานได้ทันที	๓๐	๑๐๐
๕. ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม		
○ มีแผนการฝึกซ้อมประจำปีเพื่อพัฒนาทักษะของทีม SRRT เช่น การใส่ PPE	๒๗	๙๐.๐๐
○ มีการฝึกซ้อมตามแผนฝึกซ้อมประจำปี	๒๘	๙๓.๓๓
○ ได้ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น	๒๙	๙๖.๖๗

ตารางที่ ๕.๓ (ต่อ)

ตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม	จำนวนอำเภอ (n=๓๐)	
	ผ่าน	ร้อยละ
๖. การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ		
○ มีการกำหนดเกณฑ์ของทีมในการออกสอบสวนโรค ควบคุมการระบาด/ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	๒๙	๙๖.๖๗
○ มีการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน	๓๐	๑๐๐
○ มีการเก็บและนำส่ง วัตถุตัวอย่างได้ถูกต้องและเหมาะสม	๓๐	๑๐๐
๗. ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค		
○ มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ ๑ เรื่องขึ้นไป	๒๘	๙๓.๓๓
๘. ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค (ภายใน ๔๘ ชั่วโมง)		
○ มีรายงานการสอบสวนโรคจากการสอบสวนทันเวลา ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป	๒๘	๙๓.๓๓
๙. การควบคุมโรคขั้นต้น		
○ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและ/หรืออันตรายขณะสอบสวนโรค และ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชนได้	๒๙	๙๖.๖๗
○ บอกได้ถึงสิ่งที่เกินขีดความสามารถและขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงาน เฉพาะด้านหรือทีมที่เชี่ยวชาญกว่า	๒๙	๙๖.๖๗
○ จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น หรือสำรวจความเสี่ยงด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมขณะควบคุมโรคได้	๒๙	๙๖.๖๗

ตารางที่ ๕.๔ ผลการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัย
ระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ของตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ด้านการดำเนินงานที่มีคุณภาพ
จำแนกตามตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม

ตัวชี้วัด/รายละเอียดกิจกรรม	จำนวนอำเภอ (n=๓๐)	
	ผ่าน	ร้อยละ
๑. ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค		
○ มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป	๒๓	๗๖.๖๗
๒. ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค		
○ มีการเขียนรายงานสอบสวนการระบาดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดที่ มีคุณภาพ ๑ เรื่องขึ้นไป	๒๓	๗๖.๖๗

หมายเหตุ * คือตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของ IHR ที่เพิ่มเติมจาก SRRT เดิม (IB)

** คือตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานที่เพิ่มเติมเพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน (IIB)

บทที่ ๕ อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ

๕.๑ อภิปรายผล

เครื่องมือประเมินทีม SRRT ในพื้นที่ชายแดน ซึ่งใช้แนวทางของแบบสอบถามตามกรอบสมรรถนะของ กูออนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง (Surveillance) และการตอบสนอง (Response) เป็นหลัก และดึงตัวชี้วัดทั้งหมดจากมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ปกติ^(๔) รวมทั้งสร้างตัวชี้วัดเพิ่มเติมเพื่อประเมินในประเด็นที่ตอบโจทย์ของงานกูออนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ที่จะให้มีระบบเฝ้าระวังและตอบสนองที่มีประสิทธิภาพสูงเพียงพอที่จะสามารถตรวจจับความผิดปกติของสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพรวมถึงระงับเหตุการณ์ที่อาจจะลุกลาม กลายเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ ผลการประเมิน สมรรถนะหลักระดับพื้นฐานทั้ง ๔ ด้าน พบว่า มี ๑๒ อำเภอ (ร้อยละ ๔๐.๐๐) ผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อย ระดับพื้นฐานทั้ง ๓๓ ตัวชี้วัด โดยที่การศึกษาครั้งนี้เน้นเฉพาะเนื้อหาในส่วนที่เป็นการประเมินในระดับอำเภอ เนื่องจากเป็นระดับที่เหมาะสมที่สุดในการเฝ้าระวังและตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดของมาตรฐาน SRRT ปกติ ตั้งแต่ฉบับแรกๆ พัฒนามาจากเครื่องมือ IHR อยู่แล้วและมี วิวัฒนาการต่อมาตามบริบทของประเทศไทยและความซับซ้อนของงานที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจะเห็นว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนที่ได้นำเครื่องมือประเมิน IHR ฉบับล่าสุด ณ เวลานั้นมาเทียบกับตัวชี้วัด SRRT ของประเทศไทยจึงไม่ได้มีความแตกต่างมากนักในจุดใหญ่ๆ ยกเว้นเรื่องการเฝ้าระวัง ซึ่งในตัวชี้วัด SRRT ปกติเน้นเฉพาะ การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (event-based surveillance) โดยไม่ได้มีตัวชี้วัดเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังการป่วยจาก ข้อมูลของสถานบริการทางการแพทย์ เนื่องจากเดิมตัวชี้วัดด้านที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังถูกแยกไปไว้ในมาตรฐาน งานระบาดวิทยาโรคติดต่อ^(๗) แต่ในระยะหลังมาตรฐานดังกล่าวไม่ได้ถูกนำมาใช้ จึงทำให้ตัวชี้วัด SRRT ปกติมี เนื้อหาค่อนข้างน้อยในด้านการเฝ้าระวังดังกล่าว ดังนั้นเครื่องมือประเมินทีม SRRT ชายแดนที่จัดทำขึ้นมาจึง มีส่วนที่เพิ่มขึ้นหลัก คือ หัวข้อการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ๆ ส่วนประเด็นอื่นๆที่เพิ่มขึ้นมาทั้งใน ส่วนของการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ การมี เครือข่ายเฝ้าระวังกับประเทศเพื่อนบ้านในพื้นที่ที่มีชายแดนติดต่อกัน เป็นต้น ทั้งนี้ ตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นมาใหม่ส่วน ใหญ่จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มตัวชี้วัดระดับดี หรือดีเยี่ยม เพื่อลดผลกระทบต่อประเมินมาตรฐาน SRRT ที่จะใช้ เกณฑ์ว่าการผ่านการประเมินคือจะต้องผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐานทุกตัว อย่างไรก็ตามยังคงมีตัวชี้วัดใหม่บางตัว ที่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มของระดับพื้นฐาน เนื่องจากคณะทำงานได้พิจารณาร่วมกันแล้วว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานที่ จะต้อง มี เช่น มีการส่งข้อมูล ๕๐๖ ทุกเดือนในปีที่ผ่านมา ซึ่งถือว่าเป็นการดูความสม่ำเสมอของการส่งรายงาน เฝ้าระวังหลักอย่างยืดหยุ่นมากแล้ว เนื่องจากในมาตรฐานของงานระบาดวิทยาจะต้องส่งรายงาน ๕๐๖ ถึง ส่วนกลางทุกสัปดาห์, มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นแค่ แนวทางอย่างง่ายๆ แต่ต้องมีชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของผู้ที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจุบันอยู่ในแนวทาง ดังกล่าวด้วย เพื่อความสะดวกและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานกรณีที่มีเจ้าหน้าที่ใหม่ หรือเมื่อเจ้าหน้าที่หลัก ไม่อยู่ เป็นต้น

ในภาพรวมพบว่าด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่าง ทันท่วงที โดยตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐานสำหรับด้านนี้เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด และตามด้วย ด้านผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ซึ่งเน้นเรื่องการเขียนรายงานสอบสวนโรค ซึ่งก็เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด เช่นกัน ปัญหาที่พบน่าจะแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ๓ กลุ่มคือ ๑) เกิดจากพื้นที่ยังไม่เข้าใจชัดเจนในแนวทางที่จะต้องทำ

เช่น เรื่องการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน ซึ่งหลายทีมยังมองไม่เห็นภาพว่าควรทำแค่ไหน อย่างไร หรือในเรื่องความครบถ้วนของการสอบสวนโรค ซึ่งบางพื้นที่ไม่รู้ว่าควรทำการตรวจจับการป่วยเป็นกลุ่มก้อนจากข้อมูลเฝ้าระวังด้วย ๒) จากปัญหาเชิงระบบของงานระบาดวิทยา โดยเฉพาะการที่เจ้าหน้าที่มักขอย้ายออกไปอยู่งานอื่นเมื่อมีเจ้าหน้าที่บรรจุใหม่เข้ามาในหน่วยงาน เนื่องจากภาระงานที่หนักและไม่เป็นเวลา จึงต้องมีการอบรมคนใหม่เป็นประจำ ทำให้มีผลกระทบกับความต่อเนื่องของงานและความเข้าใจในงาน และมีผลกระทบโดยตรงกับตัวชี้วัดบางตัว เช่น เรื่องสมาชิกทีมร้อยละ ๘๐ ขึ้นไปได้รับการฝึกอบรมฯ หากมีผู้ปฏิบัติงานเข้ามาใหม่ภายหลังการจัดอบรมของปีนั้นไปแล้ว เมื่อมีการประเมินก็ทำให้ไม่ผ่านในข้อนี้ หรือปัญหาเรื่องไม่สามารถเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพได้ ซึ่งเกิดจากบางพื้นที่ขาดพี่เลี้ยงที่มีเวลาและประสบการณ์ และผู้ปฏิบัติไม่มีเวลาเพียงพอในการเขียนรายงานที่ดีได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๓) ในพื้นที่ที่ผ่านการประเมินระดับพื้นฐานของมาตรฐาน SRRT เดิมแล้ว ไม่ได้จัดการให้มีการคงระดับผลการดำเนินงานดังกล่าวในทุกๆ ปี โดยที่แนวทางการประเมินมาตรฐาน SRRT กำหนดให้ผลการประเมินมีอายุ ๓ ปีจึงจะขอรับการประเมินรอบใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้มีหลายพื้นที่ที่ถูกประเมินในปีที่ ๒ หรือ ๓ หลังจากพื้นที่ผ่านการประเมินรอบล่าสุดไปแล้ว และพบว่า การปฏิบัติในบางหัวข้อลดความเข้มข้นลงจากปีที่มีการประเมินดังกล่าว ทำให้ไม่ผ่านการประเมินในหัวข้ออื่นๆ

ส่วนผลการประเมินด้านการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ฯ และด้านการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดระดับพื้นฐานที่ผ่านไม่ครบทุกอำเภอเป็นตัวชี้วัดใหม่ que เพิ่มขึ้นมาจากตัวชี้วัด SRRT เดิม กล่าวคือ มี ๑ อำเภอ (ร้อยละ ๓.๓๓) ที่ขาดส่งข้อมูล ๕๐๖ เป็นเวลามากกว่า ๑ เดือน เพราะศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอมีเจ้าหน้าที่เพียงคนเดียว และไม่สามารถหาคนอื่นมาทำแทนในช่วงที่ไม่อยู่ มี ๔ อำเภอ (ร้อยละ ๑๓.๓๓) ที่ไม่ส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้ผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งโดยทั่วไปมักมีการแจ้งสถานการณ์โรคระบาดในที่ประชุมประจำเดือนของผู้บริหาร แต่ในบางพื้นที่ไม่มีการใส่วาระการรายงานสถานการณ์โรค รวมทั้งไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลผลการเฝ้าระวังผ่านทางช่องทางอื่นๆ มี ๕ อำเภอ (ร้อยละ ๑๖.๖๗) ไม่มี SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานมานาน แต่จะมีปัญหาเมื่อเปลี่ยนเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่หรือผู้ปฏิบัติงานแทน

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับผลการประเมิน SRRT ทั่วประเทศในระดับอำเภอในปี ๒๕๕๗^(๑๖) พบว่าผลการประเมินของ SRRT ชายแดนในการศึกษานี้ต่ำกว่าผลการประเมิน SRRT ทั่วประเทศมาก (ร้อยละ ๔๐ กับ ๘๘.๑๐ ตามลำดับ) ถึงแม้ว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนจะมีส่วนที่เป็นตัวชี้วัดใหม่เพิ่มเติมขึ้นมาบ้าง แต่ในระดับของตัวชี้วัดพื้นฐาน มีตัวที่เพิ่มขึ้นจากของ SRRT เดิมเพียง ๔ ตัว จากทั้งหมด ๓๓ ตัว และในจำนวนตัวชี้วัดใหม่นี้มีอยู่ ๑ ตัวที่ผ่านการประเมินทุกอำเภอที่ศึกษา ส่วนอีกสามตัวที่เหลือมีจำนวนอำเภอที่ไม่ผ่านตัวชี้วัดเหล่านี้เพียงส่วนน้อย (อยู่ระหว่าง ๑-๕ อำเภอ จากจำนวน ๓๐ อำเภอที่ถูกประเมิน) ซึ่งหากตัดเนื้อหาส่วนที่เป็นตัวชี้วัดใหม่ออก อัตราการผ่านการประเมินระดับพื้นฐานจะอยู่ที่ร้อยละ ๕๓.๓๓ ซึ่งยังคงแตกต่างเป็นอย่างมากกับผลการประเมิน SRRT ปกติ สำหรับปัจจัยในด้านความแตกต่างของผลการดำเนินงานของทีม SRRT ในพื้นที่ชายแดนกับ SRRT ในพื้นที่อื่นๆ อาจเป็นสาเหตุของความแตกต่างอย่างมากของผลการประเมินในสองส่วนนี้หรือไม่นั้น เมื่อไปทบทวนข้อมูลผลการประเมิน SRRT ทั่วประเทศของปี ๒๕๕๗ และแยกวิเคราะห์ระหว่างพื้นที่ชายแดนกับพื้นที่ปกติโดยใช้เครื่องมือประเมินชุดเดียวกันพบว่าอำเภอในจังหวัดชายแดนผ่านการประเมินร้อยละ ๘๘.๓๗ (๓๖๑ จากทั้งหมด ๓๖๗ อำเภอ) ส่วนอำเภอในจังหวัดอื่นๆ ผ่านการประเมินร้อยละ ๘๗.๘๓ (๕๖๗ จากทั้งหมด ๕๗๘ อำเภอ) ซึ่งจะเห็นว่าแทบไม่แตกต่างกัน ดังนั้นปัจจัยหลักที่น่าจะอธิบายความแตกต่างของผลการประเมินจากเครื่องมือสองชุดดังกล่าวคือการที่ SRRT ปกติใช้ผลการประเมินแบบสะสม คือ ในอำเภอที่ผ่านการประเมินแล้วยังสามารถใช้ผลดังกล่าวได้ ๓ ปี ในขณะที่การประเมินของ

อำเภอชายแดนครั้งนี้ดำเนินการใหม่ทั้งหมด โดยที่พื้นที่ที่รับการประเมินไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้ามากนักว่าจะมีการประเมิน การพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ ในพื้นที่ชายแดนต้องอาศัยหลักการดำเนินงานตามภาคผนวก ๒ เป็นแนวทางการดำเนินงานเพราะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและตอบสนองเป็นสิ่งสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพ โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเน้นการประเมินระดับพื้นฐานรวมทั้งการเฝ้าระวังเหตุการณ์เป็นหลัก ^(๑๐, ๑๑, ๑๒) นอกจากนี้การมีคู่มือในการปฏิบัติงาน ทั้งแนวทางการเฝ้าระวัง หรือนิยามต่าง ๆ ก็ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วยเช่นกัน ^(๑๓, ๑๔, ๑๕)

๕.๒ สรุปผล

ในภาพรวมอำเภอชายแดนที่ผ่านการประเมินระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัดมีน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของอำเภอที่ถูกประเมินทั้งหมดคือร้อยละ ๔๐ เท่านั้น โดยด้านการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที มีตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ๓ ตัวชี้วัดหลัก และ ๖ ตัวชี้วัดย่อยเป็นตัวชี้วัด SRRT เดิม ๔ ตัวชี้วัด ตัวชี้วัด IHR ๑ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดเพิ่มเติม ๑ ตัวชี้วัด ผ่านการประเมินทุกอำเภอ ๔ ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัด SRRT เดิม ส่วนตัวชี้วัดที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี ๒ ตัวชี้วัดคือมีข้อมูล ๕๐๖ ไม่ครบทุกเดือนในปีที่ผ่านมาเป็นตัวชี้วัดที่เพิ่มเติม และการส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วยเฝ้าระวังต่าง ๆ และผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เป็นตัวชี้วัด IHR

ด้านการมีรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง มีตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ๒ ตัวชี้วัดหลัก และ ๒ ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัด SRRT เดิม ๑ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัด IHR ๑ ตัวชี้วัด ผ่านการประเมินทุกอำเภอเป็นตัวชี้วัด SRRT เดิม ส่วนตัวชี้วัดที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอ คือไม่มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคหรือภัยสุขภาพ เป็นตัวชี้วัด IHR

ด้านการควบคุมโรคมีตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ๙ ตัวชี้วัดหลัก และ ๒๓ ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัด SRRT เดิม ๒๒ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัด IHR ๑ ตัวชี้วัด ผ่านการประเมินทุกอำเภอ ๙ ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัด SRRT เดิม ๘ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัด IHR ๑ ตัวชี้วัด ส่วนที่ผ่านไม่ครบทุกอำเภอ เป็นตัวชี้วัด SRRT เดิมทั้ง ๑๔ ตัวชี้วัด คือ ศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน ๓ ตัวชี้วัด การมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม ๓ ตัวชี้วัด การควบคุมโรคขั้นต้น ๓ ตัวชี้วัด ศักยภาพทางวิชาการ ๒ ตัวชี้วัด การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ ๑ ตัวชี้วัด ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนโรคและควบคุมโรค ๑ ตัวชี้วัด และผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค ๑ ตัวชี้วัด

ด้านมีผลการดำเนินงานที่คุณภาพ มีตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ๒ ตัวชี้วัดหลัก และ ๒ ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัด SRRT เดิมทั้งหมด ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอทั้ง ๒ ตัวชี้วัด คือ มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วนร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป และการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ ๑ เรื่องขึ้นไป เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการเขียนเฉพาะรายงานเบื้องต้นและรายงานเพิ่มเติมแต่ไม่ค่อยมีรายงานการสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์

พบว่าปัญหาเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งจากความไม่เข้าใจในตัวชี้วัดบางตัว ปัญหาเชิงระบบของงานระบาดวิทยา รวมถึงจากการที่ตัวชี้วัด SRRT ปกติ สามารถใช้ผลการประเมินรับรองได้นาน ๓ ปี จึงประเมินครั้งใหม่ เมื่อมีการดำเนินการประเมินในระหว่างปีที่ยังไม่ครบรอบการประเมินครั้งใหม่ก็พบว่าบางกิจกรรมมีการย่อหย่อนลงจากเดิม

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

๑. การประเมินพื้นที่ชายแดน ๙ จังหวัดครั้งนี้พบว่าเครื่องมือ SRRT ชายแดนนี้มีจุดที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์เพิ่มขึ้นจากเครื่องมือ SRRT ปกติในหลายประเด็น แต่ในเวลาเดียวกันก็เพิ่มความยุ่งยากในการประเมิน รวมถึงการใช้เวลามากขึ้น อีกทั้งเป็นการเพิ่มความซับซ้อนในการที่มีเครื่องมือประเมินที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ปกติและพื้นที่ชายแดน เนื่องจากจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของการดำเนินงานกฏอนามัยระหว่างประเทศไม่ได้เน้นเฉพาะพื้นที่ชายแดนเท่านั้น แต่ต้องการให้ทุกพื้นที่ที่มีสมรรถนะที่ดีเพียงพอในการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคในจุดที่เกิดเหตุ ดังนั้นตัวชี้วัดของ SRRT ปกติเองก็น่าจะมีการดึงจุดแข็งบางประเด็นของ SRRT ชายแดนเพิ่มเข้าไป และหากสามารถปรับให้เครื่องมือทั้งสองอยู่ในฉบับเดียวกัน โดยเพิ่มเฉพาะส่วนที่จำเป็นที่สุดโดยที่ยังคงความง่ายและรวดเร็วของเครื่องมือเดิม น่าจะเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้นในภาพรวม

๒. ตัวชี้วัดบางตัวที่พื้นที่ยังขาดความเข้าใจ ผู้รับผิดชอบงาน SRRT ควรสรุปตัวชี้วัดเหล่านี้โดยเน้นตัวที่พบปัญหาบ่อยๆ และนำประเด็นเหล่านี้มาทำเครื่องมือหรือตัวอย่างที่เห็นภาพชัด ร่วมกับเน้นผู้นิเทศจากระดับที่สูงกว่า เช่น จังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ให้เพิ่มการให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจตัวชี้วัดเหล่านี้กับพื้นที่ที่ยังไม่ผ่านการประเมินในข้อดังกล่าว ตัวชี้วัดที่ควรให้ความสำคัญของสมรรถนะหลักด้านการมีระบบเฝ้าระวัง ฯ ได้แก่ การมีข้อมูล ๕๐๖ ครบทุกเดือนในปีที่ผ่านมา การส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วยเฝ้าระวังต่าง ๆ หรือผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ สมรรถนะหลักด้านการมีรายงานข้อมูล ฯ คือ การจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคหรือภัยสุขภาพ สมรรถนะหลักด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรค ฯ มีตัวชี้วัดหลักที่ต้องให้ความสำคัญเกือบทุกตัวชี้วัดย่อย คือ ศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน การมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม การควบคุมโรคขั้นต้น ศักยภาพทางวิชาการ การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค และการควบคุมโรคขั้นต้น และสมรรถนะหลักด้านการดำเนินงานที่มีคุณภาพ มีตัวชี้วัดหลักที่ต้องให้ความสำคัญทั้ง ๒ ตัวชี้วัดคือผลงานด้านความครบถ้วนของของการสอบสวนโรค และผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค

๓. ควรปรับแนวทางการประเมินของ SRRT ปกติเพื่อแก้ปัญหาเรื่องความย่อหย่อนในปีที่ ๒ หรือปีที่ ๓ หลังผ่านการประเมิน เช่น อาจปรับระยะเวลาของผลงานที่นำมาใช้ประเมินให้เป็นการใช้ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี แทนการใช้ผลงานเพียงปีเดียวอย่างเช่นในปัจจุบัน หรืออาจลดระยะเวลาของอายุการใช้งานผลการประเมินมาจาก ๓ ปีมาเป็น ๒ ปี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

๑. ปรีชา เปรมปรี, สุวรรณ เทพสุนทร, ขวลิต ตันตินิมิตกุล, วันชัย อาจเขียน, อมรรัตน์ หล่อธีรณัฐวัฒน์, อภิชาติ เมฆมาสิน, และคณะ, บรรณาธิการ. แผนพัฒนางานด้านกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (๒๐๐๕) ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๕. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; ๒๕๕๑.
๒. พงมาน ศิริอารยาภรณ์, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล, ธีรศักดิ์ ชักนำ, ขวลิต ตันตินิมิตกุล, ศิริลักษณ์ รังษิงค์, พวงทิพย์ รัตนะรัต, และคณะ, บรรณาธิการ. กฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (๒๐๐๕). พิมพ์ครั้งที่ ๓. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๕๖.
๓. World Health Organization. Information to States Parties regarding determination of fulfillment of IHR Core Capacity requirements for ๒๐๑๒ and potential extensions. Geneva. WHO; ๒๐๑๒.
๔. นิภาพรณ สฤชดีอภิรักษ์, วันชัย อาจเขียน, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล, อำนวยทิพศรีราช, สุภาวิณี แสงเรือน, บรรณาธิการ. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ ๒๕๕๕. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๕๕.
๕. ยูวดี เปรมวิชัย. การประเมิน (Assessment). วารสารโรงเรียนนายเรือ ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑ : มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๐ หน้า ๓๑-๔๐.
๖. [http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro๔-chapter๒\(๓\).pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro๔-chapter๒(๓).pdf)
๗. ลดารัตน์ ผาตินาวิน, รุ่งนภา ประสานทอง, วรณา หาญเชาว์วรกุล. มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๘.
๘. https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/๑.๒๐๑๖๕๓/file/Principles_of_Assessment.pdf
๙. World Health Organization. IHR core capacity monitoring framework: Questionnaire For Monitoring progress in the implementation of IHR core capacities in states parties. Geneva. WHO; ๒๐๑๒.
๑๐. Kohl KS, Arthur RR, O'Connor R, Fernandez J. Assessment of Public Health Events through International Health Regulations, United States, ๒๐๐๗-๒๐๑๑. Emerg Infect Dis. ๒๐๑๒; ๑๘(๗):๑๐๔๗-๕๓.
๑๑. Teixeira MG, Costa MCN, Souza LPF, Nascimento EMR, Barreto ML, Barbosa N, et al. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (๒๐๐๕). Rev Panam Salud Publica. ๒๐๑๒;๓๒(๑):๔๙-๕๕.
๑๒. Dagina R, Murhekar M, Rosewell A, Pavlin BI. Event-based surveillance in Papua New Guinea: strengthening an International Health Regulations (๒๐๐๕) core capacity. WPSR. ๒๐๑๓; ๔(๓):๑๙-๒๕.
๑๓. อาทิตยา วงศ์คำมา, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล, ดารินทร์ อารีโยชคชัย, อมรรัตน์ ขอบกตัญญู และ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ. การประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคของประเทศไทย ตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. ๒๕๕๖;๓๕: ๕๔๕-๕๑.

๑๔. Wamala JF, Okot C, Makumbi I, Natseri N, Kisakye A, Nanyunja M, et al. Assessment of core capacities for The International Health Regulations (IHR ๒๐๐๕)-Uganda, ๒๐๑๙. BMC Public Health ๒๐๑๐; ๑๐(Suppl ๑): S๙.

๑๕. Gala Á, Toledo ME, Arias Y, Díaz González M, Alvarez Valdez AM, Estévez G, et al. Implementation of the International Health Regulations in Cuba: evaluation of basic capacities of the health sector in selected provinces. Rev Panam Salud Publica. ๒๐๑๒;๓๒(๓):๒๐๗-๑๖.

๑๖. สำนักระบาดวิทยา. ผลการประเมินมาตรฐานที่มเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ ปี ๒๕๕๗. แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตบริการสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ไตรมาส ๔ (เอกสารอัดสำเนา)

ภาคผนวก



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 : 19 มกราคม 2561

Volume 49 Number 1 : January 19, 2018

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



นิพนธ์ฉบับ

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

✉ phuongtipya@hotmail.com

พวงทิพย์ รัตนะรัตและคณะ

บทคัดย่อ

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

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

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

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

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

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



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

บทนำ

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

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

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

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย

2. เพื่อประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน และนำผลการประเมินมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดนหรืออาจรวมถึงพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทยที่พบปัญหาคล้ายคลึงกัน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. จัดทำเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ชายแดนของประเทศไทย

คณะที่ปรึกษา

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

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์นคร เปรมศรี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงพจมาน ศิริอารยาภรณ์

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์ สุวดี ติวังษ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภูรจันท์ ตติธันว์ มาแอดิยน

พัชรี ศรีหมอก สมเจตน์ ตั้งเจริญติลาปี

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา ดล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา ดล้ายพ้อแดง

ผู้เขียนบทความ

พวงทิพย์ รัตนะรัต, พจมาน ศิริอารยาภรณ์,

ธีรศักดิ์ ชักนำ, นิภาพรรณ สฤกษ์คือภริรักษ์¹

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค

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

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

ผลการศึกษา

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย และผลการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน

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

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

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

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

เมื่อจำแนกผลการประเมินตามสมรรถนะหลักเฉพาะตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานตามรายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 4 ด้านสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่ 3)

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

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

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

หน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจนทั้งขณะปกติและกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคฯ การประชุมทีมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และหัวหน้าทีมมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีม

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

ตารางที่ 1 จำนวนตัวชี้วัดย่อยของ SRRT ชายแดน จำแนกตามประเภท ระดับ และสมรรถนะหลักของตัวชี้วัด

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

ตารางที่ 2 ผลการประเมินด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ในตัวชี้วัดย่อย

ระดับพื้นฐาน และสมรรถนะหลักทั้ง 4 ด้าน

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

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

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

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

หมายเหตุ * คือตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของ IHR ที่เพิ่มเติมจาก SRRT เดิม (IB)
 ** คือตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานที่เพิ่มเติมเพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน (IIB)

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

วิจารณ์

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

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

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



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

ในภาพรวมพบด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที โดยตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐานสำหรับด้านนี้เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด และตามด้วยด้านผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ซึ่งเน้นเรื่องการเขียนรายงานสอบสวนโรค ซึ่งก็เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมดเช่นกัน ปัญหาที่พบน่าจะแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 3 กลุ่ม คือ 1) เกิดจากพื้นที่ยังไม่เข้าใจชัดเจนในแนวทางที่จะต้องทำ เช่น เรื่องการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน ซึ่งหลายทีมยังมองไม่เห็นภาพว่าควรทำแค่ไหน อย่างไร หรือในเรื่องความครบถ้วนของการสอบสวนโรค ซึ่งบางพื้นที่ไม่ทราบว่าจะควรทำการตรวจจับการป่วยเป็นกลุ่มก้อนจากข้อมูลเฝ้าระวังด้วย 2) จากปัญหาเชิงระบบของงานระบาดวิทยา โดยเฉพาะการที่เจ้าหน้าที่มักขอย้ายออกไปอยู่งานอื่นเมื่อมีเจ้าหน้าที่บรรจุใหม่เข้ามาในหน่วยงาน เนื่องจากภาระงานที่หนักและไม่เป็นเวลา จึงต้องมีการอบรมคนใหม่เป็นประจำ ทำให้มีผลกระทบต่อความต่อเนื่องของ

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

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

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

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

ข้อเสนอแนะ

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

2. สำหรับตัวชี้วัดบางตัวที่พื้นที่ยังขาดความเข้าใจ ผู้รับผิดชอบงาน SRRT ควรสรุปตัวชี้วัดเหล่านี้โดยเน้นตัวที่พบปัญหาบ่อย ๆ และนำประเด็นเหล่านี้มาทำเครื่องมือหรือตัวอย่างที่เห็นภาพชัดร่วมกับเน้นผู้แทนจากกระดับที่สูงกว่า เช่น จังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ให้เพิ่มการให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจตัวชี้วัดเหล่านี้กับพื้นที่ที่ยังไม่ผ่านการประเมินในข้อดังกล่าว

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

มาจาก 3 ปีมาเป็น 2 ปี เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

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

เอกสารอ้างอิง

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

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

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

Suggested Citation for this Article

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

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

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

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control

Abstract

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

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

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

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

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

คู่มือ

การประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในพื้นที่ชายแดน
ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (IHR ๒๐๐๕)



สำนักกระบาดวิทยา

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

แบบเก็บข้อมูลการประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในพื้นที่ชายแดน ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ
สำหรับโรงพยาบาลประจำอำเภอ/จังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....

ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่/หน่วยงานที่ทำการประเมิน

- ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ (เช่น อยู่ติดชายแดนประเทศอะไร ลักษณะพื้นที่ของประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกันเป็นอย่างไร มีประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านเดินทางเข้าออกมากน้อยเพียงใด มีลักษณะพิเศษของพื้นที่หรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีแรงงานต่างชาติ หรือนักท่องเที่ยวมากน้อยแค่ไหนเทียบกับประชากรปกติในพื้นที่)
.....
.....
- ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา (แยกเป็นข้าราชการและอื่นๆ) ในหน่วยงานที่ทำการประเมิน รวมทั้งหน้าที่และงานที่รับผิดชอบนอกเหนือจากงานระดับวิทยามีหรือไม่ จำนวนปีที่ทำงานระดับวิทยา.....
.....
.....
.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล.....

หน่วยงาน.....

เบอร์โทร.....

E-mail.....

คำถามที่ใช้ในการประเมิน

1. มีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<p>1.1. การวิเคราะห์สถานการณ์โรคและการตรวจจับการระบาดโดยใช้ข้อมูล 506</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีข้อมูล 506 ทุกเดือนในปีที่ผ่านมา 	IIB			<p>หมายถึง มีการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่กำหนดในระบบ 506 ไม่ว่าโรคใดก็ได้ในแต่ละเดือนในหน่วยงานที่กำลังถูกประเมิน ใช้ข้อมูลช่วง 12 เดือนก่อนการประเมิน</p> <p><u>หลักฐาน:</u> ข้อมูลโรคที่ต้องรายงาน 506 ในจุดที่ทำการประเมิน โดยดูจากทะเบียนรับ-ส่ง 506 และฐานข้อมูลโปรแกรม</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการกำหนดรายชื่อโรคหรือภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบของทีม (Priority diseases) และมีนิยามผู้ป่วยครบทุกโรค (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 6, ข้อย่อย 1) ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน 	B			<p><u>หลักฐาน:</u> รายชื่อโรคหรือภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และนิยามผู้ป่วย</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคที่มีแนวโน้มจะเกิดการระบาด หรือ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ (Priority diseases) หรือ โรคนโยบาย ไม่น้อยกว่า 3 โรค อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ข้อมูลในรอบ 12 เดือนก่อนการประเมิน 	IS			<p>โรคที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละช่วงเวลาไม่จำเป็นต้องเป็นโรคเดียวกัน เนื่องจากบางโรคอาจเป็นโรคตามฤดูกาล</p> <p><u>หลักฐาน:</u> รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอผู้บริหาร หรือหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆตามความเหมาะสม</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการตรวจจับการระบาด และนำข้อมูลมาใช้ในการแจ้งเตือน หรือสอบสวนควบคุมโรค ในโรคสำคัญที่เป็นปัญหาของพื้นที่/ประเทศ (สุ่มอย่างละ 1 โรค) ใช้ข้อมูลในรอบ 12 เดือนก่อนการประเมิน 	IS			<ul style="list-style-type: none"> - ทีมประเมินสุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่มา 2 โรค โดยมาจาก 2 ส่วนดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคสำคัญที่พื้นที่กำหนด (แต่ต้องอยู่ในโรคสำคัญที่สำนักระบาดวิทยา กำหนด หรือโรคในระบบ รง. 506 ที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในปีที่ผ่านมา) 1 โรค 2. โรคสำคัญที่สำนักระบาดวิทยากำหนดและทีมประเมินเป็นผู้สุ่ม 1 โรค - ทั้งนี้ การสุ่มใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยดูว่าโรคไหน น่าจะมี cluster ให้ตรวจจับ เช่น เป็นโรคที่มีจำนวนค่อนข้างเยอะ หรือ เป็นโรคที่แพร่ได้ง่ายแล้วลือลม 1 โรค ซึ่งโรคในกลุ่มที่ 2 (โรคสำคัญที่สำนักระบาดวิทยากำหนด) ผู้ประเมินสามารถดูข้อมูลและเลือกโรคได้ตั้งแต่ก่อนลงพื้นที่ - การตรวจจับการระบาดจะใช้วิธีไหนก็ได้ แต่ต้องมีหลักฐานให้เห็น หากหน่วยที่ถูกประเมินบอกว่าโรคนั้นๆไม่มีการระบาดในปีที่ผ่านมา ทีมประเมินต้องทำการ

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
				<p>ตรวจจับกลุ่มก่อนมาใช้เพื่อตรวจสอบว่าไม่มีการระบาดจริง หากพื้นที่มีการตรวจจับการระบาดอย่างน้อย 1 cluster ในโรคดังกล่าว และมีหลักฐานว่าทำการตรวจจับจริงก็ถือว่าให้ผ่าน</p> <p><u>หลักฐาน:</u> ขอคู่มือหลักฐานการตรวจจับการระบาด เช่น จากการ save ไฟล์ที่ตรวจพบ cluster การมีเอกสารเปรียบเทียบข้อมูลในปัจจุบันกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังในโรคนั้นๆ เป็นต้น</p> <p>-หลักฐานเกี่ยวกับการตอบสนอง ดูจากรายงานการแจ้งเตือนหรือรายงานการสอบสวน ควบคุมโรคของโรคที่ถูกสุ่มแต่ละโรค</p>
<p>12. การส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วยเฝ้าระวังต่างๆ และผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ใช้ข้อมูลในรอบ 12 เดือนก่อนการประเมิน</p>	<p>B</p>			<p>หมายถึงการส่งรายงานเฝ้าระวัง หรือแจ้งสถานการณ์โรคจากข้อมูลเฝ้าระวัง โดยระบบ 506 อย่างน้อย 6 ครั้ง/ปี แก่ผู้ที่ควรได้รับทราบข้อมูล เช่น เครือข่ายเฝ้าระวัง ผู้บริหารในหน่วยงานสาธารณสุข หัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ในช่วงเวลา 12 เดือนก่อนการประเมิน</p> <p><u>หลักฐาน:</u> วาระการประชุม/ เอกสาร/ เวป/เมลล์ ฯลฯ</p>
<p>1.3 การเฝ้าระวังเหตุการณ์และเตือนภัย (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 6, ข้อย่อย 2-4) ใช้ข้อมูลในรอบ 12 เดือนก่อนการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีการจัดทำทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือรับรายงานการเกิดโรค/ภัยที่เป็นปัญหา สำคัญ ○ มีการแจ้งเตือนภัย การส่งข่าว หรือรายงานเบื้องต้น ○ มีการกรองข่าวเพื่อแยกข่าวไม่มีมูลและหาสัญญาณภัย (signals) ○ มีการสร้างเครือข่ายแหล่งข้อมูลข่าวสาร (ในชุมชน) ทั้งในเขตรับผิดชอบ พื้นที่ใกล้เคียง และพื้นที่อื่นที่เกี่ยวข้อง 	<p>B</p> <p>B</p> <p>S</p> <p>B</p>			<p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือรับรายงานการเกิดโรค/ภัย - เอกสารหลักฐานในการแจ้งเตือน ส่งข่าว หรือรายงานเบื้องต้น - ทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือรับรายงานการเกิดโรค/ภัย - ทะเบียนรายชื่อแหล่งข้อมูลข่าวสารและชื่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<p>1.4 การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในประเทศ ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีการสร้างเครือข่าย "เฝ้าระวังเหตุการณ์" อย่างเป็นระบบกับบุคลากรทางการแพทย์ในจุดที่สำคัญในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ ○ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ○ พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ○ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ○ พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ○ พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ 	<p>IISS</p> <p>IIS</p> <p>IIS</p> <p>IIS</p> <p>IIS</p> <p>IIS</p>			<p>เน้นเรื่องการสร้างเครือข่ายของระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์กับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในจุดที่มีโอกาสพบการระบาดได้บ่อย โดยมีการประสานงานอย่างเป็นระบบกับและบุคลากรทางการแพทย์เหล่านั้น ให้มีการแจ้งข้อมูลแก่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา เมื่อพบว่ามีการระบาดผิดปกติของโรคใดโรคหนึ่ง (ซึ่งอาจจะใช่หรือไม่ใช่โรคในระบบ 506 ก็ได้) หรือพบโรคใหม่ๆ ที่คาดว่าจะมีความสำคัญทางสาธารณสุข เพื่อช่วยลดจุดอ่อนของการเฝ้าระวัง 506</p> <p>หลักฐาน: โดยการสัมภาษณ์แพทย์และพยาบาลในแผนกอายุรกรรมและกุมารเวชกรรมกลุ่มละ 1 คนต่อแผนก โดยเลือกผู้ที่ทำงานมาแล้วระยะหนึ่ง แต่ไม่ใช่หัวหน้าแผนก เพื่อดูการรับรู้ของแพทย์รุ่นที่มีความอาวุโสกลางๆ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องการแจ้งข่าวการระบาด และแนวทางปฏิบัติที่ดำเนินการจริง รวมทั้งขอตัวอย่างเหตุการณ์ที่มีการแจ้ง ถ้ามี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในกรณีที่มีจำนวนผู้ประเมินเพียงพอ ควรสัมภาษณ์บุคลากรกลุ่มอื่นๆที่มีในข้อ 1.5 ของแบบประเมินด้วย (เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ) เพื่อให้เข้าใจการทำงานในหน่วยงานที่ถูกประเมินได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใช้หลักการการเลือกคนที่จะสัมภาษณ์แบบเดียวกับกลุ่มแพทย์และพยาบาลผู้ป่วยใน - ในข้อนี้หากมีการประสานงานอย่างเป็นระบบกับอย่างน้อยคือพยาบาลแผนกผู้ป่วยในก็ถือว่าได้คะแนน IIS, หากข้อมูลจากผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ไปด้วยกันกับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา แต่มีหลักฐานยืนยันว่าได้มีการประสานงาน "การแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติ" อย่างเป็นระบบไปแล้ว ก็ถือว่าผ่านการประเมิน

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<p>○ มีการสร้างและบริหารเครือข่ายเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอกับโรงพยาบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการรายงาน 506 จากโรงพยาบาลฯ ศูนย์ระบาดวิทยาแจ้งข้อมูลเฝ้าระวังในพื้นที่แกโรงพยาบาลฯอย่างสม่ำเสมอ (ให้ข้อมูลย้อนกลับ) และบุคลากรของโรงพยาบาลเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับระบาดวิทยาและโรคที่สำคัญซึ่งจัดโดยพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ โรงพยาบาลเอกชน ○ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ 	<p>IISS IIS</p>			<p>หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลที่ถูกประเมินมีการส่งข้อมูล 506 แก่ศูนย์ระบาดวิทยาในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละครั้ง 2) ศูนย์ระบาดวิทยาในพื้นที่มีการแจ้งข้อมูลสถานการณ์โรคจากระบบเฝ้าระวังหรือแจ้งข่าวการระบาดสำคัญในประเทศหรือต่างประเทศที่อาจมีการแพร่เข้ามาในพื้นที่ให้แกโรงพยาบาลที่ถูกประเมิน อย่างน้อยปีละสองครั้ง 3) มีการให้บุคลากรจากโรงพยาบาลที่ถูกประเมินเข้าร่วมอบรมด้านระบาดวิทยาที่จัดโดยพื้นที่อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา <p style="text-align: center;"><u>ต้องมีครบทั้ง 3 ข้อจึงจะถือว่าผ่านข้อนี้</u></p> <p><u>หลักฐาน:</u> โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ ในอำเภอที่ทำการประเมิน เกี่ยวกับการรายงาน 506 จากโรงพยาบาลเหล่านั้นแก่ศูนย์ระบาดวิทยาในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ การได้รับข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังจากศูนย์ระบาดวิทยาฯทุกเดือน และการเข้าร่วมอบรมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งหลักฐานเท่าที่มี</p>
<p>○ มีการสร้างและบริหารเครือข่ายเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอกับด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ (ด่านถาวร) แจ้งข้อมูลสถานการณ์โรคที่ตรวจพบแก่ศูนย์ระบาดวิทยาในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวัง (การให้ข้อมูลย้อนกลับ) และการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับระบาดวิทยาและโรคที่สำคัญซึ่งจัดโดยพื้นที่</p>	<p>IISS</p>			<p>หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด่านฯมีการส่งข้อมูลสถานการณ์โรคที่ตรวจพบแก่ศูนย์ระบาดวิทยาในพื้นที่ทุกเดือน 2) ศูนย์ระบาดวิทยาในพื้นที่มีการแจ้งข้อมูลสถานการณ์โรคจากระบบเฝ้าระวังหรือแจ้งข่าวการระบาดสำคัญในประเทศหรือต่างประเทศที่อาจมีการแพร่เข้ามาในพื้นที่ให้แกด่านฯทุกเดือน 3) มีการให้บุคลากรจากโรงพยาบาลที่ถูกประเมินเข้าร่วมอบรมด้านระบาดวิทยาที่จัดโดยพื้นที่อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา <p style="text-align: center;"><u>ต้องมีครบทั้ง 3 ข้อจึงจะถือว่าผ่านข้อนี้ แต่ในกรณีที่ยังไม่มีกรเก็บข้อมูลสถานการณ์โรค ให้ยกเว้นข้อ 1</u></p>

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
				<p><u>หลักฐาน:</u> การแจ้งข้อมูลสถานการณ์โรคที่ตรวจพบ เช่น มีบันทึก/หนังสือแจ้งรายเดือน (รายงานผลการตรวจสุขภาพ) ไปยังหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น มีการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์โรคจากข้อมูลเฝ้าระวัง ในที่ประชุมผู้บริหารที่มีหัวหน้าด้านมาร่วม, ข้อมูลจากศูนย์สั่งการชายแดนซึ่งมี ส่วนราชการชายแดนทุกส่วนในอำเภอ
<p>1.5 การสร้างเครือข่ายเพื่อให้รู้สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้าน ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีการสร้างเครือข่ายที่เป็นระบบและมีกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังกับประเทศเพื่อนบ้านอย่างสม่ำเสมอ <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีเครือข่าย ○ มีเครือข่าย และเครือข่ายที่สร้างมีประสิทธิภาพในการแจ้งข่าวการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ○ มีเครือข่าย แต่เครือข่ายที่สร้างไม่มีประสิทธิภาพในการแจ้งข่าวการเกิดโรคและภัยสุขภาพ 	<p>IISS</p> <p>IIS</p>			<p>หมายถึง มีการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังอย่างเป็นทางการกับประเทศเพื่อนบ้านซึ่งเป็นพื้นที่ติดต่อกับพื้นที่ที่ทำการประเมิน ทั้งนี้เครือข่ายนั้นอาจเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลโรคที่ถูกกำหนดไว้โดยทั้ง 2 ฝ่าย หรืออาจเป็นเครือข่ายการแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ คือได้รับการแจ้งข้อมูลเฝ้าระวังจากประเทศเพื่อนบ้านตามที่ได้ทำการตกลงกัน - เครือข่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ กรณีที่มีการสร้างเครือข่ายแล้วแต่ไม่ได้รับการแจ้งข้อมูล (มักเกิดในกรณีที่เป็นเครือข่ายเฝ้าระวังเหตุการณ์) ถือว่าเป็นเครือข่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพ <p><u>หลักฐาน:</u> จากเอกสารเกี่ยวกับการจัดประชุมร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวัง หรือเอกสารการแจ้งข้อมูลเฝ้าระวัง การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังประเทศเพื่อนบ้าน</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ ในกรณีที่ไม่มีการสร้างเครือข่ายอย่างเป็นทางการ แต่มีแหล่งข่าวอื่นเพื่อให้รู้สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้าน <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี แหล่งข่าว ○ มีแหล่งข่าวที่มีประสิทธิภาพในการแจ้งข่าวการเกิดโรคและภัยสุขภาพระบบแหล่งข่าว และยกตัวอย่างเหตุการณ์ผิดปกติด้านโรค/ภัยในประเทศเพื่อนบ้านที่ได้รับข้อมูล (ให้รายละเอียด) 	<p>IISS</p>			<p>หมายถึง แหล่งข่าวแบบไม่เป็นทางการซึ่งเน้นการแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติ เช่น พ่อค้า แม่ค้าที่ข้ามไปมาฝั่งตรงข้ามเป็นประจำ เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - เครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ คือได้รับการแจ้งข้อมูลเฝ้าระวังจากประเทศเพื่อนบ้านตามที่ได้ทำการตกลงกัน - เครือข่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ กรณีที่มีการสร้างเครือข่ายแล้วแต่ไม่ได้รับการแจ้งข้อมูล (มักเกิดในกรณีที่เป็นเครือข่ายเฝ้าระวังเหตุการณ์) ถือว่าเป็นเครือข่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพ

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีแหล่งข่าวแต่ไม่มีประสิทธิภาพในการแจ้งข่าวการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ระบุแหล่งข่าว และอธิบายเพิ่มเติมว่าทำไมจึงสรุปว่าไม่มีประสิทธิภาพ (ให้รายละเอียด) 	IIS			<p><u>หลักฐาน:</u> จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา</p>
<p>1.6 มีข้อมูลสิ่งที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพของพื้นที่ (จากตัวชี้วัดที่ 6 ของ SRRT ตำบล) ใช้ข้อมูลในช่วงเวลาไม่เกิน 3 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีการกำหนดพื้นที่เสี่ยงต่อโรค/ภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบ ○ การทำแผนที่แสดงสิ่งทีอาจเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรค/ภัยสุขภาพ 	IS IS			<ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่เสี่ยงภัยหมายถึง แหล่งเสี่ยง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น ฟาร์มหมู โรงงาน บ่อขยะ - แต่ละขั้นตอน/กิจกรรม ให้เลือกผลงานมาแสดง เป็นผลงานต่างกันได้ และไม่เกิน 3 ปี <p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลแสดงพื้นที่เสี่ยงต่อโรค/ภัยในอำเภอ หรือจังหวัดที่ประเมิน โดยเน้นว่าต้องเป็นข้อมูลที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาสามารถเข้าถึงได้ - แผนที่แสดงสิ่งทีอาจเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรค/ภัยสุขภาพ

2. มีการรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้องทันที

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<p>2.1 มีการแจ้งเตือนข่าวเกิดโรค/ภัยได้ภายใน 24 ชม. หรือประเมินสถานการณ์และรายงานเหตุการณ์ได้ภายใน 48 ชม. (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 12)</p> <p>ใช้ข้อมูลในปีที่ผ่านมา</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีการแจ้งเตือนฯ และรายงานเหตุการณ์ ร้อยละ 50-59 ○ มีการแจ้งเตือนฯ และรายงานเหตุการณ์ ร้อยละ 60-79 ○ มีการแจ้งเตือนฯ และรายงานเหตุการณ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไป 	B			<p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือแฟ้มจัดเก็บข่าวสารแบบอื่นที่ใช้ร่วมกัน - หนังสือหรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่ามีการแจ้งเตือนหรือรายงานโรคและภัยสุขภาพ
<p>2.2 มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ</p> <p>ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน</p>	IB			<p>เพื่อดูว่ามีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวัง 506 หรือการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของผู้รับผิดชอบในการรับแจ้งเหตุการณ์ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจุบันหรือไม่</p> <p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์ระดับวิทยาอำเภอที่ทำการประเมิน

3. สามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<p>3.1 การจัดตั้งทีม SRRT (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 1) ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีคำสั่งแต่งตั้งทีม ที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบันร้อยละ 80 ขึ้นไป(ทีมปฏิบัติการ) ○ สมาชิกทีมมีจำนวนตั้งแต่ 4 คน ขึ้นไป ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ด้าน ○ แกนหลักของทีมเป็นผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยา (เฝ้าระวัง, สอบสวนโรค) และสมาชิกทีมอย่างน้อย 1 คนมีความรู้พื้นฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ○ หัวหน้าทีมเป็นแพทย์ หรือหัวหน้าหน่วยงาน ○ หน่วยงานมีการระบุโครงสร้างภายในที่ชัดเจน เพื่อเป็นหน่วยรับผิดชอบการจัดตั้งและเป็นแกนดำเนินงานของทีม SRRT 	B	B	B	<p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งแต่งตั้งทีม SRRT - เอกสารการแบ่งส่วนราชการ การแบ่งงาน และการมอบหมายหน้าที่ภารกิจ

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<p>3.2 ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 2) ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ทีมมีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรทีม SRRT และ/หรือการจัดการความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ○ สมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมการระบาด ตามหลักสูตรก่อนปฏิบัติการทางระบาดวิทยา หรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า ○ หัวหน้าทีมหรือแกนหลักของทีมอย่างน้อย 1 คน ได้รับการฝึกอบรมด้านปฏิบัติการหรือมีประสบการณ์ที่แสดงถึงความชำนาญด้านปฏิบัติการภาคสนาม ○ สมาชิกทีมร้อยละ 50 ขึ้นไป ได้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ฟื้นฟูความรู้ หรือสัมมนาวิชาการด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมการระบาดในระยะเวลา 3 ปี ○ สมาชิกทีมอย่างน้อย 2 คน ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเก็บและส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการใน 3 ปีที่ผ่านมา ○ สมาชิกทีมร้อยละ 50 ขึ้นไป ได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ที่มีแนวโน้มระบาดข้ามประเทศ (PHEIC) 	B	B	S	<p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - แฟ้มประวัติย่อของสมาชิกทีม หรือหลักฐานแสดงการผ่านการฝึกอบรม - ผลงานของผู้สอบสวนหลัก - โครงการพัฒนาบุคลากรทางด้านระบาดวิทยา และทีม SRRT - เอกสารแสดงหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีม - รายงานสอบสวนโรค และบันทึกเสนอข่าวการระบาด ที่มีการเขียนและส่งสาร - รายงานการประชุมของหน่วยงาน และรายงานการประชุมทีม SRRT - ระเบียบและประกาศของหน่วยงานที่สนับสนุนการสร้างขวัญกำลังใจ
<p>3.3 ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน ทั้งขณะปกติ และกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ○ จัดประชุมทีมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี ○ หัวหน้าทีมมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีม ○ สมาชิกทีมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 เคยเข้าร่วมปฏิบัติงานกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในระยะเวลา 3 ปี ○ จัดกิจกรรมหรือสิ่งสนับสนุนที่สร้างขวัญกำลังใจให้กับสมาชิกทีมที่ออกปฏิบัติงาน 	B	B	B	<p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เอกสารแสดงหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีม - รายงานสอบสวนโรค และบันทึกเสนอข่าวการระบาด ที่มีการเขียนและส่งสาร - รายงานการประชุมของหน่วยงาน และรายงานการประชุมทีม SRRT - ระเบียบและประกาศของหน่วยงานที่สนับสนุนการสร้างขวัญกำลังใจ

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<p>3.4 ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 4) ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีผู้ประสานงานทีมตลอดเวลา เพื่อรับส่งข่าวสารหรือปฏิบัติงานกรณีเร่งด่วน ○ มีหมายเลขโทรศัพท์หรือการสื่อสารอื่นที่สามารถติดต่อสมาชิกทีมทั้งหมดได้ตลอดเวลา ○ มียานพาหนะที่สามารถนำออกปฏิบัติงานได้ทันที ○ มีแบบพิมพ์, วัสดุอุปกรณ์, เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ที่พร้อมใช้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ○ มีคู่มือ แนวทางปฏิบัติงาน เพื่อการสอบสวนและควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด ○ มีการจัดงบประมาณที่เพียงพอ เพื่อใช้ในการสอบสวน ควบคุมโรค ส่งวัสดุตัวอย่าง การสื่อสาร ค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และการซ่อมแผน 	<p>B</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p>			<p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - รายการสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานของทีม SRRT ที่หน่วยงานจัดทำขึ้น - แบบพิมพ์ วัสดุอุปกรณ์ เอกสารคู่มือ/แนวทางฯ - ระเบียบ/หลักเกณฑ์ในการขอใช้ยานพาหนะของหน่วยงาน - แผนงานโครงการควบคุมการระบาดและแก้ไขภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข - แผนการสื่อสาร หรือทำเนียบรายชื่อสมาชิกทีม SRRT และบุคคลหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน - ตารางเวร หรือคำสั่งให้ทีม/สมาชิกทีม SRRT ปฏิบัติงาน
<p>3.5 มี SOP หรือแนวทางการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการสอบสวนและควบคุมโรค ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มี SOP หรือแนวทางการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สอบสวนและควบคุมโรค ○ มี SOP หรือแนวทางการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ○ มีแนวทางการสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันตนเองไว้ในที่ที่เห็นได้ง่ายเมื่อต้องการใช้ของทีม SRRT เช่น ในกล่องอุปกรณ์สอบสวนโรค 	<p>IS</p> <p>IS</p> <p>IIS</p>			<p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ขอดูในจุดที่เก็บวัสดุอุปกรณ์สอบสวนและควบคุมโรค ว่ามีการจัดทำเอกสารหรือป้ายแสดงจุดที่เก็บวัสดุอุปกรณ์ฯ เหล่านั้นหรือไม่ รวมทั้งมีรายการของวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานที่ต้องใส่ในกล่องอุปกรณ์สอบสวนโรคหรือไม่ - ขอดูในจุดที่เก็บ PPE สำหรับทีม SRRT ว่ามีการจัดทำเอกสารหรือป้ายแสดงจุดที่เก็บ PPE เหล่านั้นหรือไม่ - ถามผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในหน่วยงานที่ทำการประเมินว่ามีแนวทางแสดงขั้นตอนการสวมและถอด PPE ไว้ในจุดที่ทีม SRRT สามารถดูได้ง่ายเมื่อต้องการใช้หรือไม่ ที่ใด และขอดูหลักฐานซึ่งผู้ประเมินต้องตัดสินใจเองว่าจุดดังกล่าวเหมาะสมและง่ายสำหรับทีมที่ออกพื้นที่จะนำมาใช้งานหรือไม่

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<p>3.6 ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 5) ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีแผนการฝึกซ้อมประจำปีเพื่อพัฒนาทักษะของทีม SRRT เช่น การใส่ PPE ○ มีการฝึกซ้อมตามแผนฝึกซ้อมประจำปี ○ ได้ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น ○ มีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วน/ภาวะฉุกเฉินฯ ○ มีการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการเร่งด่วนฯ หรือนำแผนไปใช้จริงกับเหตุการณ์อื่นที่ใกล้เคียง 	B			<p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วน/ภาวะฉุกเฉินฯ ของทีม SRRT - แผนฝึกซ้อมประจำปี ของทีม SRRT - รายงานการซ้อมแผนฯ
<p>3.7 การประเมินผลการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ใช้ข้อมูลในรอบ 12 เดือนก่อนการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีการทบทวนผลการปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน หรือการถอดบทเรียนระหว่างหรือภายหลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติการ หรือมีการถอดบทเรียนจากการซ้อมแผนฯ ○ มีการนำผลการถอดบทเรียนไปปรับปรุงแผนการดำเนินงาน 	IS			<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อดูว่าในกรณีที่มีเหตุการณ์เข้าข่ายภาวะฉุกเฉินในพื้นที่หรือระดับประเทศ หากมีการดำเนินงานเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินดังกล่าวได้มีการทบทวนผลการปฏิบัติงานหรือในกรณีที่ไม่มีเหตุการณ์ที่เข้าข่ายภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้มีการซ้อมแผนและถอดบทเรียนจากการซ้อมแผนหรือไม่ - เพื่อมีการนำผลการทบทวนผลการปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินหรือการถอดบทเรียนดังกล่าวไปปรับปรุงแผนการดำเนินงานหรือไม่ <p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เอกสารการขอจัดประชุมหรือการสรุปผลการทบทวนผลการปฏิบัติงานหรือการถอดบทเรียน - เอกสารการนำผลการทบทวนผลการปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินหรือการถอดบทเรียนดังกล่าวไปปรับปรุงแผนการดำเนินงาน
<p>3.8 การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 8) ใช้ข้อมูลในช่วงเวลาไม่เกิน 3 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีการกำหนดเกณฑ์ของทีมในการออกสอบสวนโรค ควบคุมการระบาดหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ○ มีการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน 	B			<p><u>หลักฐาน:</u> (แต่ละกิจกรรม ให้เลือกผลงานมาแสดงเป็นผลงานต่างชิ้นได้ และใช้รายงานสอบสวนโรคเป็นหลัก)</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกณฑ์การออกสอบสวนควบคุมโรค/ภัยสุขภาพ ของทีม - สำเนารายงานสอบสวนโรค - สำเนาการให้ข้อเสนอแนะรายงานสอบสวนโรค

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการเก็บและนำส่ง วัตถุตัวอย่างได้ถูกต้องและเหมาะสม ○ มีการกำหนดนิยาม ผู้ป่วยได้ถูกต้องและกำหนดกลุ่มผู้สัมผัสที่เกี่ยวข้องได้ครอบคลุม ○ มีการเลือกใช้วิธีการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ ○ มีการใช้สถิติ รวมถึงการนำเสนอข้อมูลและการแปลผลที่ถูกต้อง 	B			
<p>3.9 ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 14) ใช้ข้อมูลในรอบ 12 เดือนก่อนการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 1 เรื่อง ○ มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 2 เรื่อง ○ มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพมากกว่า 2 เรื่อง 	B			<p><u>หลักฐาน:</u> (ใช้เฉพาะผลงานการสอบสวนการระบาด)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำเนารายงานสอบสวนการระบาด
<p>3.10 ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค (สอบสวนโรครภายใน 48 ชั่วโมง) (มาตรฐาน SRRT ข้อ 15) ใช้ข้อมูลในรอบ 12 เดือนก่อนการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีรายงานการสอบสวนโรคจากการสอบสวนทันเวลา ร้อยละ 50-59 ○ มีรายงานการสอบสวนโรคจากการสอบสวนทันเวลา ร้อยละ 60-79 ○ มีรายงานการสอบสวนโรคจากการสอบสวนทันเวลา ร้อยละ 80 ขึ้นไป 	B			<p><u>หลักฐาน:</u> (ใช้ผลงานการสอบสวนโรคทั้งหมด)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำเนารายงานสอบสวนโรค - ทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือแฟ้มจัดเก็บข่าวสารแบบอื่นที่ใช้ร่วมกัน
<p>3.11 การควบคุมโรคขั้นต้น (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 9) ใช้ข้อมูลในช่วงเวลาไม่เกิน 3 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและ/หรืออันตรายขณะสอบสวนโรค และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชนได้ ○ บอกได้ถึงสิ่งที่เกินขีดความสามารถและขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานเฉพาะด้านหรือทีมที่เชี่ยวชาญกว่า ○ จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น หรือสำรวจความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขณะควบคุมโรคได้ ○ ควบคุมการระบาดจากแหล่งโรคร่วมได้ ○ ดำเนินการป้องกันกลุ่มเสี่ยงสูงขณะที่มีการระบาดได้อย่างเหมาะสม ○ สื่อสารให้ชุมชนเข้าใจสถานการณ์ และร่วมมือควบคุมการระบาดได้ 	B			<p><u>หลักฐาน:</u> (แต่ละกิจกรรม ให้เลือกผลงานมาแสดงเป็นผลงานต่างชิ้นได้)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำเนารายงานสอบสวนโรคที่มีรายละเอียดของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค - วัสดุอุปกรณ์ เอกสาร แผ่นพับ คู่มือป้องกันควบคุมโรคที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงาน - ภาพถ่ายขณะปฏิบัติงาน เช่น สวมชุด PPE การปฏิบัติการควบคุมโรค การสื่อสารกับชุมชน ฯลฯ - เล่า/อธิบายวิธีการควบคุมโรคขั้นต้นได้

4. มีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ

รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผ่าน	ไม่ผ่าน	เอกสาร / หลักฐานที่เกี่ยวข้อง
<p>4.1 ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 13) ใช้ข้อมูลย้อนหลัง 12 เดือน</p> <p>มีการสอบสวนโรคครบถ้วน</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 50-59 ○ มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 60-69 ○ มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 80 ขึ้นไป 	<p>B</p> <p>S</p> <p>SS</p>			<p><u>หลักฐาน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - สำเนารายงานสอบสวนโรค - ทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือแฟ้มจัดเก็บข่าวสารแบบอื่นที่เข้าร่วมกัน
<p>4.2 ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค (จากมาตรฐาน SRRT ข้อ 16) ใช้ข้อมูลย้อนหลัง 12 เดือน</p> <p>มีการเขียนรายงานสอบสวนการระบาดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 1 เรื่อง ○ มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 2 เรื่อง ○ มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ มากกว่า 2 เรื่อง 	<p>B</p> <p>S</p> <p>SS</p>			<p><u>หลักฐาน:</u></p> <p>สำเนารายงานสอบสวนการระบาด ทั้งรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้น (Preliminary report) และรายงานฉบับสรุปผลการสอบสวน (Final report)</p>

**แบบเก็บข้อมูลการประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน
ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ
สำหรับด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ**

ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
ตำบล อำเภอ จังหวัด

1. ข้อมูลทั่วไปของหน่วยงาน

ดำเนินการมาแล้วปี สังกัด [] กรมควบคุมโรค [] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2. ข้อมูลเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ทำการประเมิน

จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด คน แบ่งออกเป็น

ข้าราชการ คน พนักงานราชการ คน ลูกจ้าง คน

อื่น ๆ (ระบุ) คน

รายละเอียดเฉพาะเจ้าหน้าที่ระดับปริญญาในหน่วยงานที่ทำการประเมิน

ชื่อ	ตำแหน่ง	ประเภท				จำนวนปีที่ทำงาน ระดับปริญญา
		ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้าง	อื่น ๆ	

3. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวัง (ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบระบบ และขอข้อมูลหลักฐาน/ เอกสาร)

3.1 บรรยายระบบเฝ้าระวังของหน่วยงาน (ขอคู่มือการดำเนินงาน หรือรายชื่อโรคที่ต้องเก็บข้อมูลเฝ้าระวัง)

.....

3.2 ความถี่และรูปแบบของการส่งข้อมูลเฝ้าระวัง (จำนวนผู้ป่วยที่เก็บข้อมูลในแต่ละเดือน) ให้กับศูนย์
ระดับวิทยาประจำจังหวัด/อำเภอ (ขอคู่มือหลักฐานการรับ/ ส่งข้อมูล)

.....

3.3 ความถี่ของการได้รับข้อมูลเฝ้าระวังจากศูนย์ระบาดวิทยาประจำจังหวัด/อำเภอ (ขอคู่มือฐานการรับ/ส่งข้อมูล) หรือหากอยู่ในรูปของการเข้าร่วมประชุมต่างๆบอกชื่อการประชุม องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมประชุม และเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลเฝ้าระวังที่นำเสนอในที่ประชุม

.....

.....

.....

3.4 ในหน่วยงานนี้มีระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์หรือไม่ มี ไม่มี
 ถ้ามี ระบุว่าทำอย่างไร

.....

.....

.....

3.5 บุคลากรในหน่วยงานได้เข้าร่วมการอบรมที่จัดโดยพื้นที่ในด้านระบาดวิทยา หรือความรู้เกี่ยวกับโรคที่กำลังเป็นปัญหาของพื้นที่/ประเทศหรือไม่ มี ไม่มี

ชื่อหลักสูตร	หน่วยงานที่จัดอบรม	ปีที่อบรมครั้งล่าสุด
--------------	--------------------	----------------------

1.

2.

3.

3.6 มีการเข้าร่วมฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขประจำปีกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่
 มี ไม่มี

หัวข้อที่ฝึกซ้อมฯ	หน่วยงานหลักที่จัด	ปีล่าสุดที่ร่วมฝึกซ้อมฯ
1.		
2.		
3.		

3.7 ปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่อยากได้รับการสนับสนุน

ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

.....

.....

สิ่งที่อยากได้รับการสนับสนุน

.....

.....

.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล.....หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

การประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในพื้นที่ชายแดน ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ
ข้อที่ 1.5 การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในประเทศ
ข้อคำถามเรื่อง การสร้างเครือข่าย “ เฝ้าระวังเหตุการณ์” อย่างเป็นระบบ
กับบุคลากรทางการแพทย์ในจุดที่สำคัญในโรงพยาบาล

ชุดคำถามสำหรับแพทย์

โรงพยาบาล อำเภอ จังหวัด

สังกัด [] กระทรวงสาธารณสุข [] เอกชน [] อื่น ๆ

ขนาด เตียง ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยคน/วัน ผู้ป่วยในเฉลี่ย คน/วัน

ชื่อผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่ง

เบอร์โทรศัพท์ E-mail.....

1. สิ่งที่คุณหมอบำทำในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังคืออะไร ต้องช่วยแจ้งผู้ป่วยเมื่อพบเหตุการณ์ผิดปกติหรือไม่ ถ้าต้องแจ้ง ช่วยยกตัวอย่างว่าเป็นกรณีไหน

.....

.....

.....

.....

.....

2. เคยมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลมาประสานให้คุณหมอบ (หรืออาจไม่ได้ประสานคุณหมอบโดยตรงแต่ประสานหัวหน้าแผนกหรือองค์กรแพทย์) ช่วยโทรแจ้งงานระบาดวิทยาในกรณีเหล่านี้หรือไม่

- 1) มีผู้ป่วยด้วยอาการคล้ายๆ กัน จำนวนหลายคน มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเวลาใกล้เคียงกัน
- 2) มีผู้ป่วยที่มีอาการที่เข้าได้กับนิยามปัจจัยเสี่ยงของโรคใหม่ๆที่คาดว่าจะมีความสำคัญทางสาธารณสุข
- 3) มีการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
 - ไม่เคย
 - เคย (โปรดระบุรายละเอียด)

.....

.....

.....

.....

3. ท่านเคย พบหรือทราบว่า มีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือไม่

- 1) มีผู้ป่วยด้วยอาการคล้ายๆ กัน จำนวนหลายคน มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเวลาใกล้เคียงกัน
 - ไม่เคย
 - เคย (โปรดระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ และการปฏิบัติของแพทย์ในการแจ้งข่าวการระบาด)

.....

.....

.....

- 2) มีผู้ป่วยที่มีอาการที่เข้าได้กับนิยามปัจจัยเสี่ยงของโรคใหม่ๆ ที่คาดว่าจะมีความสำคัญทางสาธารณสุข
 - ไม่เคย
 - เคย (โปรดระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ และการปฏิบัติของแพทย์ในการแจ้งข่าวการระบาด)

.....

.....

.....

- 3) มีการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
 - ไม่เคย
 - เคย (โปรดระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ และการปฏิบัติของแพทย์ในการแจ้งข่าวการระบาด)

.....

.....

.....

- 4) เหตุการณ์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียด).....

.....

.....

.....

ท่านทราบเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่หรือไม่ (ยกตัวอย่างชื่อโรคอุบัติใหม่ที่สำคัญ) และมี
คู่มือหรือแนวทางในการเฝ้าระวังโรคเหล่านั้นหรือไม่ (ดูหลักฐาน/เอกสาร)

.....

.....

.....

ถ้าทราบแต่ไม่มีคู่มือหรือหากคู่มือไม่พบ อธิบายเพิ่มเติม

.....

.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล.....หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

การประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในพื้นที่ชายแดน ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ
ข้อที่ 1.5 การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในประเทศ
ข้อคำถามเรื่อง การสร้างเครือข่าย “ เฝ้าระวังเหตุการณ์” อย่างเป็นระบบ
กับบุคลากรทางการแพทย์ในจุดที่สำคัญในโรงพยาบาล

ชุดคำถามของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

โรงพยาบาล อำเภอ จังหวัด

จำนวนเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทั้งหมด คน ผู้รับบริการเฉลี่ยคน/วัน

ชื่อผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่ง

เบอร์โทรศัพท์ E-mail.....

1. เคยมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลมาประสานให้ท่านช่วยโทรแจ้งงานระบาดวิทยาให้ตรวจสอบข่าวการระบาด/สอบสวนโรค ในกรณีนี้ **พบหรือทราบว่า**
 - 1) มีเหตุผิดปกติและสงสัยว่าอาจจะมีการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในชุมชน/ในโรงพยาบาล เช่น
 - 1.1) ตรวจพบเชื้อก่อโรค/สารพิษ/สารอื่นๆที่อาจเป็นภัยต่อสุขภาพในตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ**ถี่กว่าปกติ**
 - 1.2) ตรวจพบเชื้อก่อโรค/สารพิษ/สารอื่นๆที่อาจเป็นภัยต่อสุขภาพในตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ **ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคใหม่ๆที่ไม่เคยเจอมาก่อนหน้านี้**
 - 1.3) ตรวจพบเชื้อก่อโรค/สารพิษ/สารอื่นๆที่อาจเป็นภัยต่อสุขภาพในตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ **ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคใหม่ๆที่คาดว่าจะมีความสำคัญทางสาธารณสุข**
 - 2) มีผู้ป่วยด้วยอาการคล้ายๆ กัน จำนวนหลายคน มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเวลาใกล้เคียงกัน
 - 3) มีผู้ป่วยที่มีอาการที่เข้าได้กับนิยาม**ปัจจัยเสี่ยง**ของโรคใหม่ๆที่คาดว่าจะมีความสำคัญทางสาธารณสุข
 - ไม่เคย
 - เคย (โปรดระบุรายละเอียด)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านเคย พบหรือทราบว่า มีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือไม่

- 1) มีเหตุผิดปกติและสงสัยว่าอาจจะมีการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในชุมชน/ในโรงพยาบาล เช่น
 - 1.1) ตรวจพบเชื้อก่อโรค/สารพิษ/สารอื่นๆที่อาจเป็นภัยต่อสุขภาพในตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ**ถือว่าปกติ**
 - 1.2) ตรวจพบเชื้อก่อโรค/สารพิษ/สารอื่นๆที่อาจเป็นภัยต่อสุขภาพในตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ **ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคใหม่ๆที่ไม่เคยเจอมาก่อนหน้านี้**
 - 1.3) ตรวจพบเชื้อก่อโรค/สารพิษ/สารอื่นๆที่อาจเป็นภัยต่อสุขภาพในตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ **ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคใหม่ๆที่คาดว่าจะมีความสำคัญทางสาธารณสุข**

- ไม่เคย
- เคย (โปรดระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการในการแจ้งข่าวการระบาด)

.....

.....

.....

- 2) มีผู้ป่วยด้วยอาการคล้ายๆกัน จำนวนหลายๆคน มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเวลาใกล้เคียงกัน
 - ไม่เคย
 - เคย (โปรดระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการในการแจ้งข่าวการระบาด)

.....

.....

.....

- 3) มีผู้ป่วยที่มีอาการที่เข้าได้กับนิยาม**ปัจจัยเสี่ยง**ของโรคใหม่ๆ ที่คาดว่าจะมีความสำคัญทางสาธารณสุข
 - ไม่เคย
 - เคย (โปรดระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการในการแจ้งข่าวการระบาด)

.....

.....

.....

เหตุการณ์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียด)

.....

.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล.....หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

การประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในพื้นที่ชายแดน ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ
ข้อที่ 1.5 การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในประเทศ
ข้อคำถามเรื่อง การสร้างเครือข่าย “ เฝ้าระวังเหตุการณ์” อย่างเป็นระบบ
กับบุคลากรทางการแพทย์ในจุดที่สำคัญในโรงพยาบาล

ชุดคำถามของพยาบาล

โรงพยาบาล อำเภอ จังหวัด

กลุ่มงาน/แผนก ตึก

จำนวนเจ้าหน้าที่ในแผนกทั้งหมด คน ผู้รับบริการเฉลี่ยคน/วัน

ชื่อผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่ง

เบอร์โทรศัพท์ E-mail.....

1. บทบาทของท่านในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังคืออะไร

.....

1) เมื่อพบผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ผิดปกติต้องแจ้งใครบ้าง (ยกตัวอย่างว่าเป็นกรณีไหนบ้าง)

.....

.....

2) มีคู่มือ/เอกสาร/รายชื่อโรคที่ต้องเฝ้าระวัง และหลักฐานการแจ้งข่าว/เหตุการณ์ หรือไม่

.....

.....

2. เคยมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลมาประสานให้ท่านช่วยโทรแจ้งงานระบาด

วิทยาให้ตรวจสอบข่าวการระบาด/มาสอบสวนโรค ในกรณีที่ **พบหรือทราบว่า**

1) มีผู้ป่วยด้วยอาการคล้ายๆ กัน จำนวนหลายคน มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเวลาใกล้เคียงกัน

2) มีผู้ป่วยที่มีอาการที่เข้าได้กับนิยาม/ปัจจัยเสี่ยงของโรคใหม่ๆที่คาดว่าจะมีความสำคัญทางสาธารณสุข

3) ทราบว่ามีกการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ไม่เคย

เคย (โปรดระบุรายละเอียด)

.....

.....

.....

3. ท่านเคย พบหรือทราบว่า มีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือไม่

- 1) มีผู้ป่วยด้วยอาการคล้ายๆ กัน จำนวนหลายคน มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเวลาใกล้เคียงกัน
- ไม่เคย
 - เคย (โปรดระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ และการปฏิบัติของพยาบาลในการแจ้งข่าวการระบาด)

.....

.....

.....

- 2) มีผู้ป่วยที่มีอาการที่เข้าได้กับนิยาม/ปัจจัยเสี่ยงของโรคใหม่ๆ ที่คาดว่าจะมีความสำคัญทางสาธารณสุข
- ไม่เคย
 - เคย (โปรดระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ และการปฏิบัติของพยาบาลในการแจ้งข่าวการระบาด)

.....

.....

.....

- 3) มีการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/ชุมชน
- ไม่เคย
 - เคย (โปรดระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ และการปฏิบัติของพยาบาลในการแจ้งข่าวการระบาด)

.....

.....

.....

- 4) เหตุการณ์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียด).....

.....

.....

.....

- 5) ท่านทราบเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่หรือไม่ (ยกตัวอย่างชื่อโรคอุบัติใหม่ที่สำคัญ) และมี
คู่มือหรือแนวทางในการเฝ้าระวังโรคเหล่านั้นหรือไม่ (ดูหลักฐาน/เอกสาร)

.....

.....

.....

ถ้าทราบแต่ไม่มีคู่มือหรือหากคู่มือไม่พบ ให้อธิบายเพิ่มเติม

.....

.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล.....หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

แบบสรุป

ผลการประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในพื้นที่ชายแดน ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/รพศ. รพท.รพช./..... จังหวัด

พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ จังหวัด

ผลการประเมินครั้งก่อน [] มี [] ไม่มี จำนวนตัวชี้วัด ตัว ระดับดีขึ้นไป ตัว ร้อยละ

ผลการประเมินครั้งนี้มีจำนวนตัวชี้วัด ตัว [] ผ่าน ตัว ร้อยละ ระดับดีขึ้นไป ตัว ร้อยละ

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดย่อย		ผลการประเมิน		ข้อคิดเห็น ต่อการ ประเมิน
	จำนวน	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน		
			พื้นฐาน	ดี	
1. มีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่					
1.1 วิเคราะห์สถานการณ์โรคและการตรวจจัดการระบาด	1B/1IB/2IS				
1.2 ส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์	1IB				
1.3 การเฝ้าระวังเหตุการณ์และเตือนภัย (SRRT ข้อ 6)	3B/1S				
1.4 การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในประเทศ	6IIS/3IISS				
1.5 การสร้างเครือข่ายเพื่อให้รู้สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ในประเทศเพื่อนบ้าน	2IIS/2IISS				
1.6 มีข้อมูลสิ่งที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ของพื้นที่ (SRRT ตำบลข้อ 6)	2IS				
2. มีการรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้องทันที					
2.1 มีการแจ้งเตือนข้ามกีดโรคภัยได้ภายใน 24 ชม. หรือประเมิน สถานการณ์และรายงานเหตุการณ์ได้ภายใน 48 ชม. (SRRT ข้อ 12)	1B/1S1/1SS (เลือก 1 ข้อ)				
2.2 จัดทำ SOP การรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ	1IB				
3. สามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที					
3.1 การจัดตั้งทีม SRRT (SRRT ข้อ 1)	3B/2S				
3.2 ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ (SRRT ข้อ 2)	2B/2S/1IB/1IS				
3.3 ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน (SRRT ข้อ 3)	3B/2S				
3.4 ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน (SRRT ข้อ 4)	3B/3S				
3.5 มี SOP เข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ในการสอบสวนควบคุมโรค	2IS/1IIS				
3.6 ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม (SRRT ข้อ 5)	3B/2S				
3.7 การประเมินผลการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	2IS				
3.8 การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ (SRRT ข้อ 8)	3B/3S				
3.9 ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค (SRRT ข้อ 14)	1B/1S/1SS (เลือก 1 ข้อ)				

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดย่อย		ผลการประเมิน			ข้อคิดเห็นต่อการประเมิน
	จำนวน	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน		
			พื้นฐาน	ดี		
3.10 ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค (SRRT ข้อ 15)	1B/1S/1SS (เลือก 1 ข้อ)					
3.11 การควบคุมโรคขั้นต้น (SRRT ข้อ 9)	3B/3S					
4. มีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ						
4.1 ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค (SRRT ข้อ 13)	1B/1S/1SS (เลือก 1 ข้อ)					
4.2 ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค (SRRT ข้อ 16)	1B/1S/1SS (เลือก 1 ข้อ)					
รวมตัวชี้วัดทั้งหมด 84 ตัวชี้วัด (29 B+23 S+5SS + 3IB+ 9IS+1IIB+9IIS+5IISS ไม่มี ISS เป็น SRRT เดิม 57 ตัวชี้วัด IHR 12 ตัวชี้วัด และเพิ่มเติม 15 ตัวชี้วัด)						
หมายเหตุ : 1. ตัวชี้วัด SRRT คือ B, S, SS (ตัวชี้วัดของ IHR บางตัวที่นำมาใช้ใน SRRT)						
2. ตัวชี้วัด IHR คือ IB, IS, ISS (ตัวชี้วัด IHR ที่ไม่มีใน SRRT)						
3. ตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมจาก IHR คือ IIB, IIS, IISS (เป็นงานที่ทำตามปกติแต่ไม่มีในตัวชี้วัด SRRT และ IHR)						

สรุปผลการประเมิน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปัญหา - อุปสรรค

.....
.....
.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....
.....
.....

รายชื่อทีมผู้รับประเมิน

หน่วยงาน

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

รายชื่อทีมประเมิน

หน่วยงาน

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน