

ผลประเมินมาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีของทีม
เฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567

An Evaluation of Standard and Risk Factors Associated with Non-Special Performance of
District-Surveillance and Rapid Response Teams in Health Region 10th, 2023–2024

(Received: April 18,2025 ; Revised: May 11,2025 ; Accepted: May 13,2025)

ชัยนันต์ บุตรกาล¹
Chainan Bootkan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ(D-SRRT) ตั้งแต่ปี 2566-2567 โดยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในประชากรทีม D-SRRT ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ทั้งหมด 70 ทีม กลุ่มตัวอย่างคือทีม D-SRRT ได้คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 61 ทีม สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Crude Odds Ratio (OR_{crude}) Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (P-value≤0.05)

ผลการศึกษา มี D-SRRT บางทีมพบมีผลงานการสอบสวนโรคไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี และพบปัจจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี และพบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สมาชิกทีม (OR_{adj}=5.79; 95%CI=1.07-31.27) และทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (OR_{adj}=7.54; 95%CI=1.65-34.47) มีความสัมพันธ์กับการไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญ (P-value≤0.05) โดยสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี 7.54 และ 5.79 เท่า ตามลำดับ ดังนั้นความสำคัญ ควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงาน(SOP) คู่มือ และรูปแบบที่เหมาะสมต่อการยกระดับการดำเนินงานของทีม D-SRRT ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดี

คำสำคัญ: ผลประเมินมาตรฐาน, ปัจจัยเสี่ยง, ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

Abstract

This study aimed to examine the evaluation results of the indicators based on standard criteria and examine risk factors associated with non-Special performance among District-Surveillance and Rapid Response Teams (D-SRRT) during 2023–2024. The study employed a survey research by cross-sectional analytical. The study population consisted of all 70 D-SRRTs in Health Region 10th, The sample consisted of 61 D-SRRT teams selected based on the specified criteria. Data analysis included both descriptive and inferential statistics. Inferential analysis utilized Crude Odds Ratio (OR_{crude}) and Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) with 95% confidence intervals (95% CI), and statistical significance was set at P-value ≤ 0.05.

Results Some D-SRRTs did non-special performance standard for disease investigation and Controls. The transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) to the Provincial Administrative Organization showed no significant association with non-Special performance. However, two significant risk factors were identified: Members of Team (OR_{adj} = 5.79; 95% CI = 1.07–31.27) and previous certification at the basic-level standard (OR_{adj} = 7.54; 95% CI = 1.65–34.47). Both factors were significantly associated with not achieving the good-level standard (P-value ≤ 0.05), predicting a 5.79-fold and 7.54-fold increased risk, respectively. Conclusion It is recommended to develop Standard Operating Procedures (SOPs), guidelines, and appropriate models to improve the performance of D-SRRTs in achieving Special-level standard certification.

Keywords: Performance evaluation, Risk factors, District Surveillance and Rapid Response Teams (D-SRRT)

¹ สม. (การจัดการระบบสุขภาพ) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ทวีโลกได้ประสบปัญหาการระบาดใหญ่ของโรคติดต่ออุบัติใหม่ไปทั่วโลกมาจนถึงปัจจุบัน เช่น ในปี 2552 เกิดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H1N1 pandemic2009 พบการระบาดมากกว่า 213 ประเทศ และมีผู้ป่วยรวมผู้เสียชีวิตที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 17,483 ราย¹ อีก 10 ปีต่อมาในปี 2562 เกิดการระบาดใหญ่อีกครั้งโดยโรคโควิด-19 พบการระบาด 240 ประเทศ และมีผู้ป่วยสะสมมากถึง 777,684,506 ราย เพิ่มขึ้น 9,200 ต่อสัปดาห์ เสียชีวิตสะสมถึง 7,092,720 ราย เพิ่มขึ้น 380 รายต่อสัปดาห์² ในส่วนภูมิภาคประเทศในกลุ่มอาเซียน มีโรคประจำถิ่นในเขตร้อนที่สำคัญคือโรคติดต่อมาโดยยุงลายเป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ความชุกการติดเชื้อไวรัสเดงกีในยุงลายบ้านร้อยละ 4.59 และยุงลายสวนร้อยละ 4.78 ความชุกการติดเชื้อไวรัสซิกาในยุงลายบ้าน ร้อยละ 1.81 และในยุงลายสวนร้อยละ 1.84 อีกทั้ง ความชุกการติดเชื้อไวรัสซิกนกุนยาในยุงลายบ้าน ร้อยละ 0.75 ในยุงลายสวน ร้อยละ 0.48³ นอกจากนี้ในปีพ.ศ.2565 วัณโรคดื้อยาไรแฟมพิซิน (RR) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ยังคงเป็นอีกปัญหาที่สำคัญในภูมิภาคอาเซียนแห่งนี้ พบรายงานผู้ป่วยยืนยันทางห้องปฏิบัติการแล้ว 82,000 ราย⁴

สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบโรคติดต่อที่เกิดการระบาดและเป็นปัญหาสุขภาพ 1 ใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรคโควิด-19 ในปี 2563 เคยเป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งรัฐบาลได้กำหนดมาตรการ Lockdown เพื่อควบคุมการระบาด ต่อมาในเดือน ตุลาคม 2565 รัฐบาลผ่อนคลายมาตรการกำหนดให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังล่าสุดในปี 2567 พบอัตราป่วยสูงสุดเป็นลำดับ 1 ที่ 1,180.47 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2564 พบที่ 32.56 ต่อแสนประชากร โรคไข้หวัดใหญ่ ในปี 2567 มีอัตราป่วยสูงเป็นลำดับ 2 ที่ 1,020.10 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 190.64 ต่อแสนประชากร โรคปอดบวมจากเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย ปี

2567 มีอัตราป่วยเป็นลำดับ 3 ที่ 639.37 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 299.08 ต่อแสนประชากร อาหารเป็นพิษ มีอัตราป่วยเป็นลำดับ 4 ที่ 200.66 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 136.79 ต่อแสนประชากร และโรคไข้เลือดออก อัตราป่วยเป็นลำดับ 5 ที่ 162.72 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 111.15 ต่อแสนประชากร ในส่วนปัญหาเสียชีวิตจากโรคติดต่อ 2 ลำดับแรก ได้แก่ โรคปอดบวม ในปี 2567 อัตราป่วยตายสูงสุดเป็นลำดับ 1 ที่ ร้อยละ 0.19 สูงกว่าปี 2563 ที่ร้อยละ 0.08 โรคไข้เลือดออก ในปี 2567 อัตราป่วยตายเป็นลำดับ 2 ที่ ร้อยละ 0.08 สูงกว่าปี 2563 ที่ร้อยละ 0.07 เมื่อพิจารณาในระดับเขตสุขภาพที่ 10 พบโรคติดต่อที่เกิดการระบาดสอดคล้องและส่วนมากเป็นปัญหาต่ำกว่าภาพรวมประเทศ ซึ่งพบอัตราป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำดับ 1 โรคไข้หวัดใหญ่ ในปี 2567 มีอัตราป่วยที่ 1,180.47 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 187.35 ต่อแสนประชากร ลำดับ 2 โรคปอดบวมจากเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย ในปี 2567 มีอัตราป่วยที่ 845.65 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 583.21 ต่อแสนประชากร ลำดับ 3 โรคโควิด-19 ปี 2567 มีอัตราป่วยที่ 504.01 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2564 พบที่ 32.14 ต่อแสนประชากร ลำดับ 4 อาหารเป็นพิษ มีอัตราป่วยที่ 382.48 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 298.93 ต่อแสนประชากร และลำดับ 5 โรคไข้เลือดออก อัตราป่วยที่ 134.94 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 97.01 ต่อแสนประชากร ในส่วนปัญหาเสียชีวิตจากโรคติดต่อ 2 ลำดับแรก ได้แก่ ลำดับ 1 โรคไข้เลือดออก ปี 2567 อัตราป่วยตายสูงสุด ที่ ร้อยละ 0.07 สูงกว่าปี 2563 ที่ร้อยละ 0.02 ลำดับ 2 โรคปอดบวม ปี 2567 อัตราป่วยตาย ที่ร้อยละ 0.05 สูงกว่าปี 2563 ที่ร้อยละ 0.02⁵

จากปัญหาโรคติดต่อสำคัญดังกล่าวที่เกิดการเจ็บป่วยจำนวนมากและเสียชีวิตส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระดับ ที่มาดูแลรักษา และป้องกันควบคุมโรคในการปกป้องสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดี ซึ่งรัฐบาลเห็น

ความสำคัญจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านระบาดวิทยาให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ (D-SRRT) มีความพร้อมและมีสมรรถนะปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค⁶ โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการพัฒนามาตรฐาน D-SRRT ครอบคลุมทุกอำเภอในประเทศไทย จำนวน 946 ทีม ให้มีบทบาทภารกิจจัดการปัญหาโรคติดต่อและโรคระบาดในพื้นที่อำเภอ ดังนี้ การเฝ้าระวังโรคติดต่อด้วย Passive case base และ Event base การตรวจจับภาวะฉุกเฉินที่เข้าเกณฑ์เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การสอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันเวลา การควบคุมโรคขั้นต้น (Containment) ทันที และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคและร่วมมือกันเป็นเครือข่าย ทั้งภายในและด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นข้อตกลงที่ประเทศไทยต้องปฏิบัติตามข้อตกลงตามพันธะสัญญา กฎอนามัยระหว่างประเทศ ระดับอำเภอมีทีม D-SRRT ต้องมีสมรรถนะ Prevent Detect Respond ใน 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ความเป็นทีม 3 ตัวชี้วัด (จัดตั้งทีม ศักยภาพวิชาการ ศักยภาพการบริหารจัดการทีม) หมวดที่ 2 มีความพร้อม 2 ตัวชี้วัด (ความพร้อมทรัพยากรในการปฏิบัติงาน ทีมมีการฝึกซ้อมแผน) หมวด 3 มีความสามารถปฏิบัติงาน 2 ตัวชี้วัด (การเฝ้าระวังโรค การสอบสวนควบคุมโรค) หมวด 4 มีผลงาน 4 ตัวชี้วัด (ผลงานสอบสวนครบถ้วน ผลงานคุณภาพสอบสวนโรค ผลงานสอบสวนโรครวดเร็ว เขียนรายงานสอบสวนโรคคุณภาพ) การผ่านมาตรฐานมี 2 ระดับ (พื้นฐาน ดี)⁷

ในส่วนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี(สคร.10 อบ.) ได้สนับสนุนขับเคลื่อนมาตรฐาน D-SRRT ครอบคลุมอำเภอเป้าหมาย 70 ทีม ร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ตั้งแต่ปีพ.ศ.2559-2561 ได้รับรองมาตรฐานอำเภอ ผ่านมาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 45.90 และ ผ่านมาตรฐานระดับดี ร้อยละ 54.10 ระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 ด้วยสถานการณ์โควิด-19 ระบาดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทั่วประเทศ ส่งผลให้

ทุกอำเภอเป้าหมายหมดอายุรับรอง ต่อมาเมื่อเดือนตุลาคม 2565 โรคโควิด-19 ลดระดับเป็นโรคเฝ้าระวังลดระดับในภาวะปกติ จึงได้เริ่มดำเนินงานสนับสนุนขับเคลื่อนมาตรฐาน D-SRRT ที่ขาดการติดตามประเมินมาตรฐานที่มีระยะฐาน 4 ปี(2 – 5 ปี) จึงได้วางแผนและประเมินรับรองมาตรฐานในระหว่างปี 2566-2567 แต่ยังไม่มีการศึกษาผลการประเมินมาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียงระดับพื้นฐานที่เป็นข้อจำกัดในการยกระดับมาตรฐานสู่ระดับดี ที่มีความจำเพาะมากขึ้นในเขตสุขภาพที่ 10 ดังนั้นจึงสนใจว่าผลการประเมินมาตรฐานในบริบทที่เปลี่ยนไปหลังการระบาดโรค โควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานผ่านมาตรฐานเพียงระดับพื้นฐานของทีม D-SRRT เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1.เพื่อศึกษาผลการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ (D-SRRT) ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567

2.เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของทีม D-SRRT ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical Study)ตั้งแต่ปี 2566-2567 ระยะเวลาที่ศึกษา 2 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีม D-SRRT จำนวน 1 ทีมต่อหนึ่งอำเภอ ในพื้นที่ 5 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 ทั้งหมด 70 ทีม ซึ่งเป็นเป้าหมายของการสนับสนุนความเข้มแข็งและประเมินรับรองมาตรฐาน SRRT ของสคร.10 อบ.

กลุ่มตัวอย่าง ทีม D-SRRT 1 ทีมต่อหนึ่งอำเภอในพื้นที่ 5 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 61 ทีม ด้วยการคัดเลือกทีม D-SRRT ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)
กำหนดการคัดเข้ามาใช้ศึกษา ได้แก่ 1) หัวหน้าทีม D-SRRT เห็นชอบและกำหนดทิศทางพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐาน SRRT 2) ทีม D-SRRT ที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี กรมควบคุมโรค ในปี 2566-2567 ดังนี้ ผ่านมาตรฐานระดับพื้นฐาน คือ ทีม D-SRRT ผ่านเกณฑ์ 11 ตัวชี้วัดในระดับ Basic ทุกตัว ผ่านมาตรฐานระดับดี คือ ทีม D-SRRT ผ่านเกณฑ์ 11 ตัวชี้วัดในระดับ Basic ทุกตัว และ Special ทุกตัว

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)
กำหนดการคัดออกไม่นำมาใช้ศึกษา ได้แก่ 1) หัวหน้าทีม D-SRRT อยู่ระหว่างการพิจารณาวางแผนพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐาน SRRT 2) ทีม D-SRRT อยู่ระหว่างวางแผนเตรียมการ ไม่พร้อมรับการประเมินในระหว่างปี 2566-2567

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล กลุ่มระบาดวิทยา และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยแบบฟอร์มประเมิน ทีม D-SRRT ระดับอำเภอ จากมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563 ของกองระบาดวิทยา⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ทำหนังสือถึงผู้บริหารหน่วยงานขออนุญาตลงพื้นที่ประเมินมาตรฐานทีม D-SRRT ของกลุ่มตัวอย่าง ตามโครงการที่ได้รับผิดชอบ ในพื้นที่เป้าหมาย 5 จังหวัดเขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างปี 2566 - 2567

2) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผลประเมินมาตรฐานทีม D-SRRT และทำทะเบียนสำหรับเรียงข้อมูล

3) ดำเนินการจัดเก็บเรียบเรียงตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ เกณฑ์มาตรฐาน SRRT ผลการประเมินมาตรฐาน สมาชิกทีม พื้นที่ชายแดน เครือข่ายรพ.สต. รพ.สต.ถ่ายโอนสังกัดตอบจ. และทีมเคยประเมินผ่านมาตรฐาน

4) ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากรวบรวมเรียบเรียงข้อมูล นำเข้าข้อมูลและดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Binary logistic regression เข้าวิเคราะห์โดย Simple logistic regression นำเสนอผล Crude Odds ratio (OR_{Crude}) 95%CI of OR_{Crude} คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ เข้าวิเคราะห์โดย Multiple logistic regression นำเสนอผลค่า Adjusted OR (OR_{adj}) 95%CI of OR_{adj} และกำหนด $p\text{-value} = 0.05$ และทดสอบข้อตกเบื้องต้นของการใช้สถิติ Logistic regression ได้แก่ 1) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนใกล้เคียง 0 พบได้ค่าเฉลี่ย = 0.00 จึงไม่พบปัญหา Bias ในโมเดล 2) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน มีค่า Variance Proportions ≤ 0.80 ค่า Variance Inflation Factor (VIF) พบระหว่าง 1.07-1.21 และค่า tolerance พบระหว่าง 0.83-0.93 จึงไม่พบปัญหา multicollinearity ระหว่างตัวแปรต้น

จริยธรรมงานวิจัย โดยผู้วิจัยยึดหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักเคารพสิทธิส่วนบุคคล ไม่สามารถบังคับไปถึงตัวบุคคลผู้เกี่ยวข้องและผู้ให้ข้อมูลได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลเลขบัตรประชาชน ไม่มีที่อยู่ ไม่มีเบอร์โทรศัพท์ หลักคุณประโยชน์ไม่ให้เกิดอันตรายด้วยการเก็บข้อมูลให้ปลอดภัย รักษาความลับและปกป้องข้อมูลไม่ให้เกิดความเสียหายจากบุคคลหรือภัยทางไซเบอร์ และหลักยุติธรรมด้วยการวิเคราะห์ตามที่รวบรวมได้อย่างระมัดระวัง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของทีม D-SRRT ที่ได้รับการประเมินและผ่านมาตรฐาน SRRT ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวนสมาชิกทีมพบมัธยฐานที่ 17 คน (9-33) ส่วนมากสมาชิกทีมไม่เกิน 17 คน ร้อยละ 52.46 บางส่วนปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดน ร้อยละ 24.59 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ถ่ายโอน

สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) พบมัธยฐานที่ร้อยละ 42.86 (0 – 100) ส่วนมารภพ.สท.ถ่ายโอน มีสัดส่วนไม่เกินค่ามัธยฐาน ร้อยละ 50.82 จำนวนเครือข่าย รพ.สท.พบมัธยฐานที่ 10 แห่ง (2 – 30) ส่วนมากจำนวนเครือข่าย รพ.สท. มีจำนวนไม่เกินค่ามัธยฐาน ร้อยละ 59.02 ทีมเคยประเมินผ่านมาตรฐาน ส่วนมากผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดในระดับดี ร้อยละ 62.30 และทีมสามารถดำเนินงานได้มาตรฐาน ส่วนมากผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดได้ในระดับดี ร้อยละ 78.69 และข้อมูลผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ตัวชี้วัดหลักที่ 1 – 7 พบทุกตัวชี้วัดย่อยผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 สำหรับด้านผลงานการสอบสวนโรคพบว่าตัวชี้วัดหลักที่ 8 ข้อที่ 1 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ข้อที่ 2 ร้อยละ 80 ขึ้นไป มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน พบเพียงร้อยละ 83.61 ตัวชี้วัดหลักที่ 9 ข้อที่ 1 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ข้อที่ 2 สามารถสอบสวนโรคได้มีคุณภาพ 3 ฉบับขึ้นไป ร้อยละ 80.33 ตัวชี้วัดหลักที่ 10 ข้อที่ 1 และ ข้อที่ 3 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ส่วนข้อที่ 2 ร้อยละ 80 ขึ้นไปสามารถออกสอบสวนโรคทันเวลา พบเพียงร้อยละ 91.80 และข้อที่ 4 ร้อยละ

80 ขึ้นไปสามารถเขียนรายงานสอบสวนเบื้องต้นทันเวลา พบเพียงร้อยละ 90.16 และตัวชี้วัดที่ 11 ข้อที่ 1 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ข้อที่ 2 สามารถเขียนรายงานสอบสวนโรคมีคุณภาพ 3 ฉบับขึ้นไป ร้อยละ 80.33

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของทีม D-SRRT เข้าวิเคราะห์ปัจจัยทีละตัว โดยใช้สถิติ Simple Logistic Regression พบว่า พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ คือ ทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน มีความเสี่ยงได้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีถึง 8.97 เท่าเมื่อเทียบกับทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดี ($OR_{Crude} = 8.974; 95\%CI = 2.13-37.83$) สำหรับ ปัจจัยสมาชิกทีม และรพ.สท.ถ่ายโอนสังกัดอบจ. ไม่มีความสัมพันธ์กัน มีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.25$ ในส่วนปัจจัยพื้นที่ชายแดน และเครือข่าย รพ.สท. ไม่มีความสัมพันธ์กัน และมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} > 0.25$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ทีละปัจจัย

ปัจจัย	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (n=61)				OR _{Crude}	95% CI of OR _{Crude}	P-value
	พื้นฐาน		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สมาชิกทีม (จำนวน)							
≤17	10	31.25	22	68.75	3.939	0.96-16.13	0.057*
≥18	3	10.34	26	89.66	1		
พื้นที่ชายแดน (จำนวน)							
เป็นชายแดน	4	26.67	11	73.33	1.495	0.39-5.81	0.561
ไม่เป็นชายแดน	9	19.57	37	80.43	1		
รพ.สต.ถ่ายโอนสังกัด อบจ. (ร้อยละ)							
≤42.86	9	29.03	22	70.97	2.659	0.72-9.83	0.143*
≥42.87	4	13.33	26	86.67	1		
เครือข่ายรพ.สต. (จำนวน)							
≥11	6	24.00	19	76.00	1.308	0.38-4.50	0.670
≤10	7	19.44	29	80.56	1		
ทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ (จำนวน)							
ระดับพื้นฐาน	10	43.48	13	56.52	8.974	2.13-37.83	0.003**

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ทีละปัจจัย

ปัจจัย	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (n=61)				OR _{Crude}	95% CI of OR _{Crude}	P-value
	พื้นฐาน		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับดี	3	7.89	35	92.11	1		

หมายเหตุ *P-value<0.25 **P-value<0.05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของทีม D-SRRT เข้าวิเคราะห์ปัจจัยหลายตัวพร้อมกันซึ่งเลือกปัจจัยที่มีค่า P-value<0.25 โดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กันกับผลดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบ P-value<0.05 ได้แก่ ปัจจัยสมาชิกในทีมไม่เกิน 17 คน มีความเสี่ยงได้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีถึง 5.79 เท่าเมื่อเทียบกับสมาชิกในทีม 18 คนขึ้นไป

เมื่อทำการควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว (OR_{adj}=5.793;95%CI=1.07-31.27)

และทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีความเสี่ยงได้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีถึง 7.54 เท่าเมื่อเทียบกับทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดี (OR_{adj}=7.536;95%CI=1.65-34.47) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ในส่วนปัจจัย รพ.สต.ถ่ายโอนสังกัดอบจ. ไม่มีความสัมพันธ์กันกับผลดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี เมื่อทำการควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หลายปัจจัย

ปัจจัย	ผ่านมาตรฐาน (n=61)				OR _{Adj}	95% CI of OR _{adj}	P-value
	พื้นฐาน		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สมาชิกทีม (จำนวน)							
≤17	10	31.25	22	68.75	5.793	1.07-31.27	0.041**
≥18	3	10.34	26	89.66	1		
รพ.สต.ถ่ายโอนสังกัด อบจ. (ร้อยละ)							
≤42.86	9	29.03	22	70.97	3.444	0.69-17.12	0.131
≥42.87	4	13.33	26	86.67	1		
ทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ (จำนวน)							
ระดับพื้นฐาน	10	43.48	13	56.52	7.536	1.65-34.47	0.009**
ระดับดี	3	7.89	35	92.11	1		

หมายเหตุ **P-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานของทีม D-SRRT ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567 ในหมวดด้านผลงานของทีม มี 4 ตัวชี้วัดหลักตามมาตรฐานการสอบสวนโรคมีเกณฑ์ระดับดีที่ต่ำกว่าร้อยละ 7

ซึ่งมีทีม D-SRRT ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ได้ต่ำกว่าร้อยละ 100 ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 8 ข้อที่ 2 ร้อยละ 80 ขึ้นไปมีรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นครบถ้วน มีทีมผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 83.61 ตัวชี้วัดที่ 9 ข้อที่ 2 สามารถสอบสวนโรคได้มีคุณภาพ 3 ฉบับขึ้นไป มีทีมผ่าน

เกณฑ์เพียงร้อยละ 80.33 ตัวชี้วัดที่ 10 ข้อที่ 2 ร้อยละ 80 ขึ้นไปสามารถออกสอบสวนโรคทันเวลา มีทีมผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 91.80 และข้อที่ 4 ร้อยละ 80 ขึ้นไปสามารถเขียนรายงานสอบสวนเบื้องต้นทันเวลา มีทีมผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 90.16 และตัวชี้วัดที่ 11 ข้อที่ 2 สามารถเขียนรายงานสอบสวนโรคมีคุณภาพ 3 ฉบับขึ้นไป มีทีมผ่านเกณฑ์เพียง ร้อยละ 80.33 จากข้อมูลดังกล่าว พบ D-SRRT บางทีมมีผลการดำเนินงานไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีได้เนื่องจากบริบทในกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ และการสอบสวนโรค คาดว่ายังไม่นำ Standard Operating Procedure (SOP) ที่ใช้กำกับติดตามกระบวนการและเครื่องมือดำเนินงานที่ถูกต้อง ตั้งแต่การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Eventbase) และการเฝ้าระวังในรายงาน 506 ที่ต้องตรวจจับความผิดปกติในทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบความผิดปกติทีมลงพื้นที่สอบสวนควบคุมโรคตามเกณฑ์สอบสวนโรคที่กำหนดขึ้น และทีมสามารถผลิตผลงานสอบสวนโรคได้ครอบคลุม ออกสอบสวนได้ทันเวลา เขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นได้ทันเวลา รวมถึงสามารถสอบสวนโรคได้คุณภาพ และสามารถเขียนรายงานสอบสวนโรคอย่างมีคุณภาพ อีกกรณีพบในทุกปี การเปลี่ยนแปลงผู้ประสานงานหลักและเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ได้รับมอบหมายงานจากหน่วยงานให้เป็นแกนหลักการดำเนินงานของทีม ด้วยมีประสบการณ์และทักษะการทำงานน้อย อีกทั้งผู้รับผิดชอบงานเดิมขาดการส่งต่องานให้กับผู้รับผิดชอบงานใหม่ มีผลให้ต้องมาเริ่มต้นงานใหม่และต้องใช้เวลาเรียนรู้พัฒนาในการสร้างการยอมรับจากสมาชิกทีมในความรู้ความสามารถด้านวิชาการโดยเฉพาะเครือข่ายเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้งในและนอกสังกัด มีโอกาสเกิดอุปสรรคในการประสานงาน และขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของทีมจึงได้ผลงานทำไม่ได้ถึงเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของพวงทิพย์ รัตนะรัตน์ และคณะ ที่ได้ระบุถึง การจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานเฝ้าระวังโรค ทำเป็นแนวทางอย่างง่ายและสามารถมีชื่อ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้เกี่ยวข้องสำหรับประสานงานกันได้ทันที ทำให้

ให้เกิดความสะดวกและติดตามผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงเป็นเครื่องมือส่งต่องานให้กับผู้รับผิดชอบงานใหม่ได้ หรือเจ้าหน้าที่หลักของทีมไม่อยู่หลายวัน⁸

และพบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของทีม D-SRRT มีจำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่

สมาชิกทีม พบการมีสมาชิกในทีมไม่เกิน 17 คน มีอัตราการผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับพื้นฐาน ที่ร้อยละ 31.25 สูงกว่าการมีสมาชิกทีม 18 คนขึ้นไป (10.34) ถึง 3.94 เท่า เมื่อได้วิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกันจึงเป็นปัจจัยเสี่ยง คือ สมาชิกทีม ไม่เกิน 17 คน มีความเสี่ยงได้ผลการดำเนินงาน ไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีถึง 5.79 เท่าเมื่อเทียบกับสมาชิกทีม 18 คน ขึ้นไป ด้วยบริบทการมีสมาชิกทีมไม่เกิน 17 คน ด้วยมีสรรพกำลังในทีมที่จำกัด จึงมีโอกาสเสี่ยงเมื่อปริมาณงานเพิ่มขึ้นและเริ่มล้นมือ เช่น เมื่อเกิดเหตุการณ์โรคติดต่อระบาดในวงกว้างทั่วพื้นที่ตำบลหรืออำเภอมักมีผู้ป่วยจำนวนมากต้องทำการสอบสวนควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ ทำให้เจ้าหน้าที่เริ่มเหน็ดเหนื่อยจากภารกิจที่มากขึ้นในแต่ละวัน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของสมาชิกทีมที่ลดลง ทำให้ทีมมีรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นครบถ้วนไม่ถึงร้อยละ 80 ความรวดเร็วของการออกสอบสวนโรคและความทันเวลาของการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นครอบคลุมไม่ถึงร้อยละ 80 อีกทั้ง ด้วยมีเวลาการปฏิบัติงานที่ค่อนข้างจำกัดทำให้ขาดโอกาสพบทวน ได้ผลงานการสอบสวนและการเขียนรายงานสอบสวนโรคไม่ถึงคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถพร ณ นคร และคณะ ที่ระบุถึงความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาดมีทีม D-SRRT ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุดเนื่องจากเมื่อพื้นที่มีการระบาดของโรคติดต่อเป็นวงกว้างส่งผลมีประสิทธิภาพงานที่ลดลง⁹

ทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ พบมีทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีอัตราการผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 43.48 สูงกว่าทีมเคยประเมินผ่านการประเมินระดับดี (7.89) ถึง

8.97 เท่า เมื่อได้วิเคราะห์หลายปัจจัยพร้อมกันจึงเป็นปัจจัยเสี่ยง คือ ทีมเคยผ่านการประเมินระดับพื้นฐานมีความเสี่ยงได้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีถึง 7.54 เท่าเมื่อเทียบกับทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดี ด้วยบริบททีมที่เคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานในพื้นที่ คาดว่าประสบปัญหาหลายประเด็น ได้แก่ ไม่มีแนวทางการปฏิบัติงาน(SOP) ที่จำเพาะเฉพาะต่อการทำงานของทีม บางทีมมีการหมุนเวียนเปลี่ยนงานของผู้รับผิดชอบงานหลักที่เป็นเจ้าหน้าที่ใหม่จึงต้องเรียนรู้พร้อมกับพัฒนางานขึ้นใหม่ รวมถึงการวางแผนดำเนินงานทำได้ไม่ถึงเป้าหมาย เช่น ขาดการทบทวนและค้นหาช่องว่างที่ทีมยังทำได้ไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด การจัดทำแผนพัฒนา และ หัวหน้าทีมกำกับติดตามความก้าวหน้าในงานอย่างต่อเนื่องในการปิดช่องว่างของดำเนินงานในทีมให้สามารถยกระดับมาตรฐานจากระดับพื้นฐานสู่ระดับดีขึ้นมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิลป์ชัย เนตรทานนท์ ที่ระบุถึงการวางแผนงานก่อนดำเนินงาน มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับการประสานงานเฝ้าระวังสอบสวนโรคของสมาชิกทีม D-SRRT ในระดับปานกลาง ว่าการวางแผนงานที่ดี ทราบจุดแข็งจุดอ่อนของทีมเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการกำหนดทิศทางขับเคลื่อนมาตรฐานการดำเนินงานของทีมให้บรรลุเป้าหมายได้¹⁰

สำหรับปัจจัย รพ.สต.ถ่ายโอนสังกัดอบจ. ตามเงื่อนไขและทิศทางของ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น พ.ศ.2542 ซึ่งส่งผลให้รพ.สต.ที่เคยดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันรักษาฟื้นฟูสุขภาพในทิศทางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ต้องปรับเปลี่ยนบริบทให้เหมาะสมกับทิศทางนโยบายขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่เป็นต้นสังกัด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ถึงไม่พบความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี เนื่องจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่ยังคงเป็นเจ้าหน้าที่คนเดิม จึงสามารถประสานและร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานภารกิจเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่แบบไร้รอยต่อได้ ในอนาคตอันใกล้เจ้าหน้าที่คนเดิมเกษียณอายุราชการจำนวน

มากปีงบประมาณ 2568 - 2569 เริ่มทยอยเจ้าหน้าที่ใหม่เข้าบรรจุงานแทนเจ้าหน้าที่คนเดิม อาจส่งผลให้ความสัมพันธ์ในการทำงานเป็นทีมร่วมมือกันลดลง และเป็นปัญหาต่อการประสานร่วมกันทำงานแบบเครือข่ายได้ ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีแผนงาน/กิจกรรม ที่ยังคงต้องมิติดตามและประเมินผลงานในการกิจการป้องกันควบคุมโรคของรพ.สต.ในและนอกสังกัด สอดคล้องกับการศึกษาของศรวณีย์ อวนศรีและคณะ ที่ระบุถึงกระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนบทบาทของการกำกับติดตามในฐานะเป็นต้นสังกัดปรับเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานและวิชาการให้กับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปสังกัดอบจ.¹¹

ดังนั้น ผลประเมินมาตรฐานการดำเนินงานของทีม D-SRRT ที่ผ่านเกณฑ์เพียงระดับพื้นฐาน เกิดจากผลงานการสอบสวนโรคของทีม ได้แก่ ความครบถ้วน ความรวดเร็ว ทันเวลาของผลงานสอบสวน ไม่ถึงเกณฑ์ระดับดีที่ร้อยละ 80 และความสามารถสอบสวนโรคและเขียนรายงานได้คุณภาพ ไม่ถึงเกณฑ์ระดับดีที่ 3 ฉบับขึ้นไป โดยพบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดี ได้แก่ จำนวนสมาชิกทีม ทีมเคยประเมินผ่านมาตรฐานสำหรับปัจจัย รพ.สต.ถ่ายโอนไปสังกัดอบจ. ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง จากข้อมูลผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10 โดยจัดเก็บในรูปแบบฐานข้อมูล ซึ่งผลการวิเคราะห์เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาปี 2566-2567 ไม่สามารถระบุได้ว่าปัจจัยเสี่ยงใดเป็นสาเหตุของปัญหาที่มาก่อนหรือมาทีหลังซึ่งส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของทีม D-SRRT ได้ และกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากจำนวนประชากรตามเกณฑ์การคัดเข้าเอามาใช้ศึกษาทั้งหมดเพื่อให้ได้ตัวอย่างขนาดใหญ่ เนื่องด้วยผู้วิจัยต้องการผลการวิเคราะห์สถิติที่น่าเชื่อถือ ให้ได้ค่าประมาณที่แม่นยำ

สามารถใช้ทดสอบทางสถิติได้เพิ่มขึ้นและควบคุมตัวแปรจนได้ดีขึ้น จากการนำหลายตัวแปรที่ใช้ศึกษานำมาควบคุมซึ่งกันและกัน รวมถึงช่วยลดผลกระทบค่าผิดปกติ (Outliers) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้นี้ไม่สามารถประยุกต์ใช้กับทีม D-SRRT นอกพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ผู้สนใจควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้พัฒนา SOP หรือคู่มือการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคที่จำเพาะในเขตสุขภาพที่ 10 สำหรับเป็นเครื่องมือให้กับทีม D-SRRT ที่ผ่านมาตรฐานในระดับพื้นฐานและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่ ได้ใช้ศึกษาเป็นแนวทางในการวางแผนยกระดับมาตรฐานที่มีอยู่ โดยเฉพาะการขับเคลื่อนผลงานการสอบสวนควบคุมโรคไปสู่ระดับดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการพัฒนาและจัดตั้งทีม D-SRRT มีสมาชิกทีมเพียงพอและมีสมรรถนะสูงต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคติดต่อทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

2. ควรพัฒนารูปแบบการเพิ่มสมรรถนะการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคของทีม D-SRRT ที่มีผลงานการสอบสวนโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับพื้นฐาน สามารถยกระดับการดำเนินงานสู่การได้ผลงานผ่านเกณฑ์ในระดับดี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี รองผู้อำนวยการฯ นายเพ็ชรบูรณ์ พูลผล ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ที่อนุญาตให้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและเป็นที่ปรึกษารวมถึง นางสาวสำรวย ศรศรี นางสาวนิรชา พิมพ์มหา ที่สนับสนุนการรวบรวมและร่วมดำเนินการจัดเก็บข้อมูลผลประเมินมาตรฐาน SRRT รวมถึง นางสาวนงคันุช สุรัตน์วดี นางสาวชนันรัตน์ ดวงบุปผา นางสาวหทัยา ไชยสิทธิ์ นางสาวปพิชญา ฉัตรสุวรรณ และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 แห่งในเขตสุขภาพที่ 10 ที่สนับสนุนและร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ ล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2010). Influenza A(H1N1) virus-Global[Internet]. 2010. [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2010DON040>
2. World Health Organization.(2010). COVID-19 Dashboard[Internet]. 2010. [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://data.who.int/dashboards>
3. Maneerattanasak S, Ngamprasertchai T, Tun Y M, Ruenroengbun N, Auewarakul P, Boonnak K.(2024). Prevalence of dengue, Zika, and chikungunya virus infection among mosquitoes in Asia: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Infectious Diseases 148:1-10.
4. World Health Organization.(2010). Tuberculosis[Internet]. 2010. [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/tuberculosis>
5. กองระบาดวิทยา.(2568). การลำดับโรคที่ต้องเฝ้าระวังในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2568]. เข้าถึงจาก: https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENTER_DOE/views/priority_v2/Dashboard1?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y
6. กรมควบคุมโรค.(2561). ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560 – 2579). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ไซน์.
7. กองระบาดวิทยา.(2563). มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแคนนา กราฟฟิค.

8. พวงทิพย์ รัตนะรัต, พจมาน ศิริอารยาภรณ์, อีรศักดิ์ ชักนำ, นิภาพรณ สฤชดีอิริรักษ์. การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2561; 49(1):1-8.
9. อรรถพร ณ นคร, จิตติมา พานิชกิจ. การประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอ เขตสาธารณสุขที่ 18 ปี 2551. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2553; 6(1):87-93.
10. ศิลป์ชัย เนตรทานนท์, ปิยธิดา ตรีเดช, พีระ ศรีศรีจันทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อการประสานงานด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ เขตสาธารณสุขที่ 4. วารสารพยาบาลทหารบก 2553; 11(2):67-73.
11. ศรวณีย์ อวนศรี, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, สมธนิก โชติช่วงฉัตรชัย, ศศิวิมล อ่อนทอง, นิพนธ์ ปาณะพงศ์, ธนินทร์ พัฒนศิริ. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย:ความก้าวหน้าและความท้าทาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567; 18(3):314-330.