

บทบาททีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและ การควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้น: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 2

อุษารัตน์ ติตเทียน วท.บ., ส.ม.*

วลัยพร พัชรนฤมล ภ.บ., วท.ม., ศ.ม., ปร.ด.**

วรวิทย์ ติตเทียน วท.บ., ส.ม.*

วิศา พานิชเกรียงไกร ท.บ., ส.ม., ปร.ด.**

วันชัย อาจเขียน วท.บ., วท.ม.***

เอกชัย แดงสอาด พย.ม.****

ทวีศักดิ์ ทองบุญ วท.ม.*

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

** สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

*** สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**** กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับผลการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance rapid response team - SRRT) และผลการควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้น และวิเคราะห์บทบาทการดำเนินงานของ SRRT ระดับอำเภอในการควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นให้สำเร็จ ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ตำบลทุกแห่งจำนวน 426 ตำบล ใน 47 อำเภอในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 2 โดยหาความสัมพันธ์ของระดับผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ซึ่งทำการประเมินโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 กรมควบคุมโรค และผลการควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้น หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการคัดเลือกอำเภอแบบเฉพาะเจาะจง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกลุ่มเป้าหมายเป็นแกนหลักและสมาชิกทีม SRRT ผลการศึกษาพบว่า ในปี 2556 SRRT ระดับอำเภอส่วนใหญ่ (44 แห่งจากทั้งหมด 47 แห่ง) มีผลการประเมินผ่านระดับมาตรฐานหรือผ่านระดับดี แต่อย่างไรก็ตาม ผลการควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้สำเร็จมีสัดส่วนน้อยมาก เพียง 7 แห่งจากที่ผ่านมาตรฐานทั้งหมด 44 แห่ง ถึงแม้ว่าผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ไม่สามารถยืนยันความสำเร็จของการควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้ แต่ก็ยังมีความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพ SRRT ทั้งการพัฒนาความรู้ ความสามารถด้านวิชาการของ SRRT ทั้งทีมให้สามารถ “รู้เร็ว รู้ไว ลงไปสอบสวนทันที” และการพัฒนาทักษะของ SRRT ด้านการประสานงานที่ดีกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อทำงานร่วมกันในการ “ลดโรค ลดภัย ประชาชนปลอดภัย” จึงจะบรรลุเป้าหมายสูงสุดที่ต้องการให้การทำงานของ SRRT มีประสิทธิภาพ และโรคระบาดสามารถถูกควบคุมได้

คำสำคัญ: ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว, การประเมินทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว, การควบคุมโรคไข้เลือดออก, เขตสุขภาพที่ 2

บทนำ

โรคใช้เลือดออกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยมานานกว่า 50 ปี โดยเริ่มมีการรายงานอย่างเป็นทางการตั้งแต่ พ.ศ. 2501 โดยการระบาดขยายวงกว้างและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการระบาดเป็นแบบปีเว้นปี หรือปีเว้น 2 ปี และหลังจากนั้น ปีเว้น 2-3 ปี การวิเคราะห์สถานการณ์โรคใช้เลือดออกในช่วง 10 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2547-2557) พบว่าเกิดการระบาดใหญ่สามครั้ง โดยมีจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คือ พ.ศ. 2551 พบผู้ป่วย 89,626 ราย พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วย 116,947 ราย และพ.ศ. 2556 พบผู้ป่วย 154,444 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 143.9, 177.4 และ 237.7 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽¹⁾

สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงได้จัดทำยุทธศาสตร์การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก⁽²⁾ โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย มุ่งเน้นลดการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคใช้เลือดออกให้ได้มากที่สุด โดยดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ และมีการจัดการปัญหาด้วยการวิเคราะห์ข้อมูล ติดตามสถานการณ์ และดำเนินการอย่างเป็นระบบ แบ่งเป็น 3 ระยะ

- ระยะที่ 1 ก่อนระบาด เป็นการป้องกันโรคล่วงหน้า โดยดำเนินกิจกรรมหลักคือ การวิเคราะห์และติดตามสถานการณ์โรค การประสานความร่วมมือเครือข่ายให้ดำเนินการด้านสภาพแวดล้อม การกระตุ้นชุมชนให้ใช้มาตรการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในระดับครัวเรือน ติดตามประเมินสถานการณ์จากคำดัชนีลูกน้ำยุงลาย การคัดกรองผู้ป่วยใช้เลือดออกระดับพื้นที่และควบคุมโรคในบ้านและรอบบ้านทันทีแม้ในรายที่สงสัย ควบคุมโรคในกรณีตรวจพบผู้ป่วย ไม่ให้เกิดการแพร่โรคต่อเนื่องโดยป้องกันการเกิด generation ที่ 2

- ระยะที่ 2 ระยะระบาด เป็นการควบคุมการระบาด โดยดำเนินกิจกรรมจัดตั้ง War room เพื่อดำเนินการอย่างเข้มข้น ทั้งการวิเคราะห์ ติดตามสถานการณ์และการแบ่งพื้นที่ (zoning) ตามสภาพปัญหาในพื้นที่ การประ-

สานความร่วมมือกับท้องถิ่นเพื่อกำหนดยุทธวิธีในการควบคุมการระบาดให้เป็นไปตามมาตรฐาน และจัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบที่ปรึกษาด้านการรักษาและดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเสียชีวิต สื่อสารความเสี่ยงในชุมชน ตามระดับความรุนแรงของการระบาดโรคในพื้นที่

- ระยะที่ 3 หลังการระบาด เป็นการประเมินผลสำเร็จ โดยการถอดบทเรียนในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จหรือไม่สำเร็จ⁽³⁾ จากแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกข้างต้น กิจกรรมในระยะที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้าเป็นเป้าหมายที่สำคัญ หากทำได้สำเร็จ พื้นที่จะไม่เกิดการระบาดของโรคใช้เลือดออก

การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ให้ได้สำเร็จนั้น ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance rapid response team, SRRT) ทุกระดับ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจหลักการการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคเบื้องต้นจนสามารถนำไปใช้ควบคุมโรคในสถานการณ์ที่มีโรคระบาดในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนใช้เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนหรือส่งเสริมมาตรการการควบคุมโรคไว้ในพื้นที่เกิดโรคที่ได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน บทบาทภารกิจของทีม SRRT ประกอบด้วย (1) เฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรง (2) ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (3) สอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันการณ์ (4) ควบคุมโรคขั้นต้น (Containment) ทันที และ (5) แลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคและร่วมมือเป็นเครือข่าย ทั้งภายในและต่างประเทศ ผ่านจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation, IHR) ภารกิจของ SRRT ในการตอบสนองเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์นั้น เน้นการเฝ้าระวัง หยุด และจำกัดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว ไม่ให้ขยายไปในวงกว้าง ดังที่มีคำกล่าวไว้ว่า “รู้เร็ว รู้ไว ลงไปสอบสวนทันที ลดโรค ลดภัย ประชาชนปลอดภัย” อย่างไรก็ตาม หากมีการระบาดเกิดขึ้นแล้ว การควบคุมโรคจนเสร็จสมบูรณ์เป็นภารกิจหลักของทีมควบคุมโรค โดย SRRT เป็นทีมสนับสนุนทำงานร่วมกับ

ทีมควบคุมโรค⁽⁴⁾ ขอบเขตงานของ SRRT ต้องเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคทั่วไปที่พบได้ในทุก ๆ พื้นที่ เช่น อหิวา- ตกโรค ไข้เลือดออก และโรคตามลักษณะเฉพาะของพื้นที่ หรือ โรคเฉพาะฤดูกาล เช่น ไข้หวัดนก เป็นต้น

ตามยุทธศาสตร์การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น ทีม SRRT มีส่วนสำคัญอย่าง มากตั้งแต่เริ่มพบผู้ป่วยหรือในรายที่สงสัย ต้องรีบแจ้ง พื้นที่ให้ลงไปสอบสวนและควบคุมโรคขั้นต้นทันทีภายใน 24 ชั่วโมง โดยพ่นสารเคมี ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ- ยุงลาย และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ซึ่งหากทีม SRRT สามารถควบคุมโรคขั้นต้นได้สำเร็จ จะทำให้สามารถ ป้องกันการแพร่โรคไม่ขยาย ไปในพื้นที่และไม่พบผู้ป่วย รายใหม่เกิน 2 generation ดังนั้น ทีม SRRT จึงเป็นกลไก สำคัญในการป้องกันควบคุมโรค เน้นให้มีการเฝ้าระวัง หยุดหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคได้โดยเร็ว ซึ่งเป็น ข้อกำหนดตามกรอบแนวทางปฏิบัติงานตามมาตรฐาน SRRT โดยในแต่ละปีหน่วยงานระดับเขตคือสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคจะเป็นผู้ประเมินมาตรฐาน SRRT ให้ กับทีม SRRT ระดับอำเภอและจังหวัด โดยมีอายุการ รับรองมาตรฐาน 3 ปี⁽⁵⁾ โดยมีเกณฑ์ให้ผ่านในระดับ มาตรฐานขึ้นไป จึงจะถือว่าทีม SRRT นั้น ดำเนินงาน ตามข้อกำหนดและมีผลงานที่พึงประสงค์ จากผลการ ประเมินมาตรฐานทีม SRRT ที่เริ่มมีการประเมินและ พัฒนามาตรฐานมาตั้งแต่ปี 2548 พบว่าจำนวนทีมที่ผ่าน มาตรฐานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งน่าจะส่งผลไปให้ผล การควบคุมโรคต่าง ๆ ในพื้นที่ที่มีผลสำเร็จมากขึ้น แต่ใน ขณะเดียวกันยังพบว่าการระบาดของโรคไข้เลือดออก จึงมีคำถามสำคัญว่าทีม SRRT อำเภอที่ผ่านมาตรฐานนั้น มีผลสำเร็จของการควบคุมโรคในทิศทางใด และมีปัจจัย ใดที่สนับสนุน หรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานของทีม SRRT

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้จัดทำขึ้นในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพ ที่ 2 ครอบคลุม 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี

ตาก สุโขทัย พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ โดยครอบคลุมทุก พื้นที่ทั้ง 47 อำเภอและ 426 ตำบล

รูปแบบ ขั้นตอน วิธีศึกษา และการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนและวิธีการ ศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่หนึ่ง สืบค้นผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ซึ่งทำการประเมินโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 (สคร. 2) กรมควบคุมโรค เป็นการประจำปี ในระดับ อำเภอจำนวน 47 ทีม ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้ผล- ประเมินมาตรฐานสถานะปัจจุบันของทีมประจำปี 2556 เนื่องจากผลการประเมินมีอายุของการรับรองผลได้ 3 ปี เพื่อเปรียบเทียบกับผลของการควบคุมโรคไข้เลือดออกปี 2556 ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน โดยการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พิจารณาจากจำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน หมายถึง ทุก ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์อย่างน้อยระดับพื้นฐาน
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดี หมายถึง ทุกตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ระดับดี
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีเยี่ยม หมายถึง ผ่าน เกณฑ์มาตรฐานระดับดีติดต่อกันโดยมีระยะห่างจาก ครั้งก่อน 1-3 ปีและมีตัวชี้วัดผลงานระดับ S2 มากกว่าครั้งก่อน

ขั้นตอนที่สอง วิเคราะห์ผลการควบคุมโรคไข้เลือด- ออก ใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากระบบรายงาน 506 พ.ศ.2556 ซึ่งเป็นข้อมูลปีล่าสุดที่มีการระบาดของ โรคไข้เลือดออกในขณะที่การศึกษา ทำการวิเคราะห์เป็น รายตำบลและรายอำเภอที่ควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้น ได้/ไม่ได้ ตามลำดับ ตามนิยามคำศัพท์

- ระดับตำบล วิเคราะห์ข้อมูลการพบผู้ป่วยของ แต่ละตำบล แสดงผลจำนวนผู้ป่วยเป็นรายสัปดาห์ ตำบล ที่ควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้ คือ ตำบลที่ไม่พบ ผู้ป่วยรายใหม่ภายในสี่สัปดาห์ (28 วัน) นับจากวันที่พบ ผู้ป่วยรายแรกของเหตุการณ์ (หรือที่เรียกเป็นการป้องกัน

ไม่ให้เกิดผู้ป่วยต่อเนื่องเกิน 2 generation ซึ่งหมายถึงการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ระยะที่ 1 ได้ผลตามที่ต้องการ)

- ระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายอำเภอ อำเภอที่ควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นได้คือ อำเภอที่มีจำนวนตำบลที่สามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นได้เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 75.0 ของจำนวนตำบลทั้งหมดในอำเภอนั้น ๆ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558 เป้าหมายที่กรมควบคุมโรคต้องการคือ แต่ละอำเภอมีจำนวนตำบลไม่น้อยกว่าร้อยละ 75.0 ที่สามารถควบคุมโรคได้

ขั้นตอนที่สาม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลการควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นระดับอำเภอ และผลการประเมินมาตรฐานทีม SRRT ระดับอำเภอ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ

ขั้นตอนที่สี่ ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทีม SRRT ระดับอำเภอแบบเจาะจง เฉพาะ โดยเลือกทีมที่มีผลการประเมิน SRRT ไม่ผ่านมาตรฐานและควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นไม่ได้ และเลือกทีมที่มีผลการประเมิน SRRT ผ่านระดับดี และควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้น โดยขอตามความสมัครใจ เข้าร่วมการศึกษาของ SRRT ทีม สัมภาษณ์สมาชิกทีม SRRT และผู้ที่เกี่ยวข้องโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview questionnaire) ทำการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ ถอดเทป และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ด้วยการจัดหมวดหมู่ เช่น

ลักษณะทั่วไปของแกนหลักและสมาชิกทีม ผลการประเมิน SRRT การพัฒนาศักยภาพทีมงาน การติดต่อประสานงาน การบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เมื่อพบผู้ป่วยใช้เลือดออก การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการดำเนินงาน เป็นต้น

ผลการศึกษา

1. การประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

พื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 2 จำนวนทั้งหมด 426 ตำบล ใน 47 อำเภอ อยู่ภายใต้การดูแลของ SRRT ระดับอำเภอ จำนวน 47 ทีม (แต่ละอำเภอ มี SRRT หนึ่งทีม) ผลการประเมินเป็นไปได้อย่างดีทั้งหมดสี่ระดับ ได้แก่ ไม่ผ่านมาตรฐาน ผ่านระดับมาตรฐาน ผ่านระดับดี และผ่านระดับดีเยี่ยม ผลการประเมิน ในปี 2556 พบว่า มีทีมไม่ผ่านมาตรฐานจำนวน 3 ทีม ร้อยละ 6.4 มีทีมผ่านมาตรฐานจำนวน 44 แห่ง ส่วนใหญ่ระดับมาตรฐานจำนวน 42 แห่ง ร้อยละ 89.4 ระดับดีจำนวน 2 แห่ง ร้อยละ 4.2 และไม่มีทีมใดผ่านระดับดีเยี่ยม (ตารางที่ 1)

2. การควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยใช้เลือดออกใน 47 อำเภอของเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2556 พบว่า อำเภอที่ควบคุมโรคได้ (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 75.0 ของตำบลในอำเภอ) มีเพียง 7 อำเภอ (ร้อยละ 14.9) เท่านั้น มี 40 อำเภอ (ร้อยละ 85.1) ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (ตา-

ตารางที่ 1 ผลการประเมิน SRRT ระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2556

ผลการประเมิน SRRT	จำนวนทีม (แห่ง)	ร้อยละ	ทีม
1. ไม่ผ่านมาตรฐาน	3	6.4	ทีม 1, 2, 3
2. ผ่านระดับมาตรฐาน	42	89.4	
3. ผ่านระดับดี	2	4.2	ทีม 46, 47
4. ผ่านระดับดีเยี่ยม	0	0.0	
รวม	47	100.0	

รางที่ 2)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผลการควบคุมโรคฯ และผลการประเมิน SRRT ระดับอำเภอ

ความสัมพันธ์ระหว่างผลการควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้และผลการประเมิน SRRT ระดับอำเภอ โดยใช้ข้อมูลปีเดียวกันคือข้อมูลปี 2556 (ตารางที่ 3)

- อำเภอที่มีผลการประเมิน SRRT ระดับอำเภอไม่ผ่านมาตรฐาน 3 แห่ง ไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้ทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ อำเภอที่ 1, 2 และ 3 (ร้อยละ 100.0)

- อำเภอที่มีผลการประเมิน SRRT ระดับอำเภอผ่านระดับมาตรฐาน จำนวน 42 แห่ง ส่วนใหญ่ควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นไม่ได้จำนวน 36 แห่ง (ร้อยละ 85.7) และควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้เพียง 6 แห่ง (ร้อยละ 14.2) ได้แก่ อำเภอที่ 40 - 45

- อำเภอที่มีผลการประเมิน SRRT ระดับอำเภอผ่านระดับดี จำนวน 2 แห่ง มีอำเภอที่ควบคุมโรคไข้เลือดออก

ขั้นต้นไม่ได้ 1 แห่ง ได้แก่ อำเภอที่ 46 และควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้ 1 แห่ง ได้แก่ อำเภอที่ 47

เมื่อนำร้อยละตำบลที่ควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้ของอำเภอที่ 1 - 47 ในเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2556 มาจัดกลุ่มกับระดับผลการประเมินมาตรฐาน SRRT พบว่ามีทีม SRRT อำเภอที่ไม่ผ่านมาตรฐาน (สีแดง) มีร้อยละตำบลที่ควบคุมโรคได้อยู่ระหว่าง 0-28.6 ทีมที่ผ่านระดับมาตรฐาน (สีเหลือง) มีร้อยละตำบลที่ควบคุมโรคได้อยู่ระหว่าง 0-100.0 ส่วนทีมที่ผ่านระดับดี (สีเขียว) มีร้อยละตำบลที่ควบคุมโรคได้อยู่ระหว่าง 30.0-81.8 (ภาพที่ 1)

4. บทบาทการดำเนินงานของ SRRT ระดับอำเภอ
จากการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง อำเภอที่มีผลประเมิน SRRT ระดับดีและควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้ มีเพียง 1 แห่ง ได้แก่ อำเภอ 47 และอำเภอที่มีผลประเมิน SRRT ไม่ผ่านมาตรฐานและควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นไม่ได้จำนวน 3 แห่ง แต่สามารถขอ

ตารางที่ 2 ความสามารถในการควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้น ปี 2556

จำนวนตำบลที่ควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้	จำนวนอำเภอ(แห่ง)	ร้อยละ
ก. ควบคุมโรคไม่ได้	40	85.1
• น้อยกว่าร้อยละ 30	18	38.3
• ร้อยละ 30 - 50	12	25.5
• ร้อยละ 51-74	10	21.3
ข. ควบคุมโรคได้ [เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 75]	7	14.9
รวม	47	100.0

ตารางที่ 3 ผลการควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้นได้และผลการประเมิน SRRT ระดับอำเภอ ปี 2556

ผลการประเมิน SRRT	ผลการควบคุมโรคไข้เลือดออกขั้นต้น				ทั้งหมด
	ควบคุมโรคไม่ได้		ควบคุมโรคได้		
	จำนวน	%	จำนวน	%	
1. ไม่ผ่านมาตรฐาน	3	100.0	0	0.0	3
2. ผ่านระดับมาตรฐาน	36	85.7	6	14.2	42
3. ผ่านระดับดี	1	50.0	1	50.0	2
รวม	40		7		47

ความร่วมมือเก็บข้อมูลได้ 2 แห่ง ได้แก่ อำเภอ 1 และ 2 (ตารางที่ 4)

4.1 อำเภอที่สามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นได้สำเร็จและผลการประเมิน SRRT ผ่านระดับมาตรฐาน อำเภอ 47 มีสมาชิก SRRT จำนวน 9 คน อายุเฉลี่ย 33.25 ปี (น้อยสุด 23 ปี – มากสุด 48 ปี) มีอายุงานเฉลี่ย 6.75 ปี สำหรับแกนหลักของทีมมีอายุสูงสุด คือ มีอายุ 48 ปี มีอายุงานทางด้านระบาดวิทยามากที่สุด 11 ปี และเป็นสมาชิก SRRT ที่อำเภอ 47 มากกว่า 10 ปี ได้รับหน้าที่เป็นแกนหลักของ SRRT อำเภอ 47 ตั้งแต่ปี 2548 ทำให้แกนหลักมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา นอกจากนี้ ยังพบว่าแกนหลักมีบทบาทสำคัญในการนำทีม ทั้งการเป็นที่ปรึกษาแก่สมาชิกทีม มีความยืดหยุ่นในการทำงานสูง และสร้างความเป็นกันเองให้สมาชิกทีม ในขณะที่เดียวกันพบว่า สมาชิกทีมมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้เมื่อเกิดเหตุการณ์ระบาดของโรคในพื้นที่ และมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานเป็นทีม

การพัฒนาศักยภาพทีมงานพบว่าการพัฒนาสมาชิกทีมหลายรูปแบบ เช่น ประชุมทีมงานเป็นประจำปีละ 4 ครั้งอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมากกว่าที่กรมควบคุมโรคแนะนำให้

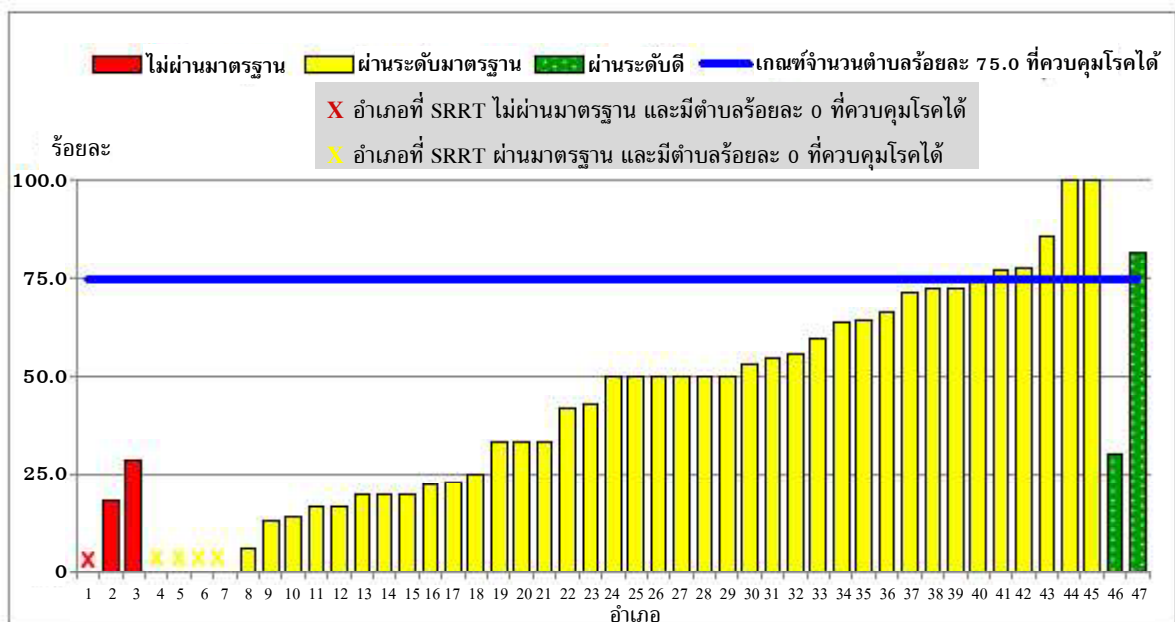
จัดปีละ 2 ครั้ง การฝึกอบรมและการประกวดคุณภาพรายงานสอบสวนโรค การฝึกซ้อมการนำเสนอผลงานก่อนการนำเสนอระดับจังหวัด การฝึกการเขียนรายงานสอบสวนโรค และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกทีมจากการปฏิบัติงานจริง

การบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เมื่อพบผู้ป่วยใช้เลือดออก มีลักษณะการประสานงานที่ดี ที่ส่งต่อข้อมูลไปยังทีมควบคุมโรคและหน่วยงานท้องถิ่น รวมทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เอง รับรู้บทบาทหน้าที่โดยไม่ต้องร้องขอ หรือดำเนินการทันทีเมื่อได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เป็นอย่างดี และพบว่าในพื้นที่ส่วนใหญ่มีมาตรการของพื้นที่ในการแก้ไขปัญหา เช่น การปรับเงินการประชามหมู่บ้าน

4.2 อำเภอที่ควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นไม่สำเร็จและผลการประเมิน SRRT ไม่ผ่านมาตรฐาน

อำเภอ 1 และอำเภอ 2 มีสมาชิก SRRT ทีมละ 9 คน อายุตัวเฉลี่ย 33.25 ปี (น้อยที่สุด 24 ปี – มากที่สุด 43 ปี) มีอายุงานเฉลี่ย 11.21 ปี สำหรับแกนหลักของทีม ในอำเภอ 1 และอำเภอ 2 มีอายุตัวใกล้เคียงกัน คือ 30

ภาพที่ 1 ผลการประเมิน SRRT ระดับอำเภอและตำบลที่ควบคุมโรคฯ ได้ของอำเภอที่ 1 - 47 ในเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2556



ตารางที่ 4 ลักษณะ SRRT อำเภอ 1, อำเภอ 2 และอำเภอ 47

ลักษณะทั่วไป	ผลการประเมิน SRRT ไม่ผ่านมาตรฐานและควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นไม่ได้		ผลการประเมิน SRRT ผ่านระดับดีและควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นได้
	อำเภอ 1	อำเภอ 2	อำเภอ 47
แกนหลักทีม SRRT			
อยู่ประจำทีม	เปลี่ยนแปลง/ย้าย	เปลี่ยนแปลง/ย้าย	มากกว่า 10 ปี
อายุตัว (ปี)	30	29	48
อายุงานด้านระบาดวิทยา (ปี)	11	8	11
สมาชิกทีม	9	9	9
อายุเฉลี่ย (ปี)	29.42	35.14	33.25
อายุน้อยสุด - มากสุด (ปี)	28-43	24-43	23-48
อายุงานเฉลี่ย (ปี)	8.14	14.28	6.75
อายุงานน้อยสุด - มากสุด (ปี)	3-18	6-23	2-11
ผลการประเมิน SRRT	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ระดับดี
ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ	ไม่ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	ดี
ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม	ไม่ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	ดี
ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค	ไม่ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	ดี
ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค	ไม่ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	ดี

และ 29 ปี ตามลำดับ และมีอายุงาน 11 และ 8 ปี ตามลำดับ

จากการสัมภาษณ์พบว่าแกนหลักของทีมอำเภอ 1 และอำเภอ 2 มีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายบ่อย ผู้ที่เป็นแกนหลักในปัจจุบันได้มาปฏิบัติงานเป็นแกนหลักในช่วง 3 - 5 ปีที่ผ่านมา ข้อมูลจากการประเมิน SRRT และจากการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลที่ตรงกัน คือ แกนหลักยังไม่ได้รับการอบรมระบาดวิทยาด้านปฏิบัติการภาคสนาม SRRT ทั้งอำเภอ 1 และ 2 มีสมาชิกใหม่อย่างน้อยอำเภอละ 2-3 คน ซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ที่ยังไม่ได้รับการอบรมการสอบสวนทางระบาดวิทยา

การติดต่อสื่อสารพบว่า เป็นลักษณะการแจ้งข่าวให้ทราบในการประชุมประจำเดือน การพัฒนาศักยภาพด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในทีมมีน้อย

มาก มีการพูดคุยเรื่องงานด้านระบาดวิทยาปีละ 2 ครั้ง ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนดเท่านั้น เนื้อหาการพูดคุยเป็นเรื่องกระบวนการทำงาน มากกว่าเรื่องสาระความรู้ด้านวิชาการและการสอบสวนโรค เมื่อไม่นานมานี้ได้จัดให้มีการประกวดสอบสวนโรคในระดับอำเภอ หลังจากที่ไม่เคยมีการจัดประกวดมากกว่า 3 ปีแล้ว

การบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เมื่อพบผู้ป่วยใช้เลือดออก พบว่า หลายตำบลในพื้นที่ที่มีความไม่คล่องตัวในการสนับสนุนการควบคุมโรคของท้องถิ่น ต้องรอการประสานแบบเป็นทางการเท่านั้น อาสาสมัครในหมู่บ้านมีการไขว่กันระหว่างตำบล แต่ไม่มีการแจงบทบาทที่ชัดเจน

ผลประเมินมาตรฐาน SRRT อำเภอ 1 และ 2 โดย สคร. พบว่าทั้งสองอำเภอมิตัวชี้วัดสี่ประเด็นที่ไม่ผ่าน

มาตรฐานเหมือนกัน ได้แก่ (ก) ศักยภาพทางวิชาการของแกนนำและสมาชิกทีม (ข) ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและมีการซ้อมแผน (ค) คุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค และ (ง) คุณภาพการเขียนรายงานการสอบสวนโรค

ทีมที่สามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกได้สำเร็จพบว่าทีมมีความเป็นทีมที่ชัดเจน แกนหลักของทีมมีการปฏิบัติงานทางระบาดวิทยาอย่างต่อเนื่องและสามารถเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการให้กับทีมระดับตำบลได้ ซึ่งจะแตกต่างกับทีมที่ควบคุมโรคไม่สำเร็จที่แกนหลักของทีมมีการเปลี่ยนแปลง มีประสบการณ์และความอาวุโสน้อยกว่า ในเรื่องการพัฒนาศักยภาพทีมงานพบว่ามีความต่างกันเรื่องรูปแบบการพัฒนาและความต่อเนื่อง อีกทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานท้องถิ่นยังมีความคล่องตัวที่แตกต่างกัน

วิจารณ์

ผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ปี 2556 ของเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า SRRT ระดับอำเภอส่วนใหญ่มีผลการประเมินผ่านระดับมาตรฐานหรือผ่านระดับดี แสดงถึง SRRT ระดับอำเภอมีแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นไปตามมาตรฐาน SRRT โดยบอกถึงมาตรฐานความเป็นทีม มาตรฐานความพร้อม มาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติงาน และมาตรฐานด้านผลงาน ซึ่งประชาชนอาจคาดหวังว่าทีมที่มีมาตรฐาน จะส่งผลให้ผลของการควบคุมโรคเบื้องต้นมีความสำเร็จ แต่จากการศึกษาพบว่าผลการควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นได้ภายใน 2 รุ่น โดยนำข้อมูลปี 2556 ซึ่งเป็นปีที่มีการระบาดของโรคใช้เลือดออกมากที่สุดพบว่าส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นได้ภายใน 2 รุ่น และเมื่อนำมาหาความสัมพันธ์มาเทียบกับผลประเมินมาตรฐาน SRRT ซึ่งเป็นผลล่าสุดของการรับรองในปีเดียวกัน พบว่าผลการประเมินมาตรฐาน SRRT นั้นยังไม่สามารถยืนยันถึงความสำเร็จในการควบคุมโรคใช้เลือดออกได้

- SRRT ระดับอำเภอที่ไม่ผ่านมาตรฐานทั้งหมดสาม

แห่งไม่สามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นได้ ดังนั้นจึงควรพัฒนา SRRT อำเภอที่ไม่ผ่านมาตรฐานให้สามารถดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน SRRT โดยการเพิ่มศักยภาพทางวิชาการของสมาชิกทีม และแกนหลักของทีมควรได้รับการฝึกอบรมด้านปฏิบัติการภาคสนามเพื่อเป็นแกนหลักให้กับทีมเมื่อมีโรคที่ต้องไปสอบสวนในพื้นที่

- SRRT ระดับอำเภอที่มีผลการประเมินผ่านมาตรฐานและผ่านระดับดีจำนวน 44 แห่ง มีผลการควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นได้สำเร็จในสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยเพียง 7 แห่ง สรุปได้ว่า ผลการประเมิน SRRT เพียงอย่างเดียวไม่สามารถยืนยันความสำเร็จของการควบคุมโรคใช้เลือดออกขั้นต้นได้ การควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายที่กรมควบคุมโรคได้กำหนดต้องอาศัยความร่วมมือของทั้ง SRRT ระดับอำเภอ ทีมควบคุมโรคด้านสาธารณสุข และทีมควบคุมโรคจากท้องถิ่นในการทำงานร่วมกันเพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดตั้งแต่เริ่มมีผู้ป่วยรายแรก ๆ ของหมู่บ้าน SRRT ต้องสร้างความเป็นทีมในระดับตำบลที่มีทั้งหน่วยงานภายในและเครือข่ายภายนอกให้เกิดความเข้มแข็งในแต่ละพื้นที่

การจัดการ SRRT ระดับอำเภอให้มีความเข้มแข็ง “รู้เร็ว รู้ไว ลงไปสอบสวนทันใจ” ในพื้นที่นั้นควรต้องมีองค์ประกอบสำคัญคือ ความเป็นทีมที่มีทั้งความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานได้ด้วยตนเองโดยมีแกนหลักของทีมที่สามารถเป็นที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยงได้ตลอดเวลา เมื่อทีมมีความเข้มแข็ง สิ่งที่สำคัญในประเด็นถัดมา คือ SRRT ต้องมีการประสานงานที่ดีกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทำงานร่วมกันให้ “ลดโรค ลดภัย ประชาชนปลอดภัย” การประสานงานและส่งต่อข้อมูลให้ทีมควบคุมโรคในพื้นที่สามารถไปจัดการควบคุมโรค ซึ่งหากพื้นที่ใดมีจุดเชื่อมต่อระหว่าง SRRT ทีมควบคุมโรคและเครือข่าย อปท. มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ประสานงานได้ทั้งรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้งหน่วยงานท้องถิ่นรับบทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีความพร้อมในการออกปฏิบัติงานเมื่อรับแจ้งข่าวการระบาด แล้วไปดำเนินการควบคุมโรคอย่างมีคุณภาพ โดยมี

ที่เลี้ยงด้านสาธารณสุขคอยชี้แนะเทคนิคทางวิชาการ หากท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการควบคุมโรคเอง เช่น รัศมีของการควบคุมโรค การผสมสารเคมีที่ถูกต้อง เทคนิคการพ่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ที่ครอบคลุม การทำให้ชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น และหน่วยงานสาธารณสุขควรร่วมติดตามการดำเนินงานควบคุมโรคกับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป การพัฒนาศักยภาพ SRRT มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง อย่างน้อยสองประการ คือ หนึ่ง การพัฒนาความรู้ ความสามารถด้านวิชาการของ SRRT ทั้งทีมให้สามารถ “รู้เร็ว รู้ไว ลงไปสอบสวนทันที” และสอง การพัฒนาทักษะของ SRRT ด้านการประสานงานที่ดีกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทำงานร่วมกันให้บรรลุการ “ลดโรค ลดภัย ประชาชนปลอดภัย” จึงจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ คือ “รู้เร็ว รู้ไว ลงไปสอบสวนทันที ลดโรค ลดภัย ประชาชนปลอดภัย”

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการศึกษาต่อไป

1. สคร. 2 หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเร่งพัฒนา SRRT อำเภอที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานให้สามารถผ่านมาตรฐานขึ้นไป โดยฝึกอบรมให้สมาชิกทีมที่ยังไม่เคยผ่านการอบรม และผลักดันให้แกนหลักของทีมได้รับการพัฒนาด้านปฏิบัติการภาคสนาม โดยเฉพาะทีมที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน

2. ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมิน SRRT และผลการควบคุมโรคไขเลือดออกเป็นภาพของ SRRT 47 อำเภอในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่ง สคร. 2 ตั้งเป้าหมายการวิเคราะห์เช่นนี้อย่างต่อเนื่องทุก ๆ สองปี หรือ เมื่อมีการระบาดของโรคไขเลือดออก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา SRRT ต่อไป นอกจากนั้นแล้ว อาจมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกของ SRRT ที่มีผลการประเมินผ่านระดับมาตรฐาน และควบคุมได้เปรียบเทียบกับที่ควบคุมโรคไม่ได้ ซึ่งเป็น SRRT ส่วนใหญ่ของเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อหาแนวทางการพัฒนา SRRT ที่เฉพาะเจาะจงต่อไป

3. ควรมีการวิเคราะห์ขยายภาพที่ 1 ให้ครอบคลุม SRRT ระดับอำเภอทั่วประเทศ และมีการวิเคราะห์ที่เป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับกรม ควบคุมโรคติดตามผลการประเมิน SRRT และผลการควบคุมโรค การเลือกโรคเพื่อติดตามผลการควบคุมโรค อาจไม่จำเป็นต้องใช้โรคไขเลือดออก แต่อาจเลือกโรคเฉพาะถิ่นที่สำคัญของ แต่ละพื้นที่เป้าหมายของกรมควบคุมโรคอย่างน้อยที่สุด คือ การพัฒนาให้ SRRT ทุกแห่งมีผลการประเมินผ่านระดับมาตรฐาน และมีผลการควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์

4. กรมควบคุมโรคควรผลักดันให้พื้นที่เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานของท้องถิ่นและมีการกำกับติดตามประเมินผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ดร. นายแพทย์ทักษพล ธรรมรังสี ทันตแพทย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี และผู้ทรงคุณวุฒิของกรมควบคุมโรคทุกท่าน สำหรับคำแนะนำทางด้านวิชาการ ขอขอบคุณ คณะทำงานและที่ปรึกษาโครงการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยด้านนโยบายและระบบควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค และผู้บริหารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก ที่อำนวยความสะดวกในการวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งงบประมาณวิจัยจากกรมควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานจำนวนผู้ป่วยไขเลือดออกของสำนักระบาดวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/index.php?nphss=nphss>
2. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไขเลือดออก ปี 2555-2559. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2554.

3. สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาอำเภอเข้มแข็งป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ปี 2557. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2557.
4. สำนักโรคติดต่อภายใน กรมควบคุมโรค. มาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
5. สำนักโรคติดต่อภายใน กรมควบคุมโรค. มาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.

Abstract: Roles of Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) for Initial Dengue Fever Control: a Case Study in the 2nd Health Region

Usarad Tidthian, B.Sc, M.P.H.*; Walaiporn Patcharanarumol, B.Pharm., M.Sc., M. Econ (SPF), Ph.D.**; Worawit Tidthian, B.Sc., M.P.H.*; Warisa Panichkriangkrai, D.D.S., M.P.H., Ph.D.**; Wanchai Ardkhien, B.Sc., M.Sc.***; Ekkachai Daengsa-ard, M.N.S.****; Thawisak Thongbu, B.P.H., M.Sc.*

* Office of Disease Prevention and Control 2, Phitsanulok Province; ** International Health Policy Program, Ministry of Public Health; *** Office of Senior Executive Committee, Department of Disease Control; **** Bangkok Sexually Transmitted Infections Cluster

Journal of Health Science 2017;26(suppl 1):S54-S63.

This study aimed to analyze the relationship between the result of SRRT assessment which was conducted by the Office of Disease Prevention and Control 2, Department of Disease Control, and the result of initial dengue fever control; and to explore the roles and functions of the district SRRT with successful and unsuccessful dengue control. The quantitative and qualitative studies were used. Quantitative data were collected from 426 Sub-Districts in 47 Districts of the 2nd Public Health Region of Thailand. In-depth interview and group conversation among SRRT members, including the focal point, were conducted in purposively selected district SRRTs. The assessment in 2013 showed that the majority of SRRTs (44 out of 47 SRRTs) achieved the standard and good levels while only 3 SRRTs were below the standard criteria. However, only 7 SRRTs (out of 44) could succeed in the control of dengue fever outbreaks. Based on the study results, although the result of SRRT assessment could not fully guarantee the result of dengue fever outbreak control, it is essential to strengthen and ensure competency and effective skill of SRRT. The SRRT should be rich of technical knowledge in order to be able to “early detect and perform rapid response” which means that SRRT must be informed quickly and take action immediately. In addition, the SRRT should be skillful in effective coordination with other relevant stakeholders in order to collaborative work together for “harm reduction and reducing disease infection for the safety of the population”, which means the disease is controlled and the people are safe. This will ensure the ultimate aim of SRRT’s effective actions and epidemic diseases are under control.

Key words: surveillance rapid response team (SRRT), assessment of SRRT, dengue fever control, 2nd Health Region