

การประเมินผลมาตรการ 1-3-7 เฝ้าระวังกำจัดไข้มาลาเรีย
เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563
Evaluation of 1-3-7 Surveillance and Response Strategy for Malaria
Elimination of 10th Public Health Region Ubonratchathani in 2020

สุชนา สีหะวงศ์*, วิริยา ลิมปิทีปการ, วิลาวลัย สุขยา, วิภารัตน์ คำภา, สุรจิต เต็มวงศ์
Suchaya Srihawong*, Wiriya Limpiteeprakan, Wilawan Sookya, Wipharat Kampha, Surajit Termwong

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
The Office of Disease Prevention and Control Region 10 Ubonratchathani

*Correspondence to: n.suchaya@hotmail.com

Received: Sep 2, 2021 | Revised: May 25, 2022 | Accepted: Jun 10, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผล (Summative Evaluation) นี้ เป็นแบบผสมวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการ 1-3-7 เฝ้าระวังกำจัดไข้มาลาเรีย เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563 ใน 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ ทำการศึกษาในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูงและพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ ใน 5 ตำบล (3 จังหวัด) ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และมุกดาหาร กลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานมาลาเรีย หน่วยงานภาครัฐ (ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรอิสระ จำนวน 75 คน และกลุ่มเป้าหมายเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานมาลาเรียระดับเขต อำเภอ ตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์กลุ่ม และการทบทวนเอกสาร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยวิธีการสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ทุกจังหวัดมีโครงสร้างองค์กรที่เอื้อในการดำเนินงาน มีงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอ และมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง ด้านกระบวนการ การแจ้งเตือนผู้ป่วยมีการประสานและรายงานข้อมูลผ่านทางกลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัดเป็นช่องทางหลัก การสอบสวนโรคดำเนินการโดยทีม SRRT ตำบล และหรือหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่พบผู้ติดเชื้อ ยกเว้นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ จะสอบสวนโรคร่วมกันระหว่าง SRRT ตำบลและหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง การตอบโต้โรคดำเนินการโดยหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง โดยมีการประสานผู้นำหมู่บ้าน อสม. NGOs และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการ ด้านผลผลิต จังหวัดมุกดาหารไม่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในปี 2563 และทั้ง 4 ตำบลที่พบการติดเชื้อมาลาเรียในปี 2563 ดำเนินการตามมาตรการ 1-3-7 ได้ตามเป้าหมายของ

กรมควบคุมโรค **ด้านผลลัพธ์** ไม่พบการติดเชื้อซ้ำในแหล่งแพร่เชื้อเดิม **ข้อเสนอแนะ** ควรมีการพัฒนา ระบบการบันทึกข้อมูลมาลาเรียออนไลน์ให้สอดคล้องกับระยะเวลาปฏิบัติงาน พัฒนาทักษะการสอบสวน โรค การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกให้ผู้ปฏิบัติงาน การส่งต่อผลการสอบสวนโรคของผู้ป่วยให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ การจัดทำแนวทางการรายงานแจ้งเตือนผู้ป่วยไข้มาลาเรีย และการสร้างเครือข่ายกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อย่าง สม่ำเสมอ เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจริงในการสอบสวนโรคมากที่สุด

คำสำคัญ : การประเมินผล, มาตรการ 1-3-7, กำจัดไข้มาลาเรีย

Abstract

This Summative Evaluation was mixed-method aimed to evaluate the results of 1-3-7 Surveillance and response measure for malaria elimination of 10th public health region in budget year 2020. Four dimensions namely input, process, output and outcome were explored. The study was conducted in high transmission areas and low transmission areas of malaria in 3 provinces including Ubonratchathani, Srisaket and Mukdahan. The qualitative participants were the government officials responsible for malaria (region, province, district, sub-district level and local administrative organization) village leader, village health volunteer and NGOs, totaling 75 people. The quatitative participants were the government officials responsible for malaria (region, district, sub-district level) and village health volunteer, totaling 38 people. The qualitative research tool were interview forms and note-taking forms. Data were gathered through in-dept interview, group interview, and document review. The quantitative research tool were questionnaires collected data by inquiry. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data where as content analysis were used to analyze qualitative data.

The input showed that all provinces had an organizational structure, sufficient budget and materials that facilitated operations. Province with high malaria transmission areas had an annual training of the health personnel capacity. Moreover, the process illustrated that provincial malaria line group was main channel to coordinate. Disease investigations were carried out by the sub-district SRRT team and/or the insect-led disease control unit that found infected patients except for low malaria transmission areas, a joint investigation would be conducted between the district SRRT team and the insect-led disease control unit. Disease countermeasures were carried out by the insect-led disease control unit by coorditnating with village leaders, health volunteers NGOs and local government organizations participated in the operation. While, the output showed that no malaria cases occured in Mukdahan province in 2020 and the 4 sub - districts found to be infected with malaria successfully proceeded with 1-3-7 surveillance and

response measure according to the goals of the Department of Disease Control. In addition, no occurrence among the second generation in the original source of infection was found in the outcome evaluation. Suggestion: An online malaria logging system should be developed in line with the operational period. Provide courses to develop practitioner skill such as case investigation and active case detection. Forwarding the results of the patient's investigation to those involved. Establishing reporting malaria patient guidelines and also a network of risk groups in the area on a regular basis for the benefit of accessing the most truthful information in the investigation.

Keywords : Evaluation, 1-3-7 Measure, Malaria Elimination

บทนำ

โรคไข้มาลาเรีย เป็นโรคติดต่อโดยมี ยุงก้นปล่องเป็นพาหะ อาการที่สำคัญ ได้แก่ มีอาการไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องร่วง ในกรณีที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ให้ถูกต้องซ้ำเกินไป อาจมีอาการรุนแรงและ เสียชีวิตได้ แนวโน้มของโรคไข้มาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา จำนวน ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยลดลงจาก 150,000 คน ในปีพ.ศ. 2543 ลดลงเหลือ 24,850 ราย ในปีพ.ศ. 2558 (ลดลงประมาณ 85%)⁽¹⁾ กระทรวง สาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้พัฒนาแผน ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569 มีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทย กำจัดโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ.2567 โดยมี 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1) เร่งรัดการจัดการแพร่ เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย 2) พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมใน การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 3) สร้างความร่วมมือ ระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศ และระดับ นานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และ 4) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแล ตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย⁽¹⁾ ซึ่งในยุทธศาสตร์ ที่ 1 การเร่งรัดการจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียใน

ประเทศไทยนั้น มีเรื่องที่มีมุ่งเน้นการดำเนินงาน 5 แนวทาง ซึ่งการวิจัยเรื่องนี้ สนใจศึกษาระบบ เฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบโต้สถานการณ์ได้อย่าง รวดเร็วมีประสิทธิภาพ มีการรายงานและแจ้ง เตือนเมื่อพบผู้ป่วยมาลาเรียเพื่อให้ทีมตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพสามารถ สอบประวัติและตัดสินแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรีย ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแผนปฏิบัติการ กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยพ.ศ. 2560-2564 กำหนดเป้าหมายของระบบเฝ้าระวังโรค (Malaria Online) ตามมาตรการ 1-3-7 ประจำปีพ.ศ. 2563 ได้แก่ 1) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียได้ รายงานเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ภายใน 24 ชม. 2) ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยฯ ได้รับการสอบประวัติ ภายใน 3 วัน และ 3) ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยได้รับการ สอบประวัติ และเจาะเลือดขณะไปสอบประวัติ รวมถึงมีการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อและตอบโต้ อย่างเหมาะสมภายใน 7 วัน⁽¹⁾

สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เขต สุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง⁽²⁾ พบว่ามีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยอัตราป่วย ปีงบประมาณ 2558 – 2562 เท่ากับ 1.17, 0.48, 0.25, 0.30, 0.14 ต่อพันประชากร อัตราตาย

ด้วยโรคไข้มาลาเรียปีงบประมาณ 2558 – 2562 เท่ากับ 0.09, 0.04, 0.06, 0.00 และ 0.02 ต่อแสนประชากร ผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคตามมาตรการ 1-3-7 ของ 5 จังหวัดที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ⁽²⁾ พบว่า มาตรการ 1 การแจ้งเตือนผู้ป่วยมาลาเรีย ต้องดำเนินการภายใน 1 วัน ทำได้ร้อยละ 64 มาตรการ 3 การสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเฉพาะราย ต้องดำเนินการภายใน 3 ทำได้ร้อยละ 87 และมาตรการ 7 การตอบโต้เพื่อต้องกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ต้องดำเนินการภายใน 7 วัน ทำได้ร้อยละ 50 ซึ่งพบว่าผลการดำเนินงานยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยพ.ศ. 2560-2564⁽¹⁾ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า กระบวนการในการนำมาตรการ 1-3-7 ไปใช้มีปัญหาอุปสรรคใดที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมายเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปรับปรุงแก้ไขมาตรการหรือวิธีการดำเนินงานเพื่อกำจัดไข้มาลาเรียต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการการแจ้งเตือน เฝ้าระวัง สอบสวนและตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย (1-3-7) ในพื้นที่ 3 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 10 ในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง และพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และมุกดาหาร ปีงบประมาณ 2563 ประกอบด้วย ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิต และผลลัพธ์

2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรการ 1-3-7 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 เป็นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูงและพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และมุกดาหาร ปีงบประมาณ 2563

นิยามศัพท์

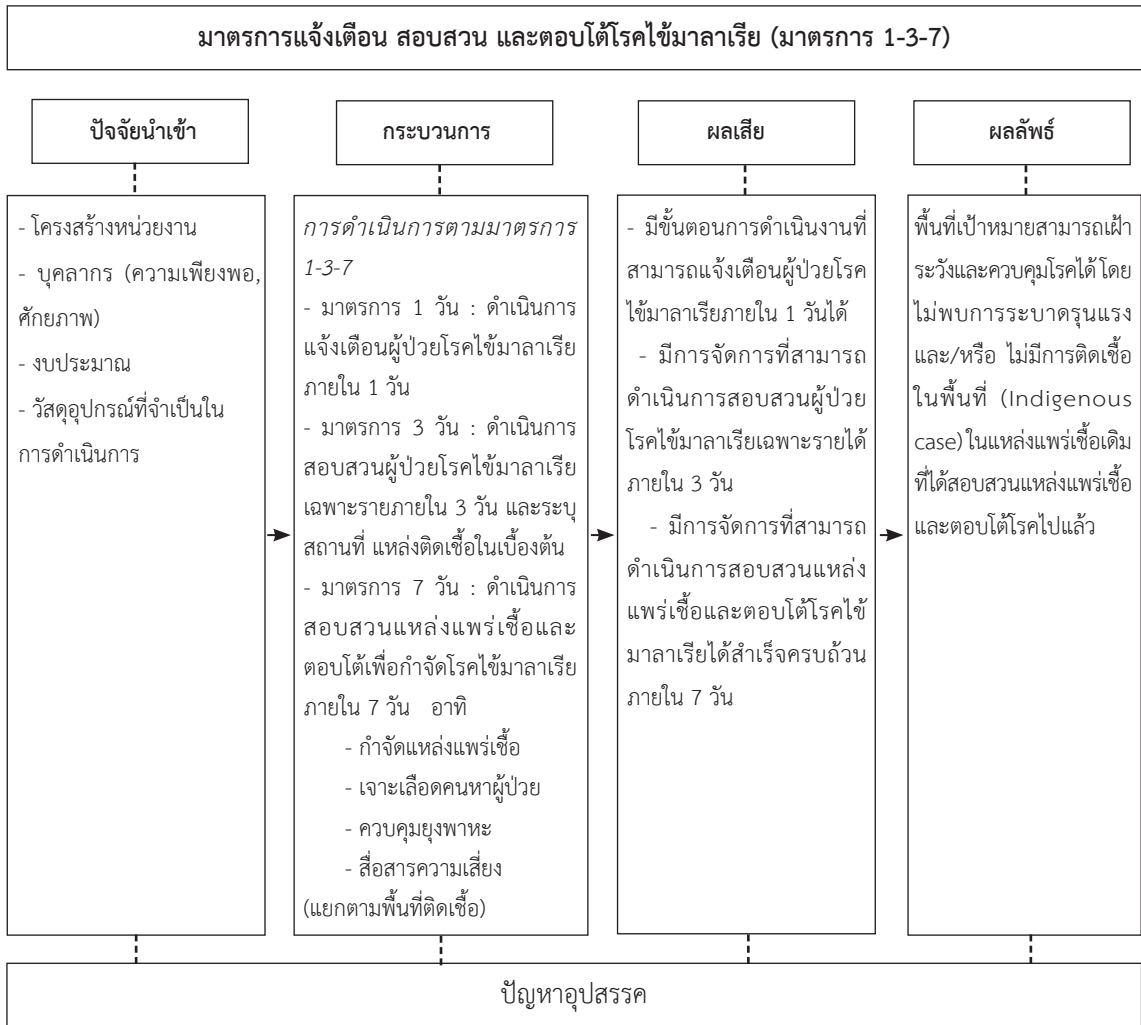
พื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง⁽³⁾ (High transmission areas) คือพื้นที่ที่มีผู้ป่วยมาลาเรียกระจายอยู่ทั่วไปเป็นบริเวณกว้าง เป้าหมายแรกในพื้นที่นี้คือ ต้องลดจำนวนผู้ป่วยจำนวนตายและความรุนแรงของการแพร่เชื้อในพื้นที่นั้นๆ ให้ต่ำลง

พื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ⁽³⁾ (Low transmission areas) คือพื้นที่ที่มีการควบคุมมาลาเรียได้ผลดี ทำให้การแพร่เชื้อเหลือเพียงเป็นหย่อมๆ เช่น กลุ่มบ้าน มีความเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่เชื้ออยู่ในระดับต่ำและ สามารถระบุจุดที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อได้แน่นอน เป้าหมายในพื้นที่นี้คือดำเนินการหยุดยั้งการแพร่เชื้อ

กำจัดโรคไข้มาลาเรีย (Malaria Elimination)⁽¹⁾ หมายถึง การดำเนินงานกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียไม่ให้เกิดขึ้นในท้องที่ใดๆ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าไม่ให้มีผู้ป่วยมาลาเรีย หรือต้องกำจัดยุงพาหะนำเชื้อมาลาเรียให้หมดไปจากท้องที่นั้น แต่ถ้ามีผู้ป่วยมาลาเรียเข้ามา (Imported case) จะต้องมีมาตรการค้นหา สกัดกันและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่เชื้ออย่างต่อเนื่อง

มาตรการแจ้งเตือน สอบสวน และตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย (มาตรการ 1-3-7)⁽³⁾ เป็นระบบเฝ้าระวังโรค ซึ่งเป็นมาตรการหลักที่ใช้สำหรับกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยกองโรคติดต่อฯ โดยแมลงได้กำหนดให้สถานพยาบาลทุกแห่งที่พบผู้ป่วยมาลาเรียต้องรายงานผู้ป่วยทุกรายภายใน 1 วัน การสอบสวนเพื่อตัดสินการติดเชื้อมาลาเรียภายใน 3 วัน และการตอบโต้เพื่อหยุดการแพร่เชื้อภายใน 7 วัน

กรอบแนวคิดการวิจัยประเมินผล



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประเมินผล

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยประเมินผลแบบ Summative Evaluation ของ M. Scriven⁽⁴⁾ ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานระหว่างวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย พื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง⁽¹⁾ 2 อำเภอ และพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำที่ยังมีผู้ป่วยติดเชื้อภายในจังหวัด⁽¹⁾ 2 อำเภอ คัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ ตำบลเสาธงชัย

อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (เขตพื้นที่ทหาร), ตำบลละลาย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ, ตำบลห้วยข่า อำเภอบุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี, ตำบลหนามแท่ง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี และตำบลดงเย็น อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

ประชากรและกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ และกลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลเชิง

คุณภาพ ดังนี้

กลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกแบบเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบงานมาลาเรียหน่วยงานภาครัฐ ระดับเขต จังหวัด อำเภอบ้าน (ศตม./นคม./สสจ./สสอ./รพช./รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยงานละ 1 คน ผู้นำชุมชนตำบลละ 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลละ 5 คน และองค์กรอิสระ (มูลนิธิรักษ์ไทยใน 2 จังหวัด คือ ศรีสะเกษและอุบลราชธานี) รวมจำนวน 75 คน กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ เลือกแบบเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบงานมาลาเรียหน่วยงานภาครัฐ ระดับเขต อำเภอบ้าน (นคม. สสอ. รพช. และรพ.สต.) แห่งละ 1 คน และประธานอสม.หมู่บ้านที่เป็นพื้นที่เสี่ยง 5 คนต่อตำบล รวมจำนวน 38 คน

เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัยปรับปรุงมาจากแบบทดสอบหลังการอบรมหลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อยับยั้งไข้มาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล⁽⁵⁾ และคำถาม 12 ข้อไข้มาลาเรียจากความรู้เรื่องไข้มาลาเรียสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามวัดระดับความรู้และความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย และความสามารถในการดำเนินงาน 2) แบบสอบถามวัดระดับความรู้และการทำกิจกรรมของอสม. แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย และ การทำกิจกรรมของอสม. เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค 3) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ใช้รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามมาตรการรายพื้นที่จากระบบรายงานมาลาเรียออนไลน์ 4) แบบสัมภาษณ์เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เกี่ยวกับโครงสร้างองค์กร ทรัพยากรที่ใช้ วิธีการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากพื้นที่เพื่อให้การกำจัด

ไข้มาลาเรียสำเร็จ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสัมภาษณ์กลุ่ม (ผู้นำชุมชนและอสม. กลุ่มละ 5 คนต่อตำบล) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยวิธีการสอบถาม

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรองที่ SSJ.UB 2563-060 วันที่ 31 มีนาคม 2563

ผลการศึกษา

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีโครงสร้างการดำเนินงานโดยมีคำสั่งมอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 100 ด้านบุคลากร พบว่า มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานมาลาเรียทุกอำเภอ (ร้อยละ 100 ความรู้เจ้าหน้าที่เรื่องโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย = 5.94 (SD=1.52, Max 10, Min 4) มีความรู้ในเรื่องนิยามการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อ (Foci Investigation) ตอบถูกร้อยละ 11.8 และชนิดของเชื้อมาลาเรีย ตอบถูกร้อยละ 23.5 ส่วนองค์ประกอบโรคไข้มาลาเรียนั้น พบว่า บุคลากรหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงตอบถูกทั้งหมด ในขณะที่บุคลากรระดับอำเภอ/ตำบล ตอบผิดทั้งหมด สำหรับความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ระยะเวลาการรักษา และการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติในพื้นที่ พบว่า บุคลากรทุกสังกัดมีความรู้ในระดับดี - ดีมาก โดยตอบถูกร้อยละ 80 ขึ้นไป ในขณะที่ความรู้เรื่องระยะอาการของโรค

บุคลากรทุกสังกัดมีความรู้ ในระดับปานกลาง (ตอบถูกร้อยละ 53) ผลจากการประเมินความสามารถตนเอง(คะแนนเต็ม 3) พบว่า 1) ด้านความสามารถในการเฝ้าระวังและเตือนภัย มีศักยภาพสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.58) 2) ด้านความสามารถในการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย มีศักยภาพสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.62) 3) ด้านความสามารถในการค้นหาผู้ป่วย มีศักยภาพสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.38) 4) ด้านความสามารถในการควบคุมยุงพาหะ มีศักยภาพปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.08) และความสามารถในการเผยแพร่ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีศักยภาพสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.68) สำหรับผลการประเมินความรู้และการทำกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 25 คน พบว่า อสม.มีความรู้มาก (คะแนนเฉลี่ย = 9.8 /เต็ม 12 คะแนน) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 10 และค่าคะแนนสูงสุด - ต่ำสุด เท่ากับ 11 และ 7 คะแนน ตามลำดับ ผลการประเมินความรู้โรคไข้มาลาเรียของอสม. พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้โรคไข้มาลาเรียในระดับดีถึงดีมาก มีเพียงประเด็นการติดต่อของโรคแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและประเด็นสิ่งที่ควรทำเมื่อเกิดความผิดปกติหลังรับประทานยา ที่ตอบถูกในระดับปานกลาง โดยพบว่าร้อยละ 44 ไม่ทราบว่าหากรับประทานยารักษาไข้มาลาเรียแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ ควรเปลี่ยนมารับประทานยาหลังอาหารทันที และร้อยละ 36 ไม่ทราบว่า หากรับประทานยาแล้วปัสสาวะมีสีเข้มหรือดำมากขึ้นให้หยุดทานยาแล้วรีบไปพบแพทย์ ด้านงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ทั้งสามจังหวัดมีงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอในการควบคุมโรคมาลาเรีย โดยมีแหล่งงบประมาณหลักจากงบประมาณกองทุนโลกด้านมาลาเรีย และงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและ

เทศบาล ในการจัดหา ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ในการตรวจเลือด สำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรนั้น พบว่าในจังหวัดที่เป็นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง (อุบลราชธานีและศรีสะเกษ) มีการฝึกอบรมทบทวนฟื้นฟูความรู้ด้านไข้มาลาเรียเป็นประจำทุกปี รวมถึงการพัฒนาทักษะการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ซึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการเน้นในพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูง ส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการทุกอำเภอในจังหวัด สำหรับพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ (มุกดาหาร) มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านมาลาเรียครั้งล่าสุดให้ทีมควบคุมโรคระดับตำบล (SRRT) เมื่อช่วงปีพ.ศ. 2559-2560 ในส่วนของบุคลากรที่ดำเนินการในพื้นที่ พบว่า ทั้งสามจังหวัดมี Malaria Post (MP) ปฏิบัติงานทั้งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและปฏิบัติงานที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ให้บริการเจาะเลือดประชาชนที่สงสัยป่วย ยกเว้นจังหวัดมุกดาหาร มีนโยบายเชิงรุกร่วมกับการตั้งรับ โดยให้ MP ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกด้วยชุดตรวจ Rapid Diagnostic Test (RDT) และให้สุขศึกษากลุ่มเสี่ยงทุกเดือน

ปัญหาอุปสรรค พื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อต่ำกับพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อสูง ไม่มีความแตกต่างในเรื่องของโครงสร้างองค์กร งบประมาณและทรัพยากร แต่พบความแตกต่างด้านศักยภาพของเจ้าหน้าที่เนื่องจากพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำมีคนไข้ในพื้นที่น้อย ทำให้เจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญในการสอบสวนโรค

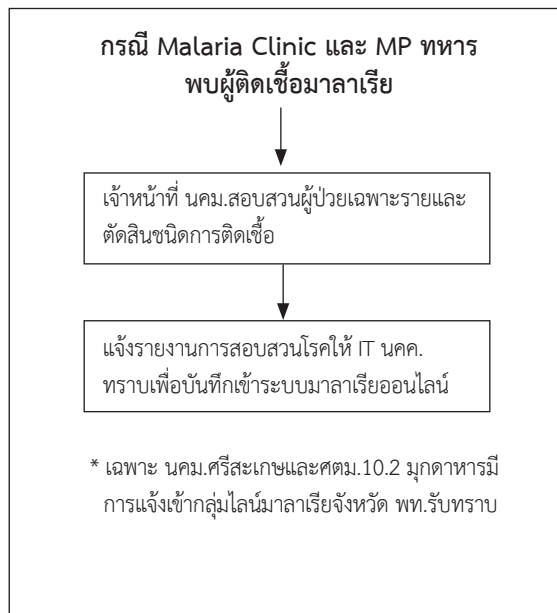
ด้านกระบวนการ ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กระบวนการในการนำมาตรการ1-3-7 ลงไปปฏิบัติ มีดังนี้

การแจ้งเตือนผู้ป่วยภายใน 1 วัน มีรูปแบบการดำเนินงานโดยใช้การประสานงานหลักผ่านทางไลน์กลุ่มมาลาเรียจังหวัด ทั้งในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูงและพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ พบความ

แตกต่างในหน่วยควบคุมโรคนำโดยแมลง (นคม.) จังหวัดอุบลราชธานีทั้งสองแห่ง ที่ Malaria Clinic (MC) ไม่ได้แจ้งข้อมูลผู้ป่วยเข้ากลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัด ทำให้เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ/ตำบลไม่ทราบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ ในส่วนของพื้นที่แพร่เชื้อต่ำ (มุกดาหาร) มีการประสานงานเพิ่มเติมระหว่างหน่วยงานระดับจังหวัดและศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ทาง E-mail และโทรศัพท์

ปัญหาอุปสรรค กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล หรือในช่วงวันหยุดติดต่อกันหลายวัน หรือการเจาะเลือดผู้ต้องขังต่างด้าวแล้วนำผลตรวจมาปรึกษาแพทย์และรับเพียงยากกลับไป จะมีปัญหาในการส่งต่อข้อมูลของเจ้าหน้าที่ผู้รับคนไข้ กับกลุ่มงานของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในการแจ้งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ นคม. ทราบ เพื่อดำเนินการรายงานผู้ป่วยเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ให้ทันภายใน 1 วัน

การรายงานสอบสวนโรคผู้ป่วยเฉพาะรายและตัดสินใจของการติดเชื้อ ภายใน 3 วัน หน่วยงานที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อจะเป็นผู้สอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย ยกเว้นที่ Malaria Postของทหารที่บ้านภูมิซรอล ต.เสาชิงชัย ที่ จะแจ้งรายงานผู้ป่วยให้นคม.ศรีสะเกษเป็นผู้ดำเนินการสอบสวนโรค สำหรับการสอบสวนโรคในพื้นที่ ทีม SRRT ตำบลจะเป็นผู้สอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย และตัดสินใจแพร่เชื้อ โดยจะมี SRRT อำเภอร่วมสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายและตัดสินใจแพร่เชื้อ เฉพาะกรณีที่มีผู้ป่วยหลายๆรายพร้อมกัน จากนั้นจะส่งข้อมูลเข้ากลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัด เพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่สารสนเทศ (IT) นคม. ดำเนินการบันทึกเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ พบข้อแตกต่างในจังหวัดมุกดาหารที่เป็นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่นคม.ร่วมดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายและตัดสินใจแพร่เชื้อด้วยทุกครั้ง รายละเอียดดังแผนภาพที่ 2

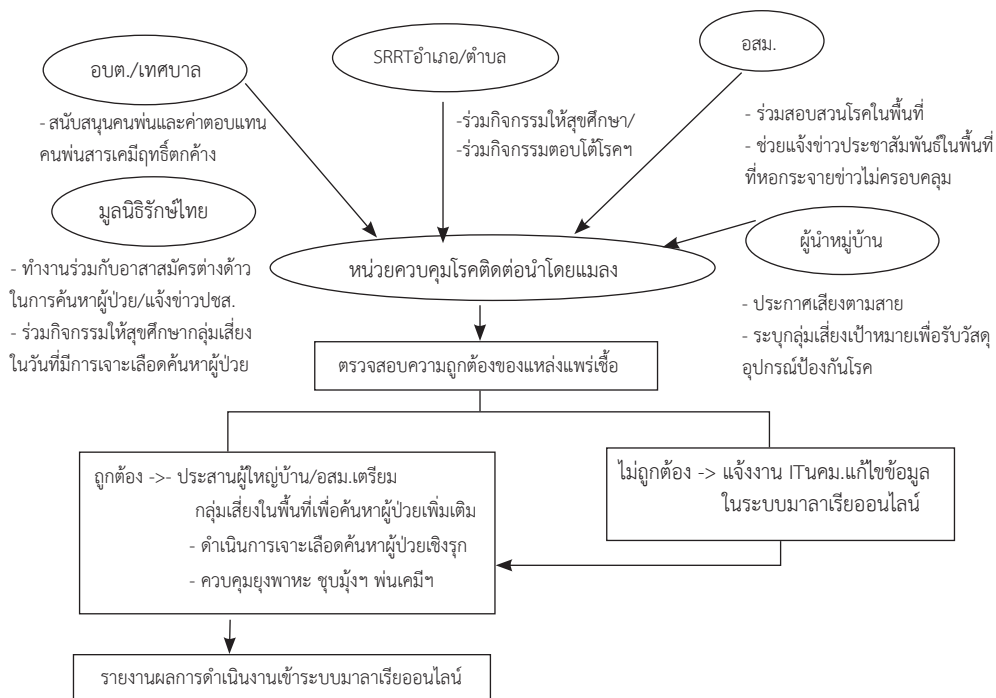


แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอน การสอบสวนโรคมมาลาเรียภายใน 3 วัน (มาตรการ 3) กรณีหน่วยงานระดับ ตำบล/อำเภอพบผู้ติดเชื้อ และกรณีเจ้าหน้าที่ Malaria Clinic ของนคม.เป็นผู้พบผู้ติดเชื้อ

ปัญหาอุปสรรค ผู้ให้ข้อมูลระดับเขตสุขภาพ ให้ข้อมูลว่า ข้อมูลจากการสอบสวนตามแบบ รว.3 ในบางครั้งไม่ถูกต้อง เช่น ข้อมูลแหล่งแพร่เชื้อ รายงานข้อมูลเป็นที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วย แต่ไม่ใช่ที่อยู่จริงของผู้ป่วยขณะติดเชื้อ หรือผู้ป่วย ไม่ให้ข้อมูลความจริงทั้งหมดเนื่องจากเกรงว่าจะได้ รับผลกระทบจากการกระทำความผิดมาก่อน ทำให้ การตอบโต้โรคล่าช้า เป็นต้น

การสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อและตอบโต้โรค เพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ภายใน 7 วัน หน่วย ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) จะรับทราบ ข้อมูลผู้ป่วยและตรวจสอบความถูกต้องของ แหล่งแพร่เชื้อ แล้วประสานพื้นที่ได้แก่ ผู้นำ

หมู่บ้าน อสม. และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต., เทศบาล) ในการเจาะเลือดเพื่อค้นหาผู้ป่วย เชิงรุก การควบคุมยุงพาหะด้วยการแจ่มขูบสารเคมี การฉีดพ่นสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง การให้ สุขศึกษากลุ่มเสี่ยง โดยในพื้นที่แนวชายแดนจะมี การร่วมดำเนินงานกับมูลนิธิริรักษ์ไทย ซึ่งจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ช่วยปฏิบัติงานกระจาย ขาวสารและรวบรวมจำนวนกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าร่วม กิจกรรมตอบโต้โรค เมื่อดำเนินการแล้วเสร็จ งาน IT นคม.จะบันทึกผลการดำเนินงานลงใน ระบบมาลาเรียออนไลน์ให้ทันเวลาภายใน 7 วัน รายละเอียดแสดงดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อและตอบโต้โรคมาลาเรีย โดยนคม.ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ (มาตรการ 7)

ปัญหาอุปสรรค พบว่า การเจาะเลือดเพื่อ ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ยังไม่ได้รับความร่วมมือจาก ประชาชนในบางพื้นที่ เพราะมองว่าตนอยู่ที่บ้าน

ไม่ได้เข้าป่าหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย จึงไม่ สมควรใจรับการเจาะเลือด เป็นต้น ส่วนการตอบโต้ โรคโดยควบคุมยุงพาหะไม่สามารถดำเนินการได้

ทันภายใน 7 วัน ในพื้นที่ที่มีความอ่อนไหวพิเศษ (เขตพื้นที่ทหาร)

ด้านผลผลิต ผลการดำเนินงานปีพ.ศ. 2563 จากระบบมาลาเรียออนไลน์ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ พบว่า 1) ความสามารถในการแจ้งเตือนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียภายใน 1 วัน ทั้ง 4 ตำบล ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ มากกว่าร้อยละ 80 โดยตำบลห้วยข้า ตำบลหนามแท่ง และตำบลละลาย ทำได้ร้อยละ 100 ตำบลเสาชงชัยทำได้ ร้อยละ 92 ส่วนพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียดำ (ตำบลดงเย็น จ.มุกดาหาร) ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียในปี พ.ศ. 2563 2) ด้านการสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเฉพาะรายได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ภายใน 3 วัน พบว่า ทั้ง 4 ตำบลที่พบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2563 สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 100 3) ด้านการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อและตอบโต้โรคไข้มาลาเรียได้สำเร็จ ครบถ้วนภายใน 7 วัน พบว่า ทั้ง 3 ตำบลที่มีการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ สามารถดำเนินการตามมาตรการได้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ มากกว่าร้อยละ 70 (ตำบลห้วยข้า ร้อยละ 83, ตำบลเสาชงชัย ร้อยละ 75, และตำบลละลาย ร้อยละ 100)

ด้านผลลัพธ์ ในพื้นที่ตำบลเสาชงชัย และตำบลห้วยข้า ยังพบการติดเชื้อมาลาเรียในเดือนต่อมา แต่เป็นการติดเชื้อจากต่างพื้นที่ ไม่พบว่ามี การติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ (Generation 2) ในแหล่งแพร่เชื้อเดิม

วิจารณ์

การประเมินการดำเนินงานแจ้งเตือนสอบสวนและตอบโต้โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ศึกษา 5 ตำบล ใน 3 จังหวัด **ด้านปัจจัยนำเข้า** จังหวัดมีงบประมาณจากกองทุนโรคดำนมาลาเรียเป็นงบหลักเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการมีกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่

โดยพบความแตกต่างในพื้นที่แพร่เชื้อกับพื้นที่หยุดการแพร่เชื้อ ซึ่งในพื้นที่แพร่เชื้อ มีการอบรม ทบสวนพื้นที่พหุความรู้ให้เจ้าหน้าที่ทุกปี แต่พื้นที่หยุดการแพร่เชื้อ มีการอบรมพื้นที่พหุความรู้ครั้งล่าสุดเมื่อปีพ.ศ. 2560 ประเด็นที่พบว่าบุคลากรระดับเขตสุขภาพ (นคม.) ตอบถูกร้อยละ 100 แต่บุคลากรระดับอำเภอ/ตำบล ตอบผิดร้อยละ 100 คือ ความรู้เรื่ององค์ประกอบการเกิดโรคไข้มาลาเรีย (ได้แก่ คน เชื้อมาลาเรีย และยุงพาหะ) พบว่า บุคลากรระดับอำเภอ/ตำบลเข้าใจว่าเป็น ป่า คน และยุงพาหะ ซึ่งอาจเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนขององค์ประกอบหลักที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรค เมื่อพิจารณาถึงผลการประเมินความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขแล้วพบว่าไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยะพร หวังรุ่งทรัพย์และคณะ⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาและประเมินความรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานบริการชุมชน 48 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของโรคไข้มาลาเรียในระดับเกณฑ์ดี สำหรับการประเมินความสามารถนั้น บุคลากรสาธารณสุขประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการเฝ้าระวังและเตือนภัย การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย การค้นหาผู้ป่วย และการเผยแพร่ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับดี - ดีมาก มีเพียงประเด็นการจัดทำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์ 3 ปีย้อนหลังและจัดทำข้อมูลเตือนภัยรายเดือนที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานระดับอำเภอและโรงพยาบาล ร้อยละ 17.6 ไม่สามารถทำได้ และพบว่า ร้อยละ 11.7 ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและรพ.สต. ไม่สามารถเจาะเลือดและตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์ได้ โดยพบความแตกต่างที่บุคลากรระดับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่หยุดการแพร่เชื้อ (A2)⁽¹⁾ มี

ข้อจำกัดในการใช้สถิติรวมถึงการนำเสนอข้อมูล และการแปลผลที่ถูกต้อง รวมถึงการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่ สำหรับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลนั้น พบว่ามีความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียในระดับดีถึงดีมาก แต่มีข้อจำกัดในองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคไข้มาลาเรียและสิ่งที่ควรกระทำเมื่อพบความผิดปกติหลังรับประทานยา ด้านกระบวนการพบว่า การดำเนินงานตามมาตรการ 1-3-7 ระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีจุดแข็งของระบบเฝ้าระวังโรค คือ ช่องทางการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมหน่วยงานทุกระดับ ผ่านทางกลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Guanyu Lu⁽⁹⁾ ที่ถอดบทเรียนความสำเร็จเรื่องมาลาเรียในการดำเนินงานรายงานแจ้งเตือนภายใน 1 วันในประเทศจีน โดยพบว่า สามารถรายงานแจ้งเตือนได้ทันภายใน 1 วัน เนื่องจากการมีโครงสร้างทางระบบเฝ้าระวังที่ดี โดยการส่งต่อข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ อย่างไรก็ดี พบข้อจำกัดในบางอำเภอที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน ไม่ได้เป็นสมาชิกในกลุ่มไลน์ของจังหวัด จึงอาจไม่ได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่นอกเหนือเขตอำเภอที่รับผิดชอบหรือไม่ปรากฏในระบบรายงานของโรงพยาบาล รวมถึงกรณีที่หน่วยมาลาเรียคลินิกบางแห่งไม่ได้แจ้งข้อมูลการพบผู้ติดเชื้อเข้าในกลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัดเพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบร่วมกัน โดยรูปแบบการแจ้งเตือนข้อมูลผู้ป่วยที่พบในพื้นที่ศึกษา มีหลากหลายรูปแบบ อย่างไรก็ดี ผลการดำเนินงานในปีพ.ศ. 2563 ของหน่วยงานระดับโรงพยาบาลของทั้งสามอำเภอที่ทำการศึกษายังพบการรายงานแจ้งเตือนผู้ป่วยไม่ทันภายใน 1 วันของทั้งสามอำเภอๆ ละ 1 ราย โดยผลงานวิจัยนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยของประเทศจีน 2 ฉบับ คือ การศึกษาของ Jun Feng และคณะ⁽¹⁰⁾

และ Duoquan Wang⁽¹¹⁾ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 100 สามารถแจ้งรายงานข้อมูลผู้ป่วยได้ทันภายใน 1 วัน โดยการศึกษาของ Jun Feng เป็นการศึกษาในพื้นที่ 18 เขตปกครองที่ติดชายแดนจีน-พม่า ในช่วงปี พ.ศ. 2556 – 2557 พบผู้ป่วยจำนวน 858 ราย ที่รายงานทันตามกำหนด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Duoquan Wang ที่ศึกษาในพื้นที่มณฑลยูนนาน ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2557 ที่มีจำนวนผู้ป่วย 260 ราย ทั้งนี้เนื่องจากในประเทศจีนมีการกำหนดให้มีการรายงานแจ้งเตือนผู้ป่วยภายใน 1 วันเป็นกฎหมายบังคับ สำหรับการรายงานการสอบสวนโรคภายใน 3 วัน นั้น พบว่าปีงบประมาณพ.ศ. 2563 พื้นที่ศึกษาทั้ง 4 ตำบล มีการดำเนินการได้ร้อยละ 100 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของประเทศจีนทั้งสองฉบับข้างต้น ที่สามารถสอบสวนโรคภายใน 3 วันได้ร้อยละ 81.5 และ 96.3 ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ติดเชื้อของประเทศจีนอยู่ตามแนวชายแดนและเข้าถึงลำบากจึงไม่สามารถดำเนินการได้ทันตามเวลาที่กำหนด อย่างไรก็ดี พบปัญหาความไม่ครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลจากการสอบสวนโรคเบื้องต้น เช่น การระบุแหล่งติดเชื้อไม่ถูกต้องหรือขาดความชัดเจน ทำให้เกิดความล่าช้าในการสอบสวนโรคในพื้นที่ซ้ำ ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ได้รับความร่วมมือด้วยดีจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และมูลนิธิริรักษ์ไทย **ด้านผลผลิต** แม้ทั้ง 4 ตำบลจะสามารถดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายกรมควบคุมโรค แต่ยังพบว่าบางตำบลไม่สามารถแจ้งเตือนผู้ป่วยได้ทันภายใน 1 วัน จากกรณีที่พบผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อ และตอบโต้โรคในพื้นที่ทหารให้ทันภายใน 7 วัน เนื่องจากมีข้อตกลงให้ทหารเป็นผู้ดำเนินการเอง มีเพียงมาตรการสอบสวนโรคที่สามารถดำเนิน

การได้ทันภายใน 3 วัน ซึ่งการร่วมมือของเครือข่ายในการดำเนินงาน/ระบบบริหารจัดการภายในของเครือข่าย เป็นสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ **ด้านผลลัพธ์** ระบบเฝ้าระวังโรคของ 3 จังหวัดมีช่องทางหลักในการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยคือ ผ่านทาง Application Line โดยมีกลุ่มไลน์มาลาเรียระดับจังหวัด และกลุ่มไลน์ของจังหวัดกับ MP เป็นจุดแข็งในการเชื่อมต่อข้อมูลและประสานงาน ในส่วนผลลัพธ์การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ไม่พบการระบาดรุนแรงหรือไม่มีการติดเชื้อในพื้นที่เป็นวงรอบที่ 2 ในแหล่งแพร่เชื้อเดิม

ข้อเสนอแนะนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรฟื้นฟูความรู้โรคไข้มาลาเรีย และพัฒนาทักษะในการสอบสวนโรค การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกให้กับเจ้าหน้าที่ทั้งระดับอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง
2. ควรฟื้นฟูความรู้เรื่องอาการของโรค และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อพบความผิดปกติหลังการรับประทานยาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ใหญ่บ้านและอสม. ในการชุมชนด้วยสารเคมีฤทธิ์ตกค้างในพื้นที่แพร่เชื้ออย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการรับ-ส่งข้อมูลสองทางในกลุ่มไลน์มาลาเรียจังหวัด โดยแจ้งรายงานข้อมูลผู้ป่วยทุกรายในพื้นที่ไม่ว่าหน่วยงานใดจะเป็นผู้ตรวจพบผู้ติดเชื้อไข้มาลาเรีย เพื่อประโยชน์ในการประสานงาน และควบคุมกำกับกับการดำเนินงานระดับพื้นที่ รวมถึงการจัดทำ QR Code ไลน์กลุ่มมาลาเรียจังหวัดให้มีความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใหม่ เพื่อ Scan เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม

4. ควรจัดทำแนวทางการรายงานแจ้งเตือนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียของจังหวัด สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานหรือการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่
5. ควรมีสร้างเครือข่ายกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจริงจากการสอบสวนโรค

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานกำจัดไข้มาลาเรียประจำปี 2562. เอกสารอัดสำเนา.
3. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง. แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคมาลาเรียสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
4. เชาว์ อินเ. การประเมินโครงการ Program Evaluation. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรินท์ (1991); 2553.
5. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรอบรมวิทยาการเพื่อยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.

6. รุ่งระวี ทิพย์มนตรี, นารัตนา ชันธิกุล. ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
7. กระทรวงสาธารณสุข. โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย ระบบมาลาเรียออนไลน์. [อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก: malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/index_v2.php
8. ปิยะพร หวังรุ่งทรัพย์, สุพจน์ รัตนเพียร, สุธน คุ่มเพชร, สถิต บุญแข็ง, ปรีชา เปรมปรี. การประเมินศักยภาพความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขด้านมาลาเรียเพื่อรองรับงานกำจัดโรคมาลาเรียในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(4): 663-72
9. Guangyu Lu, Yaobao Liu, Claudia Beirsmann, Yu Feng, Jun Cao, Olaf Muller. Challenges in and lessons learned during the implementation of the 1-3-7 malaria surveillance and response strategy in China: a qualitative study. Infectious Diseases of Poverty 2016;5:94.
10. Jun Feng, Juan Liu, Xinyu Feng, Li Zhang, Huihui Xiao. Towards Malaria Elimination: Monitoring and Evaluation of the “1-3-7” approach at the China-Myanmar Border. Am J Trop Med Hyg 2016;95(4): 806-10.
11. Duoquan Wang, Chris Cotter, Xiaodong Sun, Adam Bennett, Roly D. Gosling and Ning Xiao. Adapting the local response for malaria elimination through evaluation of the 1-3-7 system performance in the China-Myanmar border region. Malaria Journal 2017;16:54.