

ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง
จังหวัดสตูล



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

Factors in Successful Control of Measles Outbreak
in Mueang District, Satun Province

Mrs. Rutkalya Khawcho




An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science
Sukhothai Thammathirat Open University


2019

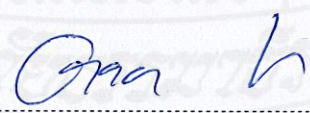
หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัด
ของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล
ชื่อและนามสกุล นางรุจกัลยา ขาวเขา
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2562

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง
จังหวัดสตูล

ผู้ศึกษา นางรุจกัลยา ขาวเขาะ **รหัสนักศึกษา** 2605001573

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมิณผลครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล และ (2) ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ประชากร คือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสาธารณสุข บุคลากรของกองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคหัด จำนวนทั้งหมด 36 คน เครื่องมือในการศึกษาเป็นแบบตรวจรายการ แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมิน โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากในแบบประเมิน ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ เท่ากับ 0.74, 0.92, 0.93 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) การประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคหัดในพื้นที่ ผลการประเมินภาพรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี และ 2) ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้แก่ การมีจัดตั้ง ทีมปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคในพื้นที่เพื่อนำมากำหนดแผนงานและแนวทางการดำเนินงานโดยผ่านการเห็นชอบจากผู้บริหาร การให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยเน้นย้ำให้พื้นที่ที่มีความครอบคลุมของวัคซีนให้ได้ตามเป้าหมาย มีการเฝ้าระวังมีการตรวจจับผู้ป่วยที่รวดเร็วและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างครบถ้วน ระบบการรายงานผู้ป่วยมีความรวดเร็วทันเวลา มีจำนวนบุคลากรเพียงพอและพร้อมสำหรับปฏิบัติงานด้านการสอบสวนและควบคุมโรค มีทรัพยากรด้านวัคซีน วัสดุอุปกรณ์ และระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศมีพร้อมและเพียงพอในการปฏิบัติงาน และมีระบบการสื่อสารและประสานงานกับเครือข่ายและประชาชนในการลงพื้นที่

คำสำคัญ ปัจจัยความสำเร็จ การระบาดของโรคหัด ชิปโมเดล การวิจัยประเมินผล

Independent Study title: Factors in Successful Control of Measles Outbreak in Mueang District, Satun Province

Author: Mrs.Rutkalya Khawcho; **ID:** 2605001573; **Degree:** Master of public health;

Independent Study Advisors: Dr. TheerawutThammakun,Assistant Professor;

Academic year: 2019

Abstract

The objectives of this evaluation research were to study: (1) context, inputs, processes and outputs in the control of a measles outbreak; and (2) factors in the successful control of a measles outbreak, in Mueang district, Satun province.

The population of study was the executives and health officials of public health agencies as well as local administrative organizations in the areas where measles patients were detected. Study tools were a checklist, an interview and an evaluation form; with Cronbach's alpha coefficients of the evaluation form, especially the context, input, process and output section were 0.74, 0.92, 0.93, and 0.83, respectively. Analyses were performed for quantitative data to determine frequencies, percentages, means, standard deviations, and for qualitative data using content analysis.

The results indicated that, for the measles outbreak control in Mueang district: (1) concerning the context assessment, the inputs, processes and outputs in the outbreak control, as a whole and for each aspect, were at a good level; and (2) the key factors in the success of the outbreak control included a clearly established operation team, an analysis of the disease situation and trends leading to the properly developed action plans and operational guidelines approved by relevant executives, the focus on immunization operation and coverage, rapid surveillance and case detection efforts, completeness in specimen collection and laboratory examination, a fast and timely reporting system, adequate personnel with readiness for disease investigation and control, adequate vaccines as well as materials/equipment, sufficient and ready information technology systems, a good communication system, and a coordinated network with community or people's participation at the local level.

Keywords: Factors of successful, Measles outbreak, CIPP model, Evaluation research

กิตติกรรมประกาศ

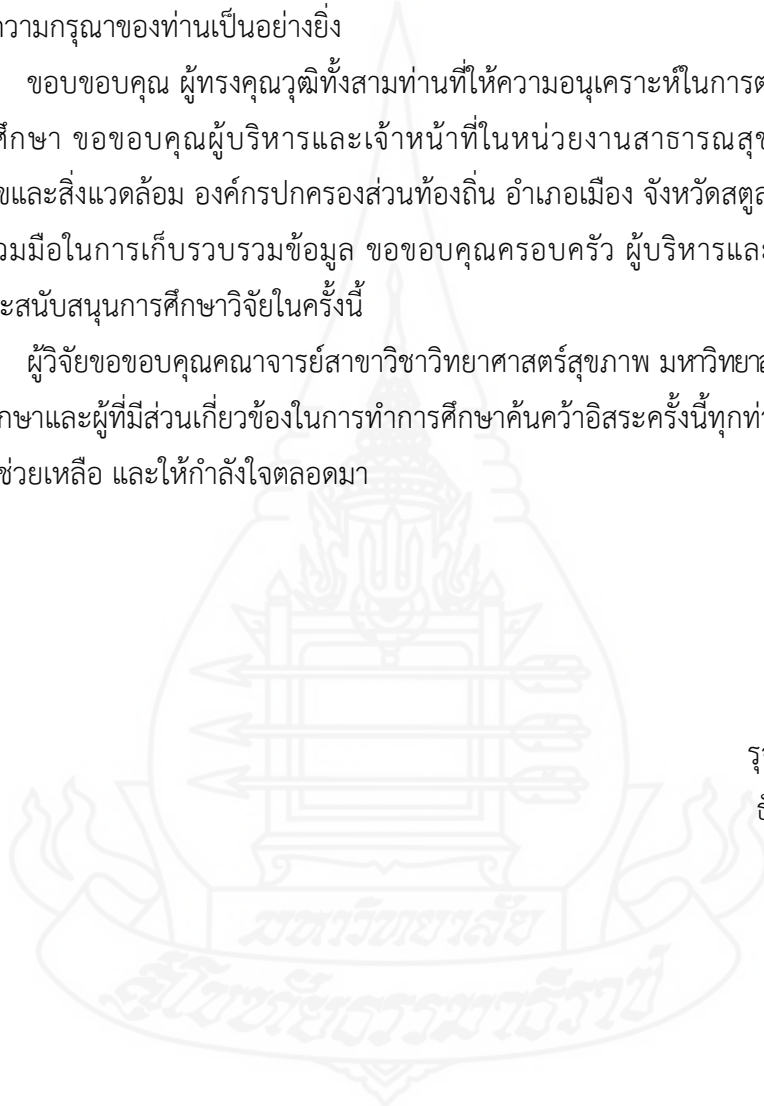
การทำการศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการศึกษาค้นคว้าอิสระอย่างใกล้ชิดจนกระทั่งสำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณครอบครัว ผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานที่ให้อกำลังใจและสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้อกำลังใจตลอดมา

รุจกัลยา ขาวเซาะ

ธันวาคม 2562



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
มาตรฐานที่มเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว.....	16
มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ.....	18
หลักทางระบาดวิทยาในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค.....	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรในการศึกษา.....	44
รูปแบบการวิจัย.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	50
ข้อมูลทั่วไป.....	50
ผลการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model.....	52
ผลการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน.....	57
ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัด.....	66
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	68
สรุปผลการวิจัย.....	68
อภิปรายผล.....	69
ข้อเสนอแนะ.....	72
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	73
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	80
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	81
ข แบบตรวจรายการ.....	83
ค แบบประเมิน.....	87
ง แบบสัมภาษณ์.....	95
ประวัติผู้วิจัย.....	99

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การให้วัคซีน MMR ในเด็กอายุ 9 เดือน ถึงเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี 6 เดือน ตามประวัติการได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของหัด.....	26
ตารางที่ 2.2 การให้วัคซีน MMR ในเด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน ถึงเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ตาม ประวัติการได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของหัด.....	27
ตารางที่ 2.3 การให้วัคซีน MMR/MR ในนักเรียนชั้น ป.1 ตามประวัติการได้รับวัคซีน ก่อนเข้าเรียน ตามประวัติการได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของหัด.....	24
ตารางที่ 2.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมายของการกำจัดโรคหัด.....	32
ตารางที่ 2.5 ระบบเฝ้าระวังโรคหัดของประเทศไทยในปัจจุบัน.....	34
ตารางที่ 2.6 ตัวชี้วัดระบบเฝ้าระวังโรคหัดตามโครงการกำจัดหัด.....	34
ตารางที่ 3.1 กรอบการประเมิน.....	45
ตารางที่ 4.1 สถานภาพและข้อมูลทั่วไปของประชากรผู้ให้ข้อมูล.....	51
ตารางที่ 4.2 แสดงผลการประเมินตนเองในภาพรวมรายด้านของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น อำเภอมือง จังหวัดสตูล.....	52
ตารางที่ 4.3 แสดงผลการประเมินตามแบบตรวจสอบรายการในภาพรวมรายด้าน ของ สถานบริการที่พบผู้ป่วยโรคหัด อำเภอมือง จังหวัดสตูล.....	53
ตารางที่ 4.4 แสดงผลการประเมินตนเองความสอดคล้องด้านบริบท (Context) กับการ ป้องกันการระบาดโรคหัดของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ บุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอมือง จังหวัดสตูล.....	53
ตารางที่ 4.5 แสดงผลการประเมินด้านบริบท (Context) ของการดำเนินงานตาม โครงการกำจัดโรคหัดกับการป้องกันการระบาดโรคหัดตามแบบตรวจ รายการของสถานบริการที่พบผู้ป่วยโรคหัด อำเภอมือง จังหวัดสตูล.....	55

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.6 แสดงผลการประเมินตนเองความสอดคล้องด้านปัจจัยนำเข้า (Input) กับการป้องกันการระบาดโรคหัดของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....	57
ตารางที่ 4.7 แสดงผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของการดำเนินงานตามโครงการกำจัดโรคหัดกับการป้องกันการระบาดโรคหัด ตามแบบตรวจรายการของสถานบริการที่พบผู้ป่วยโรคหัด 10 แห่ง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....	58
ตารางที่ 4.8 แสดงผลการประเมินตนเองความสอดคล้องด้านกระบวนการ (Process) กับการป้องกันการระบาดโรคหัดของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....	60
ตารางที่ 4.9 แสดงผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process) ของการดำเนินงานตามโครงการกำจัดโรคหัดกับการป้องกันการระบาดโรคหัด ตามแบบตรวจรายการของสถานบริการที่พบผู้ป่วยโรคหัด 10 แห่ง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....	61
ตารางที่ 4.10 แสดงผลการประเมินตนเองความสอดคล้องด้านผลลัพธ์ (Output) กับการป้องกันการระบาดโรคหัดของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....	63
ตารางที่ 4.11 แสดงผลการประเมินด้านผลลัพธ์ (Output) ของการดำเนินงานตามโครงการกำจัดโรคหัดกับการป้องกันการระบาดโรคหัด ตามแบบตรวจรายการของสถานบริการที่พบผู้ป่วยโรคหัด 10 แห่ง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....	64

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 การประเมินตามรูปแบบ CIPP Model	12



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัดเป็นโรคไข่ออกผื่นที่พบบ่อยในเด็ก เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Measles ติดต่อกันได้ง่ายโดยการไอ จาม แพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ประเทศไทยได้ดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กอายุ 9 เดือนมาตั้งแต่ปี 2527 และมีประสิทธิภาพสูงเกือบร้อยละ 100 โรคหัดเป็นโรคที่มีความสำคัญมากโรคหนึ่งเพราะอาจเกิดโรคแทรกซ้อนเช่น ปอดบวม อูจจาระร่วง หากได้รับการรักษาล่าช้าสามารถทำให้เสียชีวิตได้ ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 63 พ.ศ. 2553 มีข้อตกลงให้ตั้งเป้าหมายในการกำจัดโรคหัดให้สำเร็จในปี พ.ศ.2563 (ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ, พรทิพย์ จอมพุก และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร, 2555) การดำเนินงานกำจัดโรคหัดจึงเป็นพันธะสัญญาระหว่างประเทศที่ทุกประเทศต้องดำเนินการให้เกิดความสำเร็จเพื่อกำจัดโรคหัดให้น้อยลงให้มากที่สุดในทุกภูมิภาคและทั่วโลก ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก จึงได้ริเริ่มโครงการกำจัดโรคหัดขึ้นเพื่อเป็นการเตรียมการดำเนินงานให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอย่างเข้มแข็ง มุ่งสู่เป้าหมายในการกำจัดโรคหัด โดยกรมควบคุมโรคร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และกรมการแพทย์ ได้ดำเนินการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ในปีพ.ศ.2554 โดยมีเป้าหมายให้ได้มีการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค การรักษา และการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร, 2559)

มีการศึกษาเรื่องโรคหัดในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคหัดในหลายพื้นที่ จากการศึกษาของ Cutts, Henao-Restrepo, & Olive (1999) เรื่อง Measles elimination: progress and challenges พบว่า อุปสรรคในการกำจัดโรคหัดทั่วโลกถูกมองว่าเป็นเรื่องการเมืองและการเงิน และยังมีคำถามทางเทคนิคเรื่องการปรับกลยุทธ์ในการกำจัดโรคหัดในแง่ของการระบาดในอเมริกา และการศึกษาของ Grant et al (2019) พบว่าประเด็นสำคัญที่จำเป็นเพื่อความก้าวหน้าในการกำจัดโรคหัดคือ การพัฒนาให้มีเวทีสำหรับการประสานงานที่ดีขึ้น สามารถคาดการณ์ได้และมีทรัพยากรที่เพียงพอ จากผลการศึกษาในต่างประเทศการกำจัดโรคหัดมีปัจจัยหลายด้านเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมทั้งมีกระบวนการในดำเนินงานในหลายรูปแบบ จะเห็นได้ว่าในการให้บรรลุการกำจัดโรคหัดมีรูปแบบ กระบวนการและกลยุทธ์ที่ต้องขับเคลื่อน รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนและความ

พร้อมของทรัพยากร นอกจากนี้ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานทำให้สามารถวางแผนบริหารจัดการ สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบเพื่อให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ และบรรลุตามเป้าหมายลดอัตราการเกิด การระบาด และการตายด้วยโรคหัดอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาเรื่องโรคหัดของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการกำจัดโรคหัด การศึกษาของนลินี ช่วยดำรง ลัดดาวัลย์ สุขุม และศุภราภรณ์ พันธุ์เถระ (2556) ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นการศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคหัดที่มีความไวในการรายงานร้อยละ 16.4 ซึ่งค่อนข้างต่ำ สาเหตุเกิดจากโรคหัดมีอาการคล้ายโรคอื่นแม้ว่าเกณฑ์ทางคลินิกเข้าตามนิยามผู้ป่วยโรคหัด แต่แพทย์ไม่ได้วินิจฉัย หรือบางแห่งแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยโรคหัดแต่เวชระเบียนใส่รหัสเป็นโรคอื่นทำให้ความครบถ้วนในการรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบน้อยกว่าความเป็นจริง สิ่งที่ต้องปรับปรุงในภาพรวมของระบบเฝ้าระวังในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้คือ การพัฒนาและปรับปรุงให้มีความไวในการรายงาน เพื่อให้สามารถตรวจจับการระบาดได้อย่างรวดเร็ว และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของวรรณภา วิจิตร และคณะ (2555) ได้ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัด จังหวัดตาก พบว่า ความไวของระบบเฝ้าระวังเท่ากับร้อยละ 44.8 ค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังในภาพรวมร้อยละ 66.7 ทั้งนี้พบว่าแพทย์บางโรงพยาบาลมีการใช้นิยามในการวินิจฉัยที่ค่อนข้างมีความจำเพาะสูงและโรงพยาบาลบางแห่งถ้าแพทย์วินิจฉัยสงสัยโรคหัดเวชสถิติจะไม่ใส่รหัส ICD10 ดังนั้นจากข้อมูลการศึกษาด้านการเฝ้าระวังโรคหัดเชิงปริมาณระบบส่วนใหญ่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพอาจจะมีจุดที่ต้องปรับปรุงแก้ไขก็สามารถดำเนินการได้ แต่หากต้องการให้การกำจัดโรคหัดประสบผลสำเร็จกระบวนการดำเนินงานต้องมีความครอบคลุมอย่างรอบด้าน ซึ่งในการดำเนินงานทางระบาดวิทยามีกิจกรรมหลัก 3 ด้าน คือ การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การสอบสวนทางระบาดวิทยา และการศึกษาทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา (2548) ดังนั้นการประเมินระบบเฝ้าระวังเป็นหนึ่งในกระบวนการทางด้านระบาดวิทยาที่ยังไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่าการดำเนินงานในพื้นที่จะเกิดประสิทธิภาพและบรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายและเพื่อให้การดำเนินงานทางระบาดวิทยาเกิดประสิทธิภาพจึงมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานและตัวชี้วัด อาทิเช่น มาตรฐานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance Rapid Response Team: SRRT) รวมถึงบูรณาการการดำเนินงานที่สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ DHS (District Health System) ภายใต้กรอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมาขับเคลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีเป้าหมายเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นการศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการดำเนินงานจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อให้เกิดความพร้อมต่อการปฏิบัติงาน สามารถดำเนินการตามวัตถุประสงค์และบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้โดยมีการนำแนวคิดและทฤษฎีมาประกอบเพื่อให้เกิดมุมมองที่ครอบคลุมและสามารถนำไปวางแผนและพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

สำนักระบาดวิทยา (2561) ได้สรุปสถานการณ์ของโรคหัดในประเทศไทย ในปี 2561 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 5,642 ราย จาก 72 จังหวัด อัตราป่วย 8.62 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 11 ราย อัตราตาย 0.02 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 15-24 ปี ร้อยละ 18.34 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงอันดับแรกคือ จังหวัดยะลา อัตราป่วย 212.03 ต่อแสนประชากร ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดที่สุดคือ ภาคใต้ 31.24 ต่อแสนประชากร พบมากในกลุ่มอายุ 1 ปี จำนวน 396 ราย ข้อมูลจากกลุ่มระบาดและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา (2562) ข้อมูลจากวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง วันที่ 5 มกราคม 2562 พบผู้ป่วยสงสัยโรคหัดที่เสียชีวิตจำนวน 23 ราย แยกเป็นจังหวัดยะลา 10 ราย ปัตตานี 10 ราย สงขลา 2 ราย และนราธิวาส 1 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคหัดส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ โดยเฉพาะจังหวัดที่มีพื้นที่ใกล้เคียงกับจังหวัดสตูล ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการรับเชื้อโรคหัดและนำมาสู่การเกิดการระบาดของโรคหัดในพื้นที่

จังหวัดสตูลมีการรายงานผู้ป่วยโรคหัดที่ได้รับการวินิจฉัยตามอาการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล (2562) ในปี 2557 - 2561 อัตราป่วย 8.13, 3.58, 4.47, 2.55 และ 1.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในปี 2561 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยยืนยันโรคหัดมีประวัติการเดินทางหรือสัมผัสกับผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ อีกทั้งในด้านความครอบคลุมของวัคซีนซึ่งเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการช่วยป้องกันการเกิดและการระบาดของโรค จังหวัดสตูลเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัด ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนในพื้นที่จังหวัดสตูลมีการเดินทางไปมาหาสู่และมีเครือญาติอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคคือ พื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา ทั้งนี้ยังรวมไปถึงจังหวัดสงขลาซึ่งพบผู้ป่วยยืนยันในพื้นที่ และมีพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดสตูล ข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง ในปี 2557 - 2561 จากงานระบาดวิทยาและควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลสตูล (2562) อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบผู้ป่วยโรคหัดในปี 2559 จำนวน 1 ราย ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และปี 2561 จำนวน 12 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยยืนยันที่พบในเขตเมืองเป็นผู้ป่วยที่รับเชื้อมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคหัดเมื่อกลับมาอาศัยและรักษาอยู่ในพื้นที่ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อและอาจเกิดการระบาดของโรค ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่อำเภอเมืองมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคมกกว่าพื้นที่แถบชนบทหลายปัจจัย อาทิ จำนวนประชากรที่มีอยู่จำนวนมาก ความแออัดของที่พักอาศัย และการคมนาคมที่สะดวกโดยเฉพาะการคมนาคมระหว่างพื้นที่การระบาดของโรคหัดทำให้เชื้อสามารถแพร่กระจายได้ง่ายและรวดเร็ว นอกจากนี้ในชุมชนเมืองยังมีความเร่งรีบในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ความใส่ใจในด้านสุขภาพอาจจะน้อยลง

มีปัจจัยหลายด้านที่มีส่วนสนับสนุนการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา จากการศึกษาของสมชาติ จิตราวุธ (2555) เรื่องปัจจัยที่ผลต่อการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประจำสถานีนอมนายในจังหวัดตรัง พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานทางระบาดวิทยาและยังมีปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานควบคุมโรคหัดนอกจากจะศึกษาด้านการเฝ้าระวังโรคแล้ว การทราบถึงปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินงานจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายครอบคลุมและรวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรคหัดว่ามีปัจจัยด้านใดบ้างที่มีส่วนช่วยสนับสนุนและมีปัจจัยใดที่ยังเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงาน และในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูลเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคหัด แต่จากการเฝ้าระวังและสอบสวนที่ผ่านมามีพบการระบาดของโรค ในขณะที่พื้นที่อื่นมีการระบาด จึงถือว่าอำเภอเมือง จังหวัดสตูลเป็นพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model ซึ่งเป็นการประเมินทั้งระบบ เพื่อทราบว่า มีปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนสนับสนุนด้านการควบคุมโรคหัด และมีความสำคัญต่อกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และมีส่วนช่วยให้ระบบการควบคุมโรคหัดสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อเป็นบทเรียนในการวางแผนขยายผล พัฒนาและปรับปรุงระบบการควบคุมโรคในเขตเมืองหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้นำไปใช้พัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น บรรลุตามเป้าหมายการกำจัดโรคหัดให้สำเร็จ

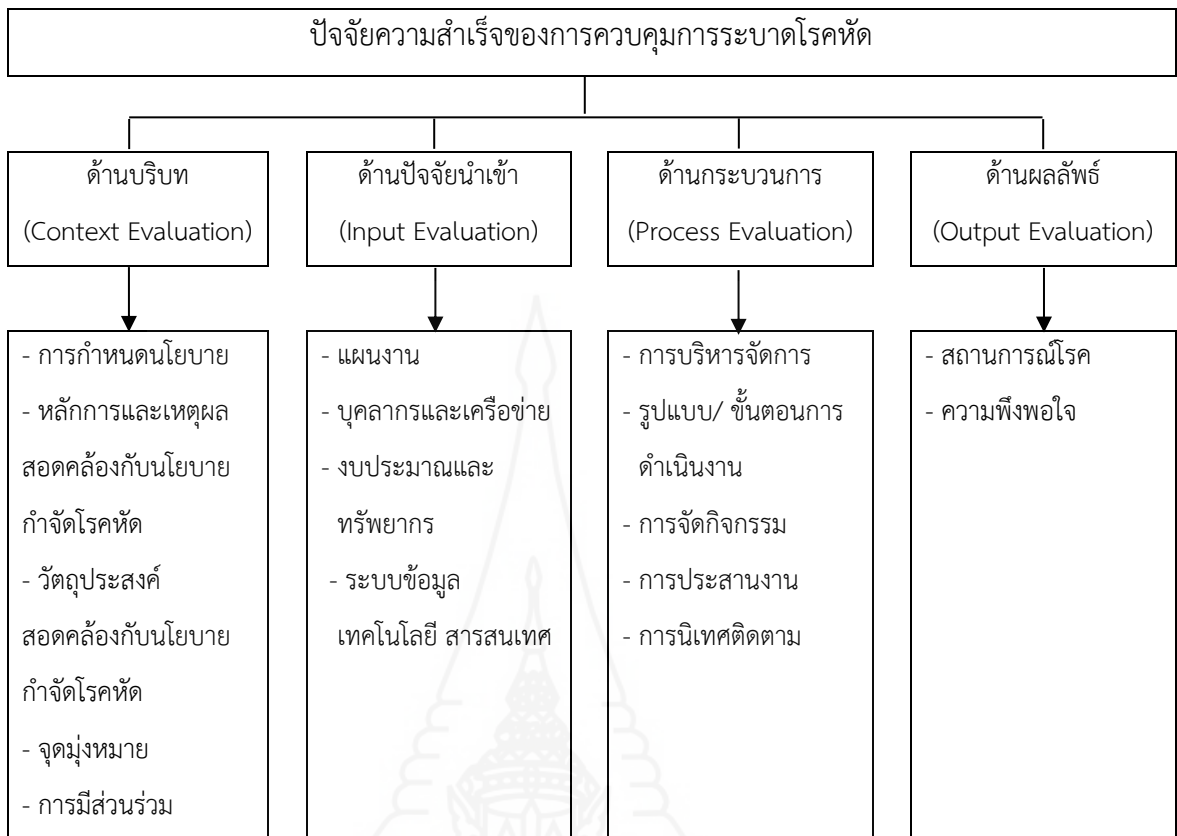
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการประเมินแบบ CIPP Model ตามแนวคิดของสตัลเฟิลบีม (Stufflebeam, 2003) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบใหญ่ๆ คือ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตการวิจัย

4.1 ด้านเนื้อหาศึกษาตัวแปรที่มาจากแนวคิด CIPP Model ของสตัลเฟิลบีม (Stuflebeam, 2003) เป็นกระบวนการประเมินที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ คุณค่าและความสำคัญของสิ่งที่มีประเมินประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

4.2 ด้านพื้นที่ ศึกษาในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

4.3 ด้านประชากร คือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบผู้ป่วยในอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ซึ่งหน่วยงาน ประกอบด้วย

- 1) โรงพยาบาลทั่วไป
- 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่พบผู้ป่วยจำนวน 8 แห่ง

- 4) กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบผู้ป่วยจำนวน 8 แห่ง

4.4 ด้านระยะเวลา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2562

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 ด้านบริบท หมายถึง ความสอดคล้องของการกำหนดนโยบาย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ จุดมุ่งหมาย และการมีส่วนร่วม กับนโยบายการกำจัดโรคหัด

5.2 ด้านปัจจัยนำเข้า หมายถึง

1) แผนงาน หมายถึง ระบบการวางแผนดำเนินงานของหน่วยงานสอดคล้องกับการปฏิบัติงาน จัดโครงสร้างการบริหารงาน กำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายอย่างชัดเจน มีแนวทางการควบคุมกำกับการจัดกิจกรรมตามแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

2) บุคลากรและเครือข่าย หมายถึง ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ทีม SRRT และภาคีเครือข่ายตามข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะแนวทางปฏิบัติและผลงานที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วได้แก่ ด้านทีมงาน ด้านความพร้อมและความรวดเร็ว ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัย ด้านการสอบสวนโรค

3) งบประมาณและทรัพยากร หมายถึง ความพร้อมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการและสนับสนุนในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ได้แก่

(1) งบประมาณ ได้รับการจัดสรรและการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอกับการปฏิบัติงาน การเบิกจ่ายรวดเร็ว ทันเวลา

(2) ด้านบุคลากร จำนวนบุคลากรเพียงพอกับปริมาณงาน มีความรู้และความสามารถเพียงพอเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน

(3) วัสดุอุปกรณ์ การวางแผนและจัดหาวัสดุตรงตามความต้องการ มีคุณภาพเพียงพอ

4) ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ หมายถึง ระบบการรายงานโรค การวิเคราะห์ข้อมูล การรับแจ้งข่าวการระบาด การสอบสวนโรค ตามมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ

5.3 ด้านกระบวนการ หมายถึง ระบบการบริหารจัดการ รูปแบบ/ ขั้นตอนการดำเนินงานตามแนวทางและมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ การจัดกิจกรรมการดำเนินงานระบบการประสานงาน และการนิเทศติดตาม

5.4 ด้านผลลัพธ์ หมายถึง สถานการณ์ของโรคหัด และความพึงพอใจของผู้บริหารเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน

1) สถานการณ์โรคหัด หมายถึง จำนวน และอัตราป่วยด้วยผู้ป่วยยืนยันโรคหัดในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

2) ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งที่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการหรือความคาดหวังจากบุคคลหรือเหตุการณ์ ทั้งทางด้านวัตถุได้แก่ ความพร้อมของทรัพยากร และด้านจิตใจได้แก่ การจัดบริการ พฤติกรรมบริการ

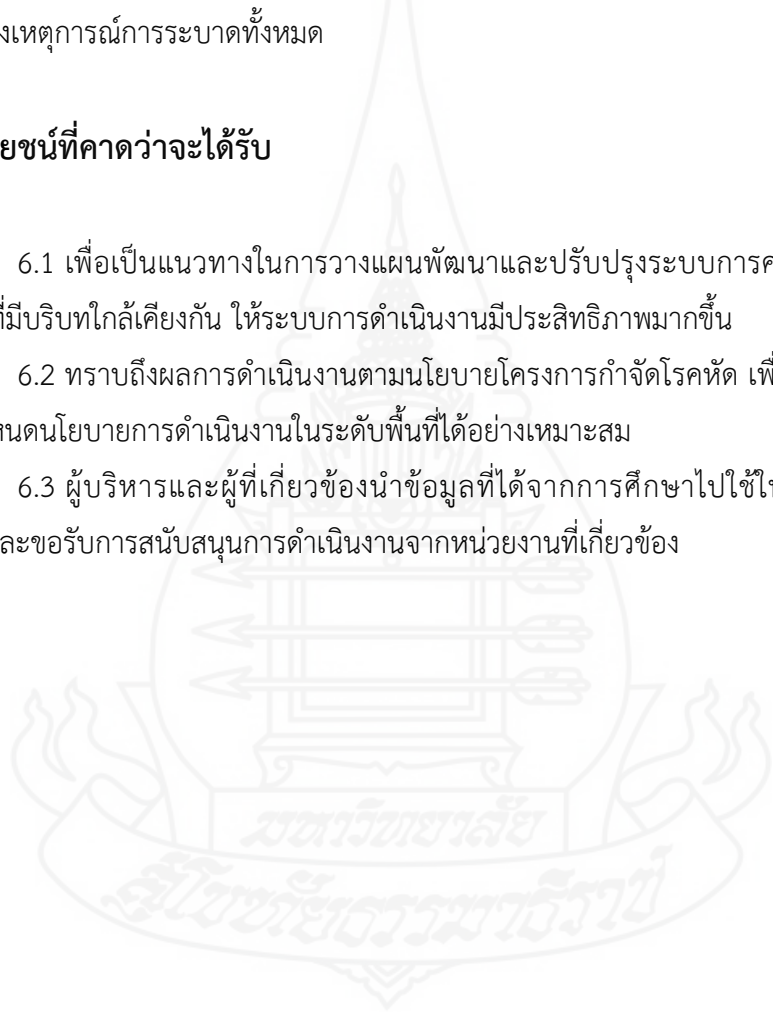
5.5 ความสำเร็จของการควบคุมโรค หมายถึง ความสำเร็จของการควบคุมการระบาดของโรคหัด โดยพื้นที่อำเภอพบผู้ป่วยยืนยันโรคหัดไม่เกิน 10 ราย ต่อหนึ่งการระบาดอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเหตุการณ์การระบาดทั้งหมด

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงระบบการควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ให้ระบบการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6.2 ทราบถึงผลการดำเนินงานตามนโยบายโครงการกำจัดโรคหัด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายการดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

6.3 ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการประกอบการพิจารณาและขอรับการสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยประเมินผลเรื่องปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูลนี้ มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล
 2. มาตรฐานที่มเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว
 3. มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ
 4. หลักทางระบาดวิทยาในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค
 - 4.1 การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
 - 4.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดและโครงการกำจัดโรคหัด
 - 4.3 การเฝ้าระวังโรคหัด
 - 4.4 ชนิดและหลักเกณฑ์การสอบสวนโรคหัด
 - 4.5 การควบคุมการระบาดของโรคหัด
 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- โดยมีรายละเอียดในแต่ละหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล

1.1 ความหมายของการประเมินผล

มีหลายคนได้อธิบายและให้ความหมายของการประเมินไว้ดังนี้

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2558) กล่าวว่า การประเมินผล (Evaluation) หมายถึง การตัดสินหรือวินิจฉัยสิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากการวัดผล ครอบคลุมจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ด้วยคุณธรรม

สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชุมพร (ม.ป.ป.) ได้ให้ความหมายว่าการประเมินผลว่าเป็นกระบวนการที่ทำต่อเนื่องจากการวัดผลแล้ววินิจฉัย ตัดสิน ลงสรุป เพื่อพิจารณาความเหมาะสมหรือหาคุณค่าของคุณลักษณะและพฤติกรรมอย่างมีกฎเกณฑ์และมีคุณธรรม

เพชรราวี จงประดับเกียรติ (ม.ป.ป.) กล่าวว่า การประเมินผล หมายถึง กระบวนการในการตัดสินคุณค่า ให้กับสิ่งต่างๆ โดยนำผลที่ได้จากการวัดมาพิจารณาตัดสินเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ว่ามีคุณภาพในระดับใด เช่น ดี พอใช้ ไม่ดี

สมชาย รัตนทองคำ (2554) กล่าวว่า การประเมินผล (evaluation) หมายถึง กระบวนการอย่างมีระบบที่นำข้อมูลจากการวัดผลมาตีค่าและตัดสินคุณค่าของผู้เรียน

โดยสรุป การประเมินผล (evaluation) หมายถึง กระบวนการนำข้อมูลมากำหนดคุณค่าโดยนำผลที่ได้จากการวัดมาพิจารณาความเหมาะสมหรือหาคุณค่าของคุณลักษณะและพฤติกรรมอย่างมีกฎเกณฑ์และมีคุณธรรม

1.2 องค์ประกอบของการประเมินผล ในการประเมินผลต้องมีการกำหนดสิ่งที่ต้องการประเมิน มีแนวทางและวิธีการประเมินอย่างไร และสิ่งที่สำคัญคือองค์ประกอบของการประเมิน สถาบันพลศึกษา วิทยาเขตชุมพร (ม.ป.ป.) ได้กล่าวว่า ในการประเมินผลจะต้องมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ

1.2.1 การวัดผล (measurement) คือ ทำให้ทราบสภาพความจริงของสิ่งที่จะประเมินว่ามีปริมาณเท่าไร มีคุณสมบัติอย่างไร เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ (criteria)

1.2.2 เกณฑ์การพิจารณา (criteria) คือ ในการที่จะตัดสินว่าสิ่งใดดี เลว ใช้ได้ หรือใช้ไม่ได้นั้นจะต้องมีหลักเกณฑ์หรือมีบรรทัดฐานที่ต้องการ โดยนำผลการวัดนั้นมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หรือมาตรฐานที่ต้องการ เกณฑ์การพิจารณาในการประเมินผลการศึกษานั้นก็คือ จุดมุ่งหมายของการศึกษานั้นเอง

1.2.3 การตัดสินใจ (decision) คือ เป็นการชี้ขาดหรือสรุปผลที่ได้จากการวัดเทียบกับเกณฑ์ การเปรียบเทียบระหว่างผลการปฏิบัติ ซึ่งได้จากการวัดกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ว่าสูงต่ำกว่ากันขนาดไหน ทั้งนี้การตัดสินใจที่ดีต้องอาศัยการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนทุกแง่มุม และกระทำอย่างยุติธรรมโดยอาศัยสภาพและความเหมาะสมต่างๆ ประกอบ หรือต้องมีคุณธรรม

1.3 รูปแบบการประเมิน

มีนักทฤษฎีการประเมินหลายคนได้เสนอรูปแบบหรือโมเดลการประเมิน โดยศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนาการศึกษาและวิชาชีพ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึงรูปแบบการประเมินโครงการไว้ดังนี้

1.3.1 ความหมายของรูปแบบการประเมิน

รูปแบบการประเมิน (Evaluation Model) เกิดขึ้นเนื่องจากความพยายามของนักประเมินที่มุ่งนำเสนอแนวทางในการประเมินโครงการ

รูปแบบการประเมิน คือ กรอบความคิดหรือแบบแผนในการประเมินที่แสดงให้เห็นถึงรายการที่ควรประเมินหรือกระบวนการของการประเมินซึ่งแต่ละรูปแบบจะบอกให้ทราบว่าในการ ประเมินโครงการใดโครงการหนึ่งนั้น เราควรพิจารณาในเรื่องอะไรบ้าง (What) ในขณะเดียวกันบาง รูปแบบอาจมีการเสนอแนะด้วยว่าในการประเมินแต่ละรายการ/แต่ละเรื่องควรพิจารณาหรือตรวจสอบอย่างไร ซึ่งเป็นลักษณะของการเสนอแนะวิธีการ (How) รูปแบบการประเมินส่วนใหญ่เริ่มต้นหรือเกิดขึ้นในชั้นเรียน กล่าวคือ เสนอรูปแบบการ ประเมิน เพื่อการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเป็นสำคัญ และต่อมามีการ ประยุกต์ใช้กรอบแนวความคิดเหล่านั้นเพื่อการประเมินงาน/โครงการในวงกว้างมากขึ้น

1.3.2 ประโยชน์ของรูปแบบการประเมิน

รูปแบบการประเมินมีประโยชน์สำคัญ 4 ประการคือ

- 1) ช่วยให้เห็นแนวทางหรือกรอบความคิดในการประเมิน การเรียนรู้เรื่องรูปแบบการประเมินที่หลากหลาย จะทำให้เกิดประสบการณ์ในการตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบการประเมินได้อย่างเหมาะสมกับสิ่งที่มุ่งประเมิน
- 2) ช่วยให้การกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินมีความคมชัด และครอบคลุมเนื่องจาก รูปแบบการประเมินแต่ละรูปแบบมีกรอบความคิดเชิงเหตุผล ดังนั้นการเลือกใช้หรือประยุกต์ใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินให้สอดคล้องกับรูปแบบนั้น จึงทำให้กำหนดวัตถุประสงค์ได้อย่างชัดเจนครอบคลุมและสมเหตุสมผล
- 3) ช่วยในการกำหนดตัวแปรหรือประเด็นสำคัญในการประเมินได้อย่างชัดเจน
- 4) ทำให้ผลงานการประเมินมีความเป็นระบบ ครอบคลุม เป็นที่ยอมรับและสื่อความหมาย ได้ชัดเจน

1.3.3 ประเภทของรูปแบบการประเมิน

ทฤษฎีของการประเมิน ใช้อธิบายการประเมินแต่ละรูปแบบว่ามีลักษณะอย่างไร ซึ่งรูปแบบการประเมินเป็นกรอบหรือแนวความคิดที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการหรือรายการประเมิน ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับข้อตกลงเบื้องต้น ซึ่งนักวิชาการทางด้าน การประเมิน ได้เสนอกรอบความคิดให้นักประเมินได้เลือกใช้มีอยู่หลายรูปแบบ ศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนาการศึกษาและวิชาชีพ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ม.ป.ป.) ได้นำเสนอรูปแบบการประเมินที่นิยมโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

- 1) รูปแบบการประเมินที่เน้นจุดมุ่งหมาย (Objective Based Model) เป็นรูปแบบที่เน้นการ ตรวจสอบผลที่คาดหวังได้เกิดขึ้นหรือไม่ หรือประเมินโดยตรวจสอบผลที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมาย กับ ผลที่เกิดจากการปฏิบัติงานโครงการว่าบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ได้แก่

รูปแบบการ ประเมินของ ไทเลอร์ (Ralph W. Tyler, 1943) ครอนบาค (Cronbach, 1973) และ เคิร์กแพทริก (Kirkpatrick)

2) รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินคุณค่า (Judgmental Evaluation Model) เป็น รูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศสำหรับกำหนดและ วิจัยคุณค่าของโครงการนั้นๆ ได้แก่ รูปแบบการประเมินของ สเตค (Stake, 1967) สคริฟเว่น (Scriven, 1967) โพรวัส (Provus, 1971)

3) รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ (Decision – Oriented Evaluation Model) เป็น รูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้บริหารในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ รูปแบบการประเมิน ของเวลช์ (Welch, 1967) รูปแบบ CIPP ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 1968) อัลคิน (Alkin, 1967)

1.3.4 รูปแบบการประเมิน

รูปแบบการประเมินมีหลายประเภท ซึ่งศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนา การศึกษาและวิชาชีพ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ม.ป.ป.) ได้นำเสนอรายละเอียดไว้ 7 รูปแบบ คือ

1) รูปแบบการประเมินของรอล์ฟ ดับบลิว ไทเลอร์ (Ralph W. Tyler) ไทเลอร์ (Tyler, 1943) เป็นผู้สำคัญในการประเมินโครงการ ได้ให้ความหมายของการประเมินว่า การประเมิน คือ การเปรียบเทียบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้ โดยมีความเชื่อว่าจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน รัดกุม และจำเพาะเจาะจงแล้ว จะเป็นแนวทางช่วยในการ ประเมินได้เป็นอย่างดีในภายหลัง เขาได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน โดย เสนอเป็นกรอบ ความคิด ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1943 โดยเน้นการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการให้ อยู่ในรูปของ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม แล้วประเมินความสำเร็จของวัตถุประสงค์เหล่านั้น แนวคิด ลักษณะนี้ เรียกว่า แบบจำลองที่ยึดความสำเร็จของจุดมุ่งหมายเป็นหลัก

2) รูปแบบการประเมินของมาร์วิน ซี อัลคิน (Marvin C. Alkin) มาร์วิน ซี อัลคิน (Marvin C. Alkin, 1969) ได้เสนอรูปแบบการประเมินที่เรียกว่า CSE (Center for the study of Evaluation Approach) จุดเน้นของการประเมินตามแนวคิดของอัลคิน คือ การประเมิน เพื่อการตัดสินใจ อัลคินได้ให้ความหมายของการประเมินว่า เป็นกระบวนการกำหนด ขอบเขตของสิ่ง ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ การเลือกข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม การเก็บรวบรวม ข้อมูลและวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อน ำไปสู่การจัดทำรายงานสรุปให้กับผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ในการ เลือกแนวทางที่ เหมาะสมกับการดำเนินงานของโครงการ

3) รูปแบบการประเมินของแมลคอล์ม เอ็ม โพรวัส (Malcolm M. Provus) โพรวัส (Provus, 1969) ได้ให้ความหมายของการประเมินผลว่า เป็นการเปรียบเทียบผล การปฏิบัติกับมาตรฐาน หรือเป็นการค้นหาความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับผลการปฏิบัติของแผนงาน เขาอธิบายว่ามีความไม่สอดคล้องกัน 5 ชนิด ที่สามารถศึกษาได้จากการใช้แผนงาน คือ ความไม่สอดคล้องที่สัมพันธ์กับขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การออกแบบโครงการ คือ การกำหนดปัจจัยที่ทำให้เกิดการดำเนินงาน กำหนด กระบวนการดำเนินงาน และกำหนดผลที่คาดหวังซึ่งจะได้รับจากการดำเนินงาน

ขั้นที่ 2 การเตรียมพร้อมเป็นการนำปัจจัยที่ทำให้เกิดการดำเนินงานเข้าสู่กระบวนการ

ขั้นที่ 3 กระบวนการที่ใช้เพื่อการดำเนินงาน

ขั้นที่ 4 ผลผลิต

ขั้นที่ 5 การวิเคราะห์เกี่ยวกับการลงทุน

4) รูปแบบการประเมินของไมเคิล สคริฟเวน (Michael Scriven) ไมเคิล สคริฟเวน (Micheal Scriven) ได้ให้ความหมายของการประเมินคือ การเก็บรวบรวม ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามระดับของเป้าหมายที่กำหนด นอกจากนี้ยังกล่าวถึงหน้าที่การประเมินว่ามี 2 ระดับ คือ (1) ระดับวิธีการ เน้นจุดมุ่งหมายของการประเมินเพื่อการตัดสินคุณค่า (2) ระดับการนำไปใช้เน้นเรื่องบทบาทของการประเมินเพื่อนำข้อมูลมาใช้ที่เหมาะสม

จุดมุ่งหมายของการประเมิน จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการประเมินมี 2 ประการคือ (1) การประเมินความก้าวหน้า (Formative Evaluation) เป็นการประเมินระหว่างที่โครงการ กำลังดำเนินการอยู่ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงโครงการให้ดีขึ้นเพราะการประเมินจะช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนา

(2) การประเมินผลสรุป (Summative Evaluation) เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการ มีจุดมุ่งหมายเพื่อตัดสินคุณค่าของโครงการ ตลอดจนค้นหาสิ่งที่ดีของโครงการเพื่อนำไปใช้กับสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกันต่อไป

ในการประเมินมีวิธีการที่สามารถนำมาใช้ได้ 2 วิธี คือ 1) การประเมินก่อนมีการปฏิบัติงาน หรือการประเมินคุณค่าภายใน (Intrinsic Evaluation) คือ การประเมินคุณค่าของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื้อหา จุดมุ่งหมาย กระบวนการวิธีการ เป็นการประเมินก่อนที่จะได้มีการปฏิบัติงาน 2) การประเมินเมื่อมีการปฏิบัติงานแล้ว หรือการประเมินคุณค่าการปฏิบัติงาน (Pay-off Evaluation) เป็นการตัดสินคุณค่าจากผลที่เกิดขึ้น เช่น การประเมิน มีความแตกต่างระหว่างคะแนนการทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน หรือคะแนนที่ได้จากกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม

5) รูปแบบการประเมินของโรเบิร์ต อี สเตค (Robert E. Stake) โรเบิร์ต อี สเตค (Robert E. Stake) ได้พัฒนารูปแบบการประเมินโดยใช้แนวคิดของ ครอนบาค และสคริฟเว่น เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติรูปแบบการประเมินของสเตค ถือได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งที่ นักประเมินนำมาประยุกต์ได้อย่างกว้างขวางในการประเมินโครงการ การประเมิน ตามความคิดเห็นของสเตค หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวกับการบรรยาย และการตัดสินคุณค่าของโครงการหรือเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ จุดมุ่งหมายของการประเมินมี 2 ประการคือ เพื่อต้องการได้ข้อมูลต่างๆ ที่นำมาบรรยายเกี่ยวกับโครงการนั้น และเพื่อต้องการได้ข้อมูลต่างๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสิน คุณค่าของโครงการ

6) รูปแบบการประเมินของเคิร์กแพทริก (Kirkpatrick) โดแนลด์ แอล เคิร์กแพทริก (Donald L. Kirkpatrick, 1975) แห่งมหาวิทยาลัยวิสคอนซิน สหรัฐอเมริกา อดีตเคยเป็น ประธาน ASTD (The American Society for Training and Development) ได้ เสนอแนวคิด เกี่ยวกับการฝึกอบรมและการประเมินผลการฝึกอบรมว่า “การฝึกอบรมนั้นเป็นการช่วยเหลือ บุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการฝึกอบรมใดๆ ควรจะจัดให้มีการ ประเมินผลการฝึกอบรม ซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้รู้ว่าการจัดโปรแกรมการฝึกอบรมมี ประสิทธิภาพเพียงใด การฝึกอบรมเป็นกิจกรรมปกติที่เกิดขึ้นในทุกองค์กร เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นมาเพื่อ การพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน โดยมุ่งหวังให้ผู้ผ่านการอบรมได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนว ทางการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7) รูปแบบการประเมินของแดเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Stufflebeam) แดเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม และคณะ (Daniel L. Stufflebeam, 1967) ได้เสนอ แนวคิด เกี่ยวกับรูปแบบการประเมินเรียกว่า ชิปปโมเดล (CIPP Model) เป็นการประเมินที่เป็น กระบวนการต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งเน้นที่สำคัญคือ ใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการเพื่อหาข้อมูล ประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์ของการประเมินคืออำนาจให้สารสนเทศ เพื่อการตัดสินใจ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ คำว่า CIPP เป็นคำที่ย่อมาจาก Context, Input, Process, และ Product สตัฟเฟิลบีม ได้ให้ความหมาย ว่า การประเมินเป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บ ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำ ข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งในการประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศ ที่สำคัญมุ่งประเมิน 4 ด้าน คือ การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) การประเมิน ปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ(Process Evaluation) และการ ประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

1.4 แนวคิดทางการประเมิน CIPP Model

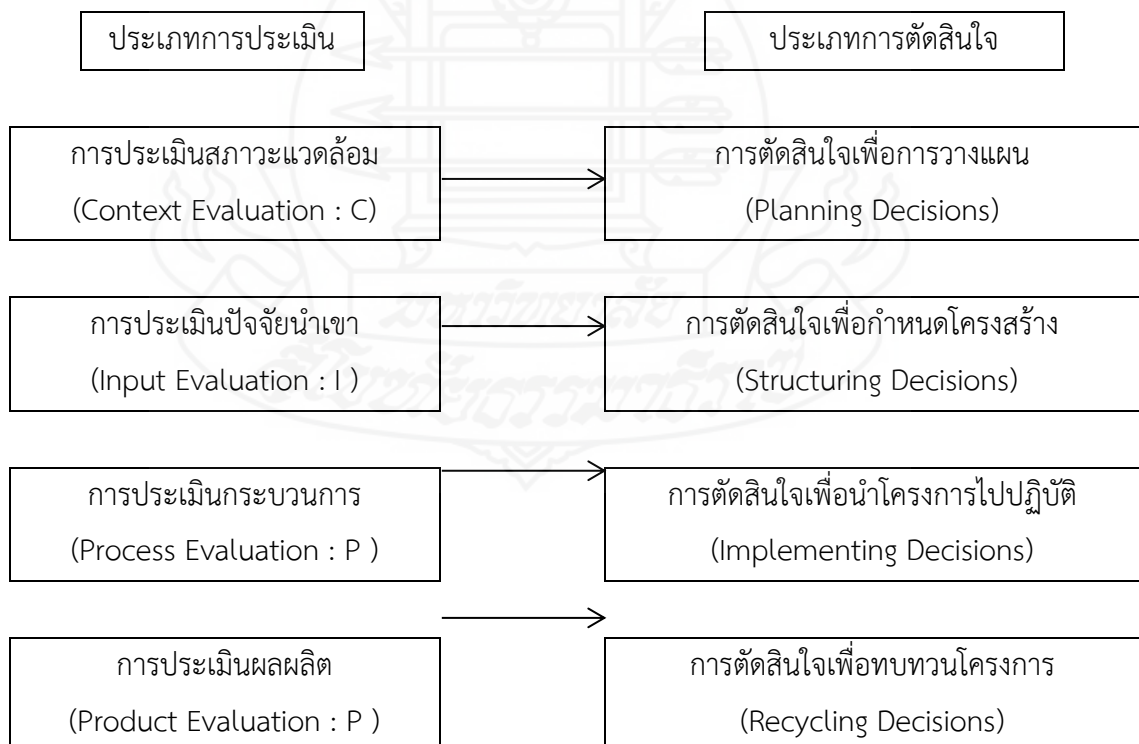
สมพิศ สุขแสน (ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึงแนวคิดทางการประเมิน CIPP Model ได้กำหนดประเด็นการประเมินออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1.4.1 การประเมินสถานะแวดล้อม (Context Evaluation: C) เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการโครงการ เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการ ประเด็นปัญหา และความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการ

1.4.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ

1.4.3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชน

1.4.4 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ



ภาพที่ 2.1 การประเมินตามรูปแบบ CIPP Model

ที่มา: สมพิศ สุขแสน (ม.ป.ป.: 5)

ศุภามณ จันทรสกุล (2557) กล่าวว่า แนวคิดทางการประเมิน CIPP Model ของ Daniel L. Stufflebeam เป็นกระบวนการที่เป็นระบบเกี่ยวข้องกับคุณภาพ คุณค่า (Merit/Worth) และความสำคัญ (Significance) ของสิ่งที่มุ่งประเมินเพื่อใช้ในการตัดสินใจ (decision making) โดยมาตรฐานของการประเมินอยู่บนหลักของประโยชน์ (Utility), ความเป็นไปได้ (Feasibility), ความชอบธรรม (Propriety), ความถูกต้อง (Accuracy) ในการประเมิน CIPP Model นักประเมิน (Evaluator) ต้องร่วมมือกับผู้ใช้การประเมิน (Client/Stakeholder) ในสิ่งที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ได้รับผลประโยชน์ (Beneficiaries) ความต้องการ ความจำเป็นของผู้ใช้ การประเมินในทุกขั้นตอนของ CIPP ซึ่งประกอบด้วย

1) Context evaluation เป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการ ความจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ (beneficiaries' needs) สินทรัพย์ (assets) ที่มี และปัญหา (problems) ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมในการประเมิน ซึ่งรวมถึงการเมืองในการประเมิน (political dynamics) ด้วย โดยการประเมินบริบทจะเกี่ยวข้องกับ core values ในการกำหนดเป้าหมาย (Goal-setting tasks)

2) Input evaluation เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน (plans) การเลือกกลยุทธ์ (strategies) ที่ตอบสนองต่อ needs และมีความเป็นไปได้ ตลอดจนงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน (budgets of the selected approach)

3) Process เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับ การติดตาม (monitor) รวมถึงเอกสาร (document) และกิจกรรมต่างๆ (activities)

4) Product เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินดัชนีการประเมินผลกระทบ (impact evaluation) การประเมินประสิทธิผล คุณภาพ และความสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้ (effectiveness evaluation), การประเมินความสำเร็จและความต่อเนื่อง (sustainability evaluation), การประเมินเพื่อขยายความสำเร็จของโครงการนำไปประยุกต์ใช้กับโครงการอื่น (transportability evaluation)

การประเมิน CIPP Model มีบทบาทของการประเมินในเชิงการประเมินความก้าวหน้า (formative evaluation) และการประเมินผลสรุป (summative evaluation) ดังนี้

1) บทบาทของการประเมินความก้าวหน้า: การใช้ข้อมูลของ CIPP เป็นแนวทางชี้แนะ (guidance) ช่วยในการตัดสินใจพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานในขณะที่โครงการกำลังดำเนินอยู่เพื่อคุณภาพของโครงการ

2) บทบาทของการประเมินผลสรุป: การใช้ข้อมูลของ CIPP ในการตัดสินใจคุณภาพ ความคุ้มค่าและความสำคัญของโครงการเมื่อโครงการสิ้นสุดลงแล้ว

จุดเด่นของการประเมินแบบ CIPP คือ มีทั้งการประเมินแบบ Formative ซึ่งประเมินระหว่างดำเนินการดำเนินโครงการและ Summative ซึ่งประเมินเมื่อโครงการสิ้นสุดลงแล้ว ดังนั้นการนำแนวคิด CIPP มาใช้ในการประเมินโครงการไม่ควรใช้แค่เพียงสรุปผลโครงการเมื่อโครงการสิ้นสุดไปแล้วเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ซึ่งเป็นการนำไปใช้ที่ผิดหลักการของ CIPP

2. มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT)

การดำเนินงานในการควบคุมการระบาดของโรคหัดบุคลากรที่มีบทบาทในการดำเนินงานที่สำคัญของพื้นที่ได้แก่ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ซึ่งได้กำหนดบทบาทและมาตรฐานเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้ (นิภาพรรณ สถุขคือภักษ์, วันชัย อาจเขียน, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล, อำนวย ทิพศรีราช และสุภาวิณี แสงเรือน, 2555)

2.1 บทบาทภารกิจของทีม SRRT มีดังนี้

- 2.1.1 เฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรง
- 2.1.2 ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public health emergency)
- 2.1.3 สอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันการณ์
- 2.1.4 ควบคุมโรคขั้นต้น (Containment) ทันที
- 2.1.5 แลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคและร่วมมือกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในและต่างประเทศผ่านจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ

ภารกิจของทีม SRRT ในการตอบสนองเหตุการณ์เน้นการเฝ้าระวังหยุดหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็วทีม SRRT ไม่ได้มีภารกิจในการควบคุมโรคจนเสร็จสมบูรณ์ตัวอย่างเช่นกรณีสงสัยโรคไข้หวัดนกทีม SRRT เริ่มดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่พบผู้ป่วยเพื่อควบคุมการแพร่กระจายโรคในเบื้องต้น (Outbreak Containment) และทีม SRRT ไม่ได้มีภารกิจในการกู้ชีพรักษาพยาบาลบรรเทาทุกข์หรือฟื้นฟูสภาพทั้งกายใจและสิ่งแวดล้อมแต่ทีม SRRT ให้ข้อเสนอแนะประสานและปฏิบัติงานร่วมกับทีมหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่เฉพาะได้

2.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาทีม SRRT ได้แก่

- 2.2.1 การพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์และการส่งเสริมสนับสนุน
- 2.2.2 การพัฒนาบุคลากรทั้งการฝึกอบรมและการพัฒนาระหว่างงาน (On the job training)
- 2.2.3 การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานด้านเฝ้าระวังโรคสอบสวนโรคและควบคุมโรคขั้นต้น

2.2.4 การพัฒนาเครือข่ายทีม SRRT

2.3 มาตรฐาน SRRT และเกณฑ์การประเมิน

มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT standard) หมายถึง ข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะแนวทางปฏิบัติและผลงานที่พึงประสงค์ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เป็นมาตรฐานสำหรับทีม SRRT ทุกระดับทุกทีมของทุกหน่วยงานโดยมีความแตกต่างด้านจำนวนตัวชี้วัดที่ใช้ประกอบมาตรฐานทีมแต่ละระดับ

วัตถุประสงค์ของการนำมาตรฐาน SRRT มาใช้

- 1) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพของทีม SRRT
- 2) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบสมรรถนะหรือ Benchmark ระหว่างทีม SRRT
- 3) เพื่อเป็นกลไกในการพัฒนาขีดความสามารถด้านการเฝ้าระวังและตอบสนองทาง

สาธารณสุขของประเทศตามข้อกำหนดในกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR2005)

2.4 มาตรฐานทีมและตัวชี้วัด

2.4.1 มาตรฐานทีม SRRT มี 4 องค์ประกอบได้แก่

องค์ประกอบที่ 1: ทีมมีความเป็นทีมชัดเจนและมีศักยภาพในการปฏิบัติงาน

องค์ประกอบที่ 2: ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

องค์ประกอบที่ 3: ทีมมีความสามารถหลักตามข้อกำหนดในกฎอนามัยระหว่างประเทศ

องค์ประกอบที่ 4: ทีมมีผลงานที่มีคุณภาพ

2.4.2 ตัวชี้วัด (Indicator) มีจำนวน 17 ตัวชี้วัด จำแนกตามมาตรฐานแต่ละองค์ประกอบดังนี้

1) ทีมมีความเป็นทีมชัดเจนและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานมี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ การจัดตั้งทีม SRRT ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ และทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน

2) ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมี 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม

3) ทีมมีความสามารถหลักตามข้อกำหนดในกฎอนามัยระหว่างประเทศมี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ การเฝ้าระวังและเตือนภัย การประเมินสถานการณ์และรายงาน การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ การควบคุมโรคขั้นต้น การสนับสนุนมาตรการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนมาตรการด้านควบคุมโรคและตอบสนองทางสาธารณสุข

4) ทีมมีผลงานที่มีคุณภาพมี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ ผลงานการแจ้งเตือนและรายงานเหตุการณ์ทันเวลา ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค ผลงานด้านคุณภาพการ

สอบสวนและควบคุมโรค ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค ผลงานด้านคุณภาพการเขียน รายงานสอบสวนโรค ผลงานการนำเสนอความรู้จากการสอบสวนโรคหรือการตอบสนองทาง สาธารณสุขที่เผยแพร่ในวารสารเวชวิชาการหรือเว็บไซต์

3. มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ

มาตรฐานงานระบาดวิทยาเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็วเพื่อให้การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ รายละเอียดของมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต้อมีดังนี้

3.1 ความหมายของมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ

ลดาร์ตัน ผาตินาวิน รุ่งนภา ประสานทอง และวรรณษา ชาญเชาว์วรกุล (2548) ได้ ให้ความหมายของมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อคือ เกณฑ์ชี้วัดผลการดำเนินงานด้านระบาด วิทยาโรคติดต่อของหน่วยงานในเครือข่ายทั่วประเทศเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและมาตรฐานการ ปฏิบัติงานซึ่งมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันโรคเพื่อคุณภาพชีวิตของ ประชาชนและรักษาผลประโยชน์ของสาธารณะ

3.2 เกณฑ์มาตรฐานและตัวชี้วัด

ลดาร์ตัน ผาตินาวิน รุ่งนภา ประสานทอง และวรรณษา ชาญเชาว์วรกุล (2548) ได้ กล่าวว่า การดำเนินงานระบาดวิทยามีกิจกรรมที่สำคัญคือ การเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์และปัจจัย ที่เป็นองค์ประกอบของการเกิดโรค การสอบสวนโรค และการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยา เพื่อนำองค์ ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านระบาดวิทยาไปใช้ในการกำหนดนโยบายและควบคุมป้องกันโรค มาตรฐานงานระบาดวิทยาจึงประกอบด้วยตัวชี้วัดที่ประเมินประสิทธิภาพงานระบาดวิทยาทั้ง 3 กิจกรรมดังกล่าว และเพื่อให้สามารถบอกคุณภาพโดยรวมของงานระบาดวิทยาของหน่วยงานได้จึงได้ กำหนดคะแนนของแต่ละตัวชี้วัดและระดับคุณภาพของผลการประเมินไว้ มาตรฐานงานระบาดวิทยา โรคติดต่อและตัวชี้วัดมีดังนี้

3.2.1 มาตรฐานการเฝ้าระวังโรค มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้า ระวังทางระบาดวิทยา
- 2) มีความครบถ้วนของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง
- 3) มีความทันเวลาของการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง
- 4) มีการจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง
- 5) มีการให้ข้อเสนอแนะเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค

3.2.2 มาตรฐานการสอบสวนโรค มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) มีความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย
- 2) มีความทันเวลาของการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย
- 3) มีความทันเวลาของการได้รับแจ้งข่าวการระบาด
- 4) มีความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาด
- 5) มีการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ
- 6) มีการให้ข้อเสนอแนะจากรายงานสอบสวนการระบาด
- 7) มีการสังเคราะห์องค์ความรู้จากรายงานการสอบสวนโรค

3.2.3 มาตรฐานการพัฒนาเครือข่าย มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) หน่วยงานในเครือข่ายที่ยังไม่เคยรับการประเมินผ่านเกณฑ์การประเมิน
- 2) หน่วยงานในเครือข่ายที่ไม่ผ่านเกณฑ์และสามารถพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ได้
- 3) หน่วยงานในเครือข่ายที่เคยผ่านเกณฑ์แล้วยังรักษามาตรฐานไว้ได้

4. หลักทางระบาดวิทยาในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค

คำนำถน อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2559) ได้กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการศึกษาทางระบาดวิทยา คือ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคในประชากร จึงควรทราบถึงโรคหรือภัยที่คุกคามสุขภาพใน 3 ด้าน ได้แก่

(1) เหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค/ ภัยสุขภาพ (Determinants) เกิดจากการเสียสมดุลของเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Determinants) ซึ่งทางระบาดวิทยามักจะแบ่งปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่มคือ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับคน (Host) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวก่อโรค (Agent) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment)

(2) การกระจาย (Distribution) โรคหรือปัญหาทางด้านสุขภาพมีแบบแผนการกระจายของมัน (Distribution of Disease) ทางระบาดวิทยาจะพยายามวิเคราะห์แบบแผนการกระจายตามเวลา (Time) สถานที่ (Place) และบุคคล (Person)

(3) ธรรมชาติของโรค (Natural history of diseases) โรคหรือปัญหาทางสุขภาพมีธรรมชาติของมันเอง (Nature of disease or Natural history of disease) ปรากฏการณ์ทุกอย่างรวมถึงโรคภัยไข้เจ็บย่อมมีการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และสิ้นสุด เราเรียกสิ่งนี้ว่า ธรรมชาติของโรค ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์ของโรคนับตั้งแต่การเริ่มก่อเกิดในคนและเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา โดยทั่วไป หากเราดูเหตุการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื่อในคนก็จะเห็นเหตุการณ์ 4 ระยะ คือ

(1) ระยะเสี่ยง (Stage of susceptibility) ระยะนี้ร่างกายยังเป็นปกติไม่ได้เกิดพยาธิสภาพอะไร แต่มีเงื่อนไขของความเสี่ยงที่จะสนับสนุนให้เชื้อโรคหรือสารเคมี หรือภัยสุขภาพต่างๆ เข้าหาคนได้ง่ายและเกิดการเจ็บป่วยตามมา

(2) ระยะก่อนมีอาการ (Preclinical stage) ได้แก่ ระยะที่ Agent เช่น เชื้อโรคหรือสิ่งที่เป็นอันตรายได้เข้าสู่ร่างกายแล้ว แต่ยังไม่แสดงอาการ

(3) ระยะแสดงอาการ (Clinical stage) ระยะนี้ Agent ได้ทำให้เกิดพยาธิสภาพจนร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและเกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วยเริ่มต้นและค่อยๆ มากขึ้นจนมีอาการเต็ม

(4) ระยะสิ้นสุดของโรค (Diminish stage) เมื่อเกิดโรคแล้วบางคนหายโดยร่างกายกำจัดเชื้อหรือสารก่อโรคได้เอง บางคนหายแต่มีความพิการ บางคนตายในเวลาไม่นาน บางคนอยู่รอดแต่ก็จะไปเสียชีวิตในอนาคต

ดังนั้นการศึกษาธรรมชาติของโรคจึงมีข้อมูลอย่างน้อย 2 ด้านที่เกี่ยวข้องกันคือ การดำเนินไปของโรคในช่วงเวลาต่างๆ และโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ต่างๆ เมื่อการดำเนินของโรคไปถึงจุดสิ้นสุด (Disease Progression and Outcomes)

4.1 การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

ค่านวน อึ้งชูศักดิ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, วิทยา สวัสดิวุฒิจพงศ์, และชุลีพร จิระพงษา (2559) ได้กล่าวถึงการเฝ้าระวังว่าเป็นกระบวนการจัดเก็บ วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุขที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีระบบ รวมถึงการนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปเผยแพร่และใช้ให้เกิดประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข รวมถึงการประเมินผลมาตรการอย่างทันที่

โสภณ เอี่ยมศิริถาวร (2555) ได้ให้ความหมายของการเฝ้าระวัง คือ การติดตามสังเกต พิสูจน์พิจารณา ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิด การกระจายของโรค หรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่ต่อเนื่องด้วยกระบวนการที่เป็นระบบประกอบด้วย การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ แปลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบายการปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ปิยนิษฐ์ ธรรมภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร (2559) กล่าวว่า การเฝ้าระวังโรคเป็นมาตรการสำคัญในการติดตามแนวโน้มการเกิดโรค ซึ่งชี้ให้เห็น กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค และตรวจจับการระบาดที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา การเฝ้าระวังโรคที่ดีต้องมีความรวดเร็ว มีความครอบคลุมการรายงานที่ดีและมีความถูกต้อง

พจนาน ศิริอารยาภรณ์ (ม.ป.ป.) กล่าวว่า การเฝ้าระวัง คือ กระบวนการเก็บรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลเป็นองค์ความรู้ และเผยแพร่ให้หน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อทราบ

กล่าวโดยสรุป การเฝ้าระวัง (Surveillance) เป็นมาตรการในการติดตามแนวโน้มการเกิดโรค การเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรค การกระจายของโรคหรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง โดยใช้กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเรียงและการจัดเก็บข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์และแปลผล สังเคราะห์ข้อมูลเป็นองค์ความรู้และเผยแพร่แก่หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน กำหนดนโยบายการปฏิบัติงาน จะจัดทำมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข รวมถึงการประเมินมาตรการป้องกันโรคอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

4.1.1 ประเภทของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โสภณ เอี่ยมศิริถาวร (2555) ได้แบ่งประเภทของการเฝ้าระวัง ดังนี้

- 1) การเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive surveillance): การรายงานเป็นปกติประจำในผู้ที่มารับบริการตามระยะเวลาที่กำหนด เช่น ระบบเฝ้าระวังด้วยบัตรรายงานผู้ป่วย รง.506
- 2) การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance): เป็นการค้นหาเชิงรุก เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้ข้อมูลการเกิดโรคมามากขึ้น เช่น รายงานผู้ป่วยพบเชื้อ *Vibrio cholera* ในระยะที่มีการระบาดของอหิวาตกโรค
- 3) การเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่ (Sentinel surveillance): การใช้ชนิดกลุ่มตัวอย่างที่จะเฝ้าระวังเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ต้องการสะท้อนปัญหา เช่น HIV sero surveillance, ระบบเฝ้าระวังอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (influenza like illness)
- 4) การเฝ้าระวังเฉพาะเหตุการณ์ (Special surveillance): การจัดทำมีระบบการเฝ้าระวังที่รวดเร็วมาก มีความน่าเชื่อถือ มีรายละเอียดและความจำเพาะ เช่น การเฝ้าระวังพิเศษในภาวะภัยพิบัติ โดยตั้งระบบเฝ้าระวังโรคหลังเกิดสึนามิที่ภาคใต้ หรืออุทกภัย

4.1.2 ประโยชน์ของการเฝ้าระวัง

ค่านวน อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2559) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของระบบการเฝ้าระวังแต่ละระบบว่าจะให้ข้อความรู้และประโยชน์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของระบบ การออกแบบระบบ วิธีการเฝ้าระวัง นโยบายและวิธีการในการตัดสินใจของผู้บริหาร ตลอดจนแนวทางในการป้องกันและควบคุมปัญหาที่เกี่ยวข้อง ประโยชน์ของการเฝ้าระวังทางสาธารณสุขเป็น 2 กลุ่มได้แก่

- 1) ให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพ โดยทั่วไปเราติดตามสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจจับการระบาดของโรคหรือปัญหาสุขภาพ ตรวจจับ

การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการเกิดโรค และการกระจายของโรคที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันทันที ติดตามการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรคในระยะยาว รูปแบบการกระจายของโรคในประชากร ติดตามการเปลี่ยนแปลงเชื้อก่อโรค และธรรมชาติการเกิดโรค ติดตามการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางประชากร ติดตามการเปลี่ยนแปลงเวชปฏิบัติ ซึ่งการตรวจจับการระบาดของโรคหรือปัญหาสุขภาพเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดการระบาดได้ หากตรวจพบการระบาดก็จะนำไปสู่กระบวนการสอบสวนโรค และควบคุมการระบาดของโรคต่อไปตามความเหมาะสม ข้อมูลการเฝ้าระวังช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคในระยะยาว (Secular Trends) การเปลี่ยนแปลงของโรคตามฤดูกาล และการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการเกิดโรคในประชากร รวมทั้งการอธิบายถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลง

2) การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย การสอบสวนการระบาดและควบคุมโรค การวางแผน การแยกผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค (Isolation) และการประเมินผลมาตรการในการป้องกันควบคุมโรค

4.1.3 ขั้นตอนการเฝ้าระวังทางสาธารณสุข

คำานวน อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2559) กล่าวว่า ขั้นตอนการเฝ้าระวังทางสาธารณสุขประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1) การจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภัย และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการเฝ้าระวัง สามารถดำเนินการจัดเก็บได้หลายวิธี ที่นิยมกันมากในประเทศไทยมี 2 วิธี ได้แก่ วิธีการจัดเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังโดยการรายงานและวิธีการเก็บข้อมูลโดยอาศัยการสำรวจ

2) การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังอาศัยการวัดความถี่การเกิดโรคได้แก่ การคำนวณค่าความชุกหรือค่าอุบัติการณ์ เพื่อแสดงการกระจายของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่

3) การสื่อสารผลการเฝ้าระวัง การเฝ้าระวังเป็นระบบการให้ข่าวสารเพื่อการเฝ้าระวัง การเผยแพร่ผลการเฝ้าระวังจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการเฝ้าระวัง การสื่อสารผลการเฝ้าระวังที่รวดเร็ว ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ แม่นยำ เข้าใจง่าย จะนำไปสู่การป้องกันแก้ไขปัญหาที่ทัน่วงทีและมีประสิทธิภาพ

4.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดและโครงการกำจัดหัด

โรคหัดเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนโรค เป็นไข่ออกผื่น (Exanthematous fever) ที่พบบ่อยในเด็กเล็ก นับว่าเป็นโรคที่มีความสำคัญมากโรคหนึ่ง เพราะอาจมีโรคแทรกซ้อนทำให้ถึงเสียชีวิตได้โดยการเสียชีวิตจากโรคหัด ส่วนมากเกิดจากปอดอักเสบและอาการทางสมอง โดยมักพบในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ขวบ หรือผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 20 ปี มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 2 คนต่อผู้ติดเชื้อ 1,000 คน สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัส Measles ซึ่งอยู่ในตระกูล Paramyxovirus ซึ่งเป็น RNA

ไวรัส ที่จะพบได้ในจมูก และลำคอของผู้ป่วย เมื่อเชื้อเข้าไปในตำแหน่งดังกล่าวนี้แล้วก็จะแบ่งตัวในทางเดินหายใจ ใช้เวลาประมาณ 7-14 วันจึงเริ่มมีอาการ โรคติดต่อต่อกันได้ง่ายมาก โดยการไอ จาม หรือพูดกันในระยะใกล้ชิด เชื้อไวรัสจะกระจายอยู่ในละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย และเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจ บางครั้งเชื้ออยู่ในอากาศ เมื่อหายใจเอาละอองที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัส (air borne) เข้าไปก็ทำให้เป็นโรคได้ โดยเฉพาะ ในพื้นที่ปิดหรือคนที่อยู่บ้านเดียวกัน พบว่าอัตราการติดต่อสูงถึงร้อยละ 90 สูงยิ่งกว่าไข้หวัดใหญ่ ซึ่งมีอัตราการติดต่ออยู่ที่ประมาณร้อยละ 15-30 อีกทั้งการแพร่เชื้อก็สามารถเกิดขึ้นได้ก่อนที่จะปรากฏผื่นขึ้นตามตัว ทำให้โอกาสที่เราจะหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโดยไม่มีฉีดยาป้องกันนั้นแทบจะเป็นไปไม่ได้เลย ผู้ติดเชื้อจะเป็นโรคเกือบทุกราย ถ้าไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค (ปิยนิษฐ์ ธรรมภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร, 2559)

4.2.1 อาการของโรคหัด ปิยนิษฐ์ ธรรมภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร (2559)

ได้อธิบายถึงอาการของโรคหัดไว้ดังนี้

1) คล้ายคลึงกับอาการของไข้หวัดธรรมดา คือ มีไข้ (ก่อน) น้ำมูกไหล มักจะไอแห้งๆ ตลอดเวลา ไม่มีทางทราบได้เลยว่าเด็กเป็นหัดแล้ว จนเมื่อมีอาการเพิ่มขึ้น มีไข้สูง ตาแดงก้ำ และแฉะ เวลาโดนแสงจะแสบตา ระคายตา ทำตาหยี ไอและมีน้ำมูกมาก ปากและจมูกแดง

2) อาจจะมีไข้สูงประมาณ 3-4 วัน จึงเริ่มมีผื่นขึ้นจากหลังหูแล้วลามไปยังหน้า และร่างกาย ลักษณะผื่นนูนแดง (maculopapular rash) ติดกันเป็นปื้นๆ โดยจะขึ้นที่หน้าบริเวณซิดขอบผม แล้วแผ่กระจายไปตามลำตัว แขน ขา

3) เมื่อผื่นแพร่กระจายไปทั่วตัว ประมาณ 2-3 วัน ไข้ก็จะเริ่มลดลง ผื่นที่ระยะแรก มีสีแดงก็จะมีสีเข้มขึ้นเป็นสีแดงคล้ำหรือน้ำตาลแดง ซึ่งจะคงอยู่นาน 5-6 วัน และกว่าจะจางหาย ไปหมด ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ บางครั้งจะพบผื่นหนังลอกเป็นขุย

4) การตรวจในระยะ 1-2 วันก่อนผื่นขึ้นจะพบจุดขาวๆ เล็กๆ มีขอบสีแดงๆ อยู่ใน กระจุกแก้ม เรียกว่า Koplik's spots ซึ่งจะช่วยให้วินิจฉัยโรคหัดได้ก่อนที่จะมีผื่นขึ้น แต่การวินิจฉัยที่แน่นอนคือ การตรวจหา antibody ต่อ measles

4.2.2 การรักษาโรคหัด ปิยนิษฐ์ ธรรมภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร (2559)

ได้กล่าวถึงแนวทางในการรักษาโรคหัดไว้ดังนี้

1) ให้การรักษาตามอาการ ถ้าไข้สูงมากให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราว ร่วมกับการเช็ดตัว ให้ยาแก้ไอที่เป็นยาขับเสมหะได้เป็นครั้งคราว

2) ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ นอกจากรายที่มีโรคแทรกซ้อนเช่น ปอดอักเสบหูอักเสบ

3) ให้อาหารอ่อนที่มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน ให้วิตามินเสริมโดยเฉพาะวิตามินเอ องค์การอนามัยโลกและ UNICEF แนะนำให้วิตามินเอแก่เด็กที่เป็นหัดทุกรายในพื้นที่ที่มี

อุบัติการณ์ของการขาดวิตามินเอสูงและอัตราป่วยตายของโรคหัดเกินร้อยละ 1 เนื่องจากผลของการศึกษาในประเทศด้อยพัฒนาหลายแห่งแสดงให้เห็นว่าให้วิตามินเอเสริมแก่เด็กที่เป็นหัดจะช่วยลดอัตราตายจากหัดลงได้

4.2.3 การแยกผู้ป่วย ควรแยกผู้ป่วยที่สงสัยโรคหัดจนถึง 4 วันหลังผื่นขึ้น

การป้องกันในประชาชนทั่วไป วิธีที่ดีที่สุดคือให้วัคซีนป้องกันและหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วย ในกลุ่มเด็กเล็กให้วัคซีนป้องกันโรคหัด 2 ครั้ง จะเริ่มฉีดครั้งแรกเมื่อเด็กมีอายุได้ 9-12 เดือน โดยอยู่ในรูปของวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน และคางทูม และให้ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2 ปีครึ่ง สำหรับผู้ที่สัมผัสโรคภายในระยะ 72 ชั่วโมง อาจพิจารณาให้วัคซีนหัดทันที ซึ่งจะป้องกันการเกิดโรคได้ หากสัมผัสเกิน 72 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 6 วันให้ Immune globulin (IG) เพื่อป้องกันหรือทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง โดยให้ IG ซีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน 0.25 มล./กก. ผู้ที่ควรพิจารณาให้ IG ได้แก่ เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หญิงมีครรภ์ เด็กที่มีภาวะทุโภชนาการ ซึ่งบุคคลเหล่านี้เมื่อป่วยด้วยโรคหัดจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง (ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร, 2559)

โรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารหรือทุโภชนาการ (Malnutrition) อยู่ในชุมชนแออัดและในเด็กเล็ก ได้แก่

- 1) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ อาจเกิดได้ตั้งแต่ คออักเสบ หลอดลมอักเสบ จนถึงปอดบวม
- 2) ภาวะแทรกซ้อนทางหูอาจเกิดหูชั้นกลางอักเสบ
- 3) ภาวะแทรกซ้อนทางตา จะมีเยื่อぶตาอักเสบ จนเป็นแผลที่แก้วตา (corneal ulcer) โดยเฉพาะเด็กที่ขาดวิตามินเอ
- 4) ภาวะแทรกซ้อนทางเดินอาหาร มีการอักเสบของลำไส้ทำให้ถ่ายเหลว
- 5) ภาวะแทรกซ้อนระบบประสาทส่วนกลาง อาจพบสมองอักเสบ (Encephalitis) ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรงที่สุด ผู้ป่วยจะมีไข้สูง ปวดศีรษะ และซึมลง

4.2.4 แนวทางการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคหัด

ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร (2559) กล่าวว่า โรคหัดเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คน การป้องกันและควบคุมโรคหัดที่ได้ผลดีที่สุดคือ การสร้างภูมิคุ้มกันให้เกิดขึ้นแก่กลุ่มเป้าหมายโดยการให้วัคซีนป้องกันโรคหัด ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในพื้นที่ที่จะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ หรือ ภูมิคุ้มกันชุมชน (Herd immunity หรือ Community Immunity) มากพอที่จะหยุดยั้ง การแพร่ระบาดของโรคได้ ต้องมีความครอบคลุมอย่างน้อยประมาณร้อยละ 93-95 สม่าเสมอ ทั่วทั้งพื้นที่ (homogeneous)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (Measles-Mumps-Rubella: MMR) แก่เด็กกลุ่มเป้าหมายรวม 2 ครั้ง ครั้งแรก ให้เมื่อเด็กอายุ 9-12 เดือน และครั้งที่สองให้เมื่อเด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน โดยมีเป้าหมายคือ เด็กอายุครบ 1 ปี และครบ 3 ปี ให้ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 95 รายตำบล เพื่อให้มั่นใจว่าประชากรกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในประเทศไทยมีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดอยู่ในระดับสูงเพียงพอที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค และสามารถกำจัดโรคหัดให้อยู่ในอัตราและเวลาที่กำหนด

วัคซีนป้องกันโรคหัด (Measles Vaccines) เริ่มใช้ในปี 1963 เป็นวัคซีนเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (Live attenuated vaccine) สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ร้อยละ 85-95 และภูมิคุ้มกันจะขึ้นสูงสุดใน 6-8 สัปดาห์หลังการรับวัคซีน (หรือการติดเชื้อตามธรรมชาติ) และมีภูมิคุ้มกันไปตลอดชีวิต วัคซีนรวมกลุ่มหัด หัดเยอรมัน คางทูม ให้ผลเช่นเดียวกับวัคซีนชนิดเดียว รูปแบบของวัคซีนรวม ได้แก่ หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) และหัด-หัดเยอรมัน (MR)

1) ความเป็นมาของการบรรจุวัคซีนโรคหัดในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย ตั้งแต่เริ่มการให้วัคซีนจนถึงปัจจุบัน

- (1) พ.ศ. 2527 เริ่มให้วัคซีนหัดครั้งที่ 1 แก่เด็กอายุ 9-12 เดือน
- (2) พ.ศ. 2539 เริ่มให้วัคซีนหัดครั้งที่ 2 แก่นักเรียนชั้น ป.1
- (3) พ.ศ. 2540 เปลี่ยนการให้วัคซีนครั้งที่ 2 เป็นวัคซีนรวมหัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR) แก่นักเรียนชั้น ป. 1
- (4) พ.ศ. 2553 เปลี่ยนการให้วัคซีนครั้งที่ 1 แก่เด็กอายุ 9-12 เดือนเป็นวัคซีนรวมหัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR)
- (5) พ.ศ. 2557 ปรับกำหนดการให้วัคซีน MMR/ MR ครั้งที่ 2 ให้เร็วขึ้นจากเดิมให้นักเรียนชั้น ป.1 เป็นให้เด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยยืนยันโรคหัดส่วนใหญ่เป็นเด็กก่อนวัยเรียน (อายุต่ำกว่า 7 ปี) และเพื่อเร่งรัดการกำจัดโรคหัดให้เหลือไม่เกิน 1 ต่อประชากรล้านคน ภายใน พ.ศ. 2563 ตามเป้าหมายของโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญาที่มีต่อนานาชาติ
- (6) พ.ศ. 2558 รมณรงค์ให้วัคซีนรวม หัด-หัดเยอรมัน (Measles-Rubella: MR) ครั้งที่ 2 ในเด็กอายุ 2 ปี 6 เดือนถึง 7 ปี ทั่วประเทศ
- (7) พ.ศ. 2559 ยกเลิกการให้วัคซีน MMR/ MR ครั้งที่ 2 ในนักเรียนชั้น ป. 1 โดยให้เฉพาะรายที่รับวัคซีนไม่ครบถ้วน

การให้วัคซีนป้องกันโรคหัดก่อนเกิดการระบาด การตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนของเด็กกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบและการให้วัคซีนเพิ่มเติมให้มีความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 95 ประกอบด้วย การได้รับวัคซีน MMR ของเด็กในเข็มแรกช่วงอายุ 9 เดือนถึง 1 ปี และ

เข็มที่ 2 อายุ 2 ปีครึ่ง โดยเป้าหมายคือ เด็กอายุครบ 1 ปี และครบ 3 ปี ให้ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 95 รายตำบล หากพบว่าความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่ำกว่าร้อยละ 95 ให้ตรวจสอบหาสาเหตุว่าเพราะอะไร และถ้าความครอบคลุมต่ำกว่าร้อยละ 80 ให้ดำเนินการเร่งรัดการให้วัคซีนในพื้นที่ เพื่อให้มั่นใจว่าประชากรกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในประเทศไทยมีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับสูงเพียงพอที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค และสามารถกำจัดหัดและให้อยู่ในอัตราและเวลาที่กำหนด

2) แนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคหัดแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดโรค และระยะที่มีการระบาดของโรค

(1) ระยะก่อนเกิดโรค เป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้นในพื้นที่ ด้วยการให้วัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กกลุ่มเป้าหมายตามระบบปกติ (routine immunization) ซึ่งนับเป็นมาตรการพื้นฐานที่สำคัญที่สุด ที่จะสามารถทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยและกำจัดโรคหัดได้ในที่สุด ในระยะก่อนเกิดโรค เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบควรตรวจสอบสภาพการดำเนินงานและให้วัคซีนเพิ่มเติมดังนี้

- ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนของเด็กกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบและให้วัคซีนเพิ่มเติม เป็นการตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของหัด (MMR/ MR) ในกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนตามตารางกำหนดปกติ และติดตามให้วัคซีนแก่เด็กที่ยังไม่ได้รับวัคซีนดังกล่าวให้ครบถ้วนทุกคน ดังนี้

ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนของเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ จากทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ หรือจากสมุดบันทึกสุขภาพของเด็กแล้วให้วัคซีนตามตารางดังนี้

ตารางที่ 2.1 การให้วัคซีน MMR ในเด็กอายุ 9 เดือน ถึงเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี 6 เดือน ตามประวัติการได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของหัด

ประวัติการได้รับวัคซีนMMR/ MR	การให้วัคซีน
ไม่เคยได้รับวัคซีน	ครั้งนี้ให้MMR 1 ครั้ง แล้วติดตามฉีดเข็ม 2 ตาม
ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	กำหนดปกติ โดยมีระยะห่างอย่างน้อย 1 เดือน
ได้รับวัคซีนก่อนอายุ 9 เดือน	
เคยได้มาแล้ว 1 เข็มตั้งแต่อายุ 9 เดือนขึ้นไป	ครั้งนี้ไม่ต้องให้ MMR ติดตามฉีดเข็ม 2 ตาม
	กำหนดปกติโดยมีระยะห่างอย่างน้อย 1 เดือน

ที่มา: ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร (2559)

ตารางที่ 2.2 การให้วัคซีน MMR ในเด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน ถึงเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ตามประวัติการ
ได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของหัด

ประวัติการได้รับวัคซีนMMR	การให้วัคซีน
ไม่เคยได้รับวัคซีนเลย/ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	ให้MMR 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน
ได้รับวัคซีน 1 เข็มหลังอายุ 9เดือน	ให้MMR 1 ครั้ง ห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 1 เดือน
เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 2 เข็ม ครั้งที่ 1 เมื่ออายุ 9 เดือนขึ้นไป	ไม่ต้องให้MMR

ที่มา: ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร (2559)

- ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนของเด็กเมื่อเข้าเรียนชั้น ป. 1 และชั้น ม.1
ในโรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบเมื่อเริ่มต้นปีการศึกษา จากหลักฐานการได้รับวัคซีน MMR/ MR
เช่น สมุดบันทึกสุขภาพของเด็ก ทะเบียนของสถานบริการที่จัดทำขึ้น ทะเบียนการให้บริการวัคซีน
ของนักเรียนจากสถานบริการจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม บัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน (สค.3)
หรือบัตรรับรองการได้รับวัคซีน ให้วัคซีน MMR/MR ในนักเรียนชั้น ป.1 ตามประวัติการได้รับวัคซีน
ก่อนเข้าเรียน

ตารางที่ 2.3 การให้วัคซีน MMR/MR ในนักเรียนชั้น ป.1 ตามประวัติการได้รับวัคซีนก่อนเข้าเรียน
ตามประวัติการได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของหัด

ประวัติการได้รับวัคซีนMMR	การให้วัคซีน
ไม่เคยได้รับวัคซีนเลย/ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ	ให้MMR 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน
ได้รับวัคซีน 1 เข็มหลังอายุ 9เดือน	ให้MMR 1 ครั้ง ห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 1 เดือน
เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 2 เข็ม ครั้งที่ 1 เมื่ออายุ 9 เดือนขึ้นไป	ไม่ต้องให้MMR

ที่มา: ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร (2559)

- กรณีที่สถานบริการไม่มีหลักฐานการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายตามข้อ (1.1)
และ (1.2) ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบวางแผนในการรณรงค์ให้วัคซีน MMR/ MR แก่เด็กทุกคนในกลุ่ม
ที่ไม่สามารถตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน

- การให้วัคซีนเสริมในประชากรกลุ่มเสี่ยง ในกรณีที่มีกลุ่มเสี่ยงอาศัยอยู่ในพื้นที่
 รับผิดชอบและไม่สามารถตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนให้หน่วยงานที่รับผิดชอบวางแผนในการ
 รณรงค์ให้วัคซีน MMR/ MR แก่กลุ่มเสี่ยงทุกคน โดยไม่คำนึงถึงประวัติการได้รับวัคซีนที่มี
 ส่วนประกอบของหัด (MMR/ MR) มาก่อน เกณฑ์การพิจารณาความเสี่ยง ได้แก่

ก. เด็กที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ชายแดนหรือพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ไม่สงบ
 ทำให้การบริการให้วัคซีนไม่ครอบคลุม เช่น พื้นที่เกาะ พื้นที่สูง หรือพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้
 เป็นต้น

ข. เด็กด้อยโอกาส เช่น เด็กในชุมชนแออัด เด็กไร้สัญชาติ เด็กที่มีการ
 เคลื่อนย้ายติดตามผู้ใช้แรงงาน (ก่อสร้าง รับจ้างทำไร่ ประมง) เป็นต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดตาม
 ให้วัคซีนได้ครบถ้วน

ค. เด็กในกลุ่มแรงงานต่างชาติ (พม่า ลาว เขมร) ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีน
 อย่างครบถ้วน

(2) ระยะเวลาที่มีการระบาดของโรค ในระยะที่มีการระบาดของโรคหัดได้มีการ
 การศึกษาของ แมคอินไทร์ และคณะ (MacIntyre et al, 2002) พบว่า ออสเตรเลียได้รับผลกระทบ
 จากการเปลี่ยนผ่านของโรคหัด ระดับความครอบคลุมของวัคซีนในปัจจุบันอาจส่งผลให้เกิดการแพร่
 เชื้อโรคหัดในปี 2007 ต้องเร่งปรับปรุงความครอบคลุมของวัคซีน MMR จำนวน 2 โดส เพื่อให้แน่ใจ
 ว่าสามารถกำจัดโรคหัดได้ และการศึกษาของ เทเลอร์, มาดิซอร์ และไวน์แมนด์ (TAYLOR, MA-DISU,
 & WEINMAN (1988) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัดร้อยละ 27 เกิดในเด็กอายุต่ำกว่า 9 เดือน
 และอายุน้อยกว่า ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่แนะนำให้ฉีดวัคซีน คาดว่าผลลัพธ์ 2 ประการ ในประชากร
 บางส่วนที่ได้รับวัคซีนมีอุบัติการณ์โรคหัดลดลง จากการสังเกตการกระจายของกลุ่มอายุที่เป็นโรคหัด
 จะไปสู่เด็กโต การควบคุมโรคหัดใน Kinshasa ต้องมีความครอบคลุมของวัคซีนมากกว่าร้อยละ 60
 และการศึกษาของ ฟอลลิน และคณะ (Follin et al, 2008) พบว่า เรื่องสำคัญต้องให้การป้องกันที่มี
 ประสิทธิภาพสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการพัฒนาของโรคร้าย เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน
 ให้กับเด็กแรกเกิด และบุคคลที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอื่น ๆ ดังนั้นจากการศึกษาจะเห็นได้ว่า การ
 ควบคุมป้องกันโรคหัดโดยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการให้วัคซีนทั้งในกลุ่มเด็กและกลุ่มเสี่ยง

สำหรับมาตรการการดำเนินงานด้านควบคุมการระบาดของโรคหัดในประเทศไทย ตาม
 แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรค การตรวจรักษา และส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการ
 กำจัดโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัด ตามพันธะสัญญานานาชาติ โดยปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ
 และ เลิศฤทธิ สีสรร (2559) พบว่า การให้วัคซีนเพื่อการควบคุมการระบาดของโรคต้องให้โดยเร็ว
 เพราะผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคจะลดลงเมื่อการระบาดนานเกินกว่า 1 ระยะเวลาฟักตัว
 (8-12วัน) ยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดว่าเมื่อเกิดการระบาดต่อเนื่องเป็นเวลานาน ประสิทธิภาพของการให้

วัคซีนเพื่อควบคุมโรคหัดในระหว่างที่มีการระบาดจะลดลงอย่างน้อยเพียงใด ในทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยสงสัยโรคหัดให้ดำเนินการ ดังนี้

- เมื่อพบผู้ป่วย 1 ราย ให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของหัด (MMR/ MR) ของประชากรกลุ่มเป้าหมายเช่นเดียวกับระยะก่อนเกิดโรค

- เมื่อพบผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป ภายใน 14 วันในหมู่บ้าน ชุมชน หรือในสถานที่ที่มีบุคคลรวมกันเป็นจำนวนมาก เช่น โรงงาน สถาบันการศึกษา ศูนย์เด็กเล็ก เป็นต้น ให้ดำเนินการควบคุมโรคตามแนวทางการให้วัคซีน ดังนี้

ก. การระบาดของโรคในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุต่ำกว่า 7 ปี) ให้ประเมินความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนของเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ หากความครอบคลุมสูงกว่าร้อยละ 95 ต้องรีบให้วัคซีนแก่เด็กเฉพาะรายที่ยังไม่ได้รับวัคซีนทันที หากความครอบคลุมต่ำกว่าร้อยละ 95 หรือไม่สามารถประเมินความครอบคลุมได้ หรือไม่แน่ใจสภาพการดำเนินงานป้องกันโรคหัดในพื้นที่ ต้องรีบให้วัคซีน MMR/ MR เก็บตกแก่เด็กอายุตั้งแต่ 9 เดือนขึ้นไปจนถึงอายุต่ำกว่า 7 ปี หรือให้ทุกคนแล้วแต่กรณี โดยให้วัคซีนในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยและหมู่บ้านที่มีการถ่ายทอดโรค หลังจากพบว่ามี การระบาดของโรคควรดำเนินการให้วัคซีนให้แล้วเสร็จภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากพบผู้ป่วยสงสัยหัดรายแรก ไม่แนะนำให้ใช้วัคซีนในเด็กอายุน้อยกว่า 9 เดือน แต่ควรแยกเด็กไม่ให้สัมผัสคลุกคลีกับผู้ป่วย

ข. การระบาดของโรคในกลุ่มเด็กนักเรียน ให้ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน MMR/ MR ของทุกคนในสถานศึกษาที่พบผู้ป่วย แล้วดำเนินการให้วัคซีนตามเกณฑ์ หลังจากพบว่ามี การระบาดของโรคควรดำเนินการให้วัคซีนให้แล้วเสร็จภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากพบผู้ป่วยสงสัยหัดรายแรก

ค. การระบาดของโรคในผู้ใหญ่ ให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบว่ากลุ่มอายุของผู้ป่วยสงสัยโรคหัดอยู่ในกลุ่มอายุใด โดยพิจารณาจากอัตราป่วยของแต่ละกลุ่มอายุที่มีการระบาดสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ กำหนดขอบเขตการระบาดโดยพิจารณาจากลักษณะการสัมผัสโรคในการระบาดครั้งนั้น การอยู่ในแผนกเดียวกันที่ทำงาน อยู่ในแดนเดียวกันของเรือนจำ ให้วัคซีนเพื่อควบคุมการระบาดโดยทั่วไปให้ถึงอายุ 40 ปี ยกเว้นการระบาดที่มีผู้ป่วยอายุเกิน 40 ปีจำนวนมากให้วัคซีนจนถึงอายุที่สูงที่สุดของการระบาดนั้น วิเคราะห์ช่องว่างทางภูมิคุ้มกันโรคหัดในประเทศไทย ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดในประเทศไทยค่อนข้างสูงแต่ยังมีช่องว่างทางภูมิคุ้มกันในประชากรบางส่วนคือ กลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนปกติไม่ครบตามเกณฑ์ และกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 20-40 ปี โดยเฉพาะที่อยู่รวมกันหมู่มากายทหาร เรือนจำ โรงงาน แหล่งท่องเที่ยว สถานบริการสาธารณสุข หลังจากพบว่ามี การระบาดของโรคควรดำเนินการให้วัคซีนให้แล้วเสร็จภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากพบ

ผู้ป่วยสงสัยหัดรายแรกขอบเขตขึ้นอยู่กับลักษณะทางระบาดวิทยา ห้ามให้วัคซีนที่มีส่วนประกอบของ วัคซีนหัดในหญิงมีครรภ์ และถ้าหากจะให้ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบว่าต้อง คุมกำเนิดหลังจากได้รับวัคซีนเป็นเวลา 1 เดือน

ในพื้นที่ที่เกิดการระบาดของโรคหัดได้กำหนดมาตรการเป็นการเฉพาะขึ้นเพื่อเพิ่มความ เข้มขันในการดำเนินงาน จากข้อมูลของสำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561) กล่าวว่า การควบคุมการระบาดของโรคหัดในพื้นที่จังหวัดยะลาใช้มาตรการ 323 “หาให้ครบ ฉีดให้ ทัน” ระดมสรรพกำลังบุคลากรและวัคซีน ลงพื้นที่เชิงรุก ดำเนินการวินิจฉัยโรคให้เร็ว แจ้งเจ้าหน้าที่ ในพื้นที่ให้ทราบภายใน 3 ชม. เพื่อลงสอบสวนโรค หาผู้สัมผัสโรคให้ครบภายใน 2 วัน และ ดำเนินการฉีดวัคซีนแก่ผู้สัมผัสโรคภายใน 3 วัน ในส่วนของผู้สัมผัสโรค มี 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ที่อยู่ บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อยู่โรงเรียน/ที่ทำงาน ทำภารกิจร่วมกันเป็นประจำ 3) ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด คลุก คลี 4) บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลสัมผัสผู้ป่วย การป้องกันจึงเน้นย้ำหลีกเลี่ยงการคลุกคลี สัมผัสกับ ผู้ป่วย และหากเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วง 5 วันก่อนออกผื่นและ 4 วันหลังออกผื่น ให้ พบแพทย์พร้อมให้ประวัติการรับวัคซีน (นำสมุดประวัติรับวัคซีนไปด้วย) เพื่อการพิจารณาฉีดวัคซีน ป้องกัน ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีโปรแกรมให้วัคซีนป้องกันโรคหัด 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อเด็ก อายุ 9-12 เดือน ครั้งที่ 2 เมื่อเด็กอายุ 2 ปี ครั้ง โดยให้ในรูปของวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัด เยอร์มัน (MMR)

ดังนั้นในระยะที่เกิดการระบาดของโรคหัดมาตรการที่ขาดไม่ได้ก็จะเป็นในเรื่องวัคซีน ทั้ง ในกลุ่มเด็กและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ โดยให้มีความครอบคลุมของวัคซีนมากกว่าร้อยละ 95 นอกจากนี้ยังม ีการดำเนินการในส่วนของการรักษาพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงและการสูญเสีย รวมทั้งการแยก ผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายของโรค

4.2.5 โครงการกำจัดโรคหัด

ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ พรทิพย์ จอมพุก และเลิศฤทธิ์ สีลาธร (2555) กล่าวว่า โครงการกำจัดโรคหัด (Measles Elimination) ริเริ่มครั้งแรกในทวีปอเมริกาตั้งแต่ พ.ศ.2537 จนประสบความสำเร็จใน พ.ศ.2545 โดยสามารถลดจำนวนผู้ป่วยโรคหัดให้น้อยลงกว่าร้อยละ 99 คือจากจำนวนผู้ป่วยประมาณ 250,000 รายต่อปีทั่วทั้งภูมิภาคใน พ.ศ.2533 คงเหลือเพียง 105 รายใน พ.ศ.2546 ซึ่งเป็นการนำเชื้อเข้ามาจากต่างประเทศ (Import-related measles) ทั้งสิ้น

จากความสำเร็จของการกำจัดโรคหัดในทวีปอเมริกาทำให้ภูมิภาคต่างๆทั่วโลก เห็นความเป็นไปได้ของการกำจัดโรคหัดและกำหนดปีเป้าหมายที่จะกำจัดโรคหัดให้สำเร็จร่วมกัน ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 11 ประเทศสมาชิกได้มีข้อตกลงในการ ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 63 (World Health Assembly: WHA) ในปี 2553 ณ นคร เจนีวา สมาพันธรัฐสวิสเซอร์แลนด์ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขตกลงเห็นด้วยกับข้อเสนอการกำจัดโรคหัด

(Measles Elimination) โดยตั้งเป้าหมายการกำจัดโรคหัดใน พ.ศ.2563 และให้กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานประสานงาน มีกรมต่างๆ ร่วมดำเนินการ ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปณินิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ สีลาธร (2559) ได้ให้คำจำกัดความ การกำจัดโรคหัด (Measles elimination) หมายถึง การไม่พบผู้ป่วยโรคหัดที่ติดเชื้อมาในประเทศ (Endemic measles case) ติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน 12 เดือนขึ้นไป ภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคหัดที่มีประสิทธิภาพ

การกวาดล้างโรคหัด (Measles eradication) หมายถึง การที่ทุกภูมิภาคทั่วโลกประสบความสำเร็จในการกำจัดโรคหัดร่วมกัน

1) วัตถุประสงค์การดำเนินการ ปณินิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ พรทิพย์ จอมพุก และเลิศฤทธิ์ สีลาธร (2555)

(1) ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหัดในประเทศไทยลงเหลือไม่เกิน 1 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนในปี 2563 (ไม่เกิน 5 รายต่อประชากรหนึ่งล้านในปี 2558)

(2) เป้าหมายการดำเนินงานใน 5 ปีแรก (2553-2558)

- การกำจัดโรคหัดเพิ่มและรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 ในทุกพื้นที่

- จัดตั้งเครือข่ายการตรวจเชื้อหัดทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานทั่วประเทศ

- เฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหัด โดยมีการตรวจยืนยันเชื้อก่อโรคทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่สงสัยโรคหัด ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ในทุกพื้นที่

- หนุนเสริมให้วัคซีนป้องกันโรคหัด หรือมาตรการเสริมอื่น เช่น การบริการวัคซีน ในประชากรวัยทำงาน เพื่อเพิ่มระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง

แผนเร่งรัดการกำจัดโรคหัดเป้าหมายในปี 2563: อุตบัติการณ์ไม่เกิน 1 ต่อประชากรล้านคนและไม่มีกรณีการติดเชื้อมาในประเทศ (Zero Endemic Case) มีมาตรการได้แก่ เพิ่มและรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีน เร่งรัดการเฝ้าระวังโรคและการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ เสริมสร้างความเข้มแข็งของการสอบสวนและควบคุมโรค หนุนเสริมให้วัคซีนโรคหัด และตอบโต้การระบาดอย่างเต็มที่

2) การดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคหัด

(1) ติดตามระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม- หัดเยอรมัน(MMR) ทั้งสองเข็มไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95

- (2) จังหวัดที่ความครอบคลุมทำให้เร่งรัดติดตามเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบ และให้วัคซีนเก็บตก
- (3) บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน
- (4) ติดตามผ่านการประชุมคณะกรรมการประสานงานพัฒนางานสาธารณสุขระดับเขต
- (5) เร่งรัดติดตามการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคหัดในพื้นที่
- (6) สอบสวนโรคตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน
- (7) เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (8) ให้วัคซีนเพื่อจำกัดการระบาดโดยเร็ว
- (9) เฝ้าระวังต่อเนื่องอย่างน้อย 42 วัน หลังจากพบผู้ป่วยรายสุดท้าย

ตารางที่ 2.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมายของการกำจัดโรคหัด

มาตรการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. ความครอบคลุมของวัคซีน	ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด เข็มแรกตาม EPI program และเข็ม 2 ตาม EPI program หรือการรณรงค์ให้วัคซีนเสริม (Supplementary immunization activity: SIA)	ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มแรกและเข็มที่สองต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ในระดับตำบลและระดับประเทศ
2. ขนาดของเหตุการณ์การระบาด (outbreak size)	จำนวนผู้ป่วยยืนยันในแต่ละเหตุการณ์การระบาด	พบผู้ป่วยยืนยันโรคหัดไม่เกิน 10 ราย ต่อหนึ่งการระบาด อย่างน้อยร้อยละ 80 ของเหตุการณ์การระบาดทั้งหมด
3. อุบัติการณ์ของโรคหัด	อุบัติการณ์โรคหัดต่อประชากรล้านคน	อุบัติการณ์โรคหัดน้อยกว่า 1 ต่อประชากรล้านคนทั้งนี้ไม่นับรวมผู้ป่วยนำเข้ามาจากต่างประเทศ (imported case)
4. สายพันธุ์ของไวรัสโรคหัดที่แพร่กระจายภายในประเทศ	จำนวนสายพันธุ์ของไวรัสโรคหัดที่แพร่กระจายภายในประเทศ	ไม่มีผู้ป่วยยืนยันโรคหัดที่ติดเชื้อมาจากไวรัสโรคหัดสายพันธุ์ภายในประเทศเป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 12 เดือน

ที่มา: ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ สีลาธร (2559)

ปิยนิติย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ พรทิพย์ จอมพุก และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร (2555) กล่าวว่าในประเทศไทยได้ดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กอายุ 9 เดือนมาตั้งแต่ พ.ศ. 2527 และให้วัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อีกเป็นเข็มที่สองตั้งแต่ พ.ศ. 2539 ในปัจจุบันความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเฉลี่ยทั่วประเทศสูงกว่าร้อยละ 96 และ 91 ตามลำดับอย่างไรก็ตามประเทศไทยยังคงมีผู้ป่วยโรคหัดรายงานผ่านระบบเฝ้าระวังโรคปีละ 4,000 - 7,000 ราย และยังมีภาระของโรคหัดเป็นระยะๆ เนื่องจากปัญหาความครอบคลุมวัคซีนในเด็กยังต่ำในบางพื้นที่และมีกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดเนื่องจากไม่ได้รับวัคซีนในวัยเด็กแต่หลบรอดการป่วยด้วยโรคหัดในช่วงเวลาที่ผ่านมาซึ่งอยู่รวมกันในสถานศึกษา สถาบันต่างๆ หรือสถานประกอบการจำนวนมาก

4.3 การเฝ้าระวังโรคหัด

ปิยนิติย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร (2559) กล่าวว่า การเฝ้าระวังโรคหัดประกอบด้วยติดตามสถานการณ์โรค บ่งชี้ประชากรกลุ่มเสี่ยง ตรวจจับการระบาดและควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคหัดในประเทศไทยหลังจากที่ได้เข้าร่วมดำเนินการกำจัดโรคหัดได้มีการปรับเปลี่ยนการเฝ้าระวังโรคให้มีความถูกต้องและสามารถรายงานรายละเอียดของผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยยังมีความครอบคลุมและรวดเร็ว ช่วยให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายและเข้าดำเนินการควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาวินี ด้วงเงิน (ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึงระบบเฝ้าระวังโรคหัดของประเทศไทยว่ามีการรายงานโรคหัดในรายงาน 506 โดยเริ่มดำเนินการในปี 2514 แต่มีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดของรายงาน 506 ไม่มีผลการตรวจยืนยัน ไม่มีข้อมูลประวัติวัคซีน การปรับเปลี่ยนที่สำคัญของการเฝ้าระวังโรคหัดในช่วงแรกกำหนดให้ส่งยืนยันการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยสงสัยโรคหัดทุกราย และให้รายงานเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลการจัดหัด ซึ่งเริ่มดำเนินการในปี 2555 ในปัจจุบันยังคงมีการปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์ในการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายและการสอบสวนการระบาดเพื่อเข้าสู่เป้าหมายการกำจัดโรคหัด การเฝ้าระวังจะต้องมีความไวสูง จึงกำหนดให้ไม่ครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยสงสัยโรคหัด แต่รวมไปถึงผู้ป่วยไข่ออกผื่นทั้งหมด

ตารางที่ 2.5 ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อของประเทศไทยในปัจจุบัน

ระบบปกติ (รายงาน 506)	โครงการกำจัดโรคติดต่อ (Measles Elimination: ME)
นิยามผู้ป่วยสงสัยที่ ต้องรายงาน	ไข้สูง ไอ ผื่น + coryza/ Conjunctivitis / Koplik's spot หรือแพทย์วินิจฉัย
การรายงานผู้ป่วย ทันที	ไข้สูง ผื่น + ไอ/ coryza/ conjunctivitis/ Koplik's spot หรือแพทย์วินิจฉัย
การสอบสวนโรคและ การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ทุกรายที่มาร.พ.
การรายงานผู้ป่วย ทันที	- Severe, admitted, death - อายุน้อยกว่า 9 เดือน
การสอบสวนโรคและ การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	- Severe, Death, อายุน้อยกว่า 9 เดือน , > 25 ปี
ฐานข้อมูล	- Cluster ผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายจากชุมชน เดียวกันใน 3 สัปดาห์หรือมากกว่ามัธย ฐาน 5 ปี
ฐานข้อมูล	R506: ข้อมูลทั่วไป, วันเริ่มป่วย, วันรับ รักษา, ผลการรักษา
	- สอบสวนเฉพาะรายและส่งตรวจ Measles IgM ทุกรายที่มา โรงพยาบาล - สอบสวนเหตุการณ์การระบาด (ตรวจ Measles IgM 10 – 20 ราย +5 Throat swab)
	ME เพิ่มตัวแปรประวัติวัคซีน, ประวัติสัมผัสโรค, ผล lab

* การรายงานและสอบสวนผู้ป่วยให้ได้ตามโครงการกำจัดโรคติดต่อต้องไม่รอรายงานจาก ICD10
ที่มา: ภาวินี ด้วงเงิน (ม.ป.ป.)

การกำจัดโรคติดต่อต้องดำเนินการควบคู่ไปกับระบบการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ
เพื่อให้แน่ใจว่ามาตรการต่างๆ สามารถทำได้จริงตามเป้าหมายและตัวชี้วัด โดยกำหนดตัวชี้วัดการ
ดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ

ตารางที่ 2.6 ตัวชี้วัดระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อตามโครงการกำจัดโรคติดต่อ

ตัวชี้วัด	การดำเนินงานเฝ้าระวังโรค
1. อัตราการรายงานผู้ป่วย	1.1 มีการรายงานผู้ป่วยไข้ออกผื่นหรือผู้ป่วยสงสัยหัด หัดเยอรมันไม่ น้อยกว่า 2 รายต่อแสนประชากรต่อปี ในระดับประเทศ 1.2 มีการรายงานผู้ป่วยไข้ออกผื่นหรือผู้ป่วยสงสัยหัด หัดเยอรมันไม่ น้อยกว่า 2 รายต่อแสนประชากรต่อปี จากทุกจังหวัดของประเทศ

ตารางที่ 2.6 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	การดำเนินงานเฝ้าระวังโรค
2. การตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ	มีการเก็บซีรัมเพื่อส่งตรวจ measles IgM ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่รายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง (ไม่นับผู้ป่วยในการสอบสวนเหตุการณ์การระบาด) และดำเนินการตรวจโดยห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกและเครือข่าย
3. การตรวจวิเคราะห์สายพันธุ์ไวรัสโรคหัด	มีการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อวิเคราะห์สายพันธุ์ของไวรัสโรคหัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเหตุการณ์การระบาด และได้รับการตรวจโดยห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก
4. การสอบสวนโรค	มีการสอบสวนเฉพาะรายผู้ป่วยไข้ออกผื่นหรือผู้ป่วยสงสัยโรคหัด หัดเยอรมัน ภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากพบผู้ป่วย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย

ที่มา: ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ สีสวรร (2559)

การรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังของโครงการกำจัดหัด (Reporting criteria) ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยไข้ออกผื่น สงสัยโรคหัดหรือหัดเยอรมัน พร้อมทั้งเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยสงสัยทุกราย

4.3.1 นิยามผู้ป่วยสำหรับการเฝ้าระวังโรค

ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ สีสวรร (2559) ได้ให้ความหมายของโรคไข้ออกผื่น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีไข้ร่วมกับผื่นนูนแดง (Maculopapular rash) ซึ่งรวมไปถึงโรค Roseola Infantum (ICD10TM: B08.2) โรค Erythema infectiosum (ICD10TM: B08.3) และโรคไข้ออกผื่นอื่นๆ ในกลุ่มการติดเชื้อไวรัสที่ไม่ทราบแน่ชัด (ICD10TM: B09)

ผู้ป่วยโรคหัด (ICD10TM: B05, B05.0 - B05.9) พิจารณาโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

1) เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria) มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส วัดทางปาก และมีผื่นนูนแดงขึ้นขณะยังมีไข้พร้อมทั้งมีอาการไอ ร่วมกับอาการอื่นอีกอย่างน้อยหนึ่งอาการ ดังต่อไปนี้ มีน้ำมูก (Coryza) เยื่อぶตาแดง (Conjunctivitis) ตรวจพบ Koplik's spot 1-2 วันก่อนและหลังผื่นขึ้น

2) เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria)

(1) Serology test: Measles IgM ให้ผลบวก

(2) Genotyping: ตรวจหาสารพันธุกรรมและวิเคราะห์หาสายพันธุ์ไวรัส โดยการทำ Polymerase Chain Reaction (PCR) และ sequencing จาก Throat swab หรือ nasal swab

4.3.2 ประเภทของผู้ป่วยโรคหัด ปิยนิติย์ ธรรมมาภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ สีลาธร (2559) ได้แบ่งประเภทของผู้ป่วยโรคหัดไว้ 4 ประเภท ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เฝ้าระวัง (Surveillance case) หมายถึง ผู้ป่วยไข้อย่างฉับพลัน ผู้ป่วยสงสัยโรคหัด/ หัดเยอรมันทั้งหมดที่ถูกรายงานเข้าสู่โครงการกำจัดหัด โรคหัดเป็นค่าเริ่มต้น (default) ของผู้ป่วยทุกรายก่อนพิจารณาเกณฑ์ทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากผู้ป่วยเฝ้าระวังมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นลบและไม่มีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยันโรคหัดให้ถือเป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคหัด (Non-measles case)

2) ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกหรือแพทย์สงสัยโรคหัดแต่ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3) ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยัน

4) ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและมีผลบวกทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งข้อ

นิยามผู้สัมผัสใกล้ชิดได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ร่วมงานหรือร่วมห้องเรียนที่ต้องอยู่ในห้องเดียวกันเป็นประจำ ผู้ที่มีประวัติคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยในระยะ 7 วันก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยเช่น แฟน เพื่อนสนิท บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

4.4 ชนิดและหลักเกณฑ์การสอบสวนโรคหัด

การสอบสวนโรคเฉพาะราย มีวัตถุประสงค์เพื่อหารายละเอียดของผู้ป่วยรายนั้นๆ และตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะมีการระบาดของโรคในชุมชน ส่วนการสอบสวนการระบาดมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน ทำให้ทราบขนาดความรุนแรง ลักษณะทางระบาดวิทยาของเหตุการณ์และแหล่งที่มาของโรคจากผู้ป่วยรายแรกในชุมชน ซึ่งการสอบสวนโรคต้องดำเนินการด้วยความรวดเร็ว ควบคู่ไปกับการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้สามารถควบคุมการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.4.1 ชนิดของการสอบสวนโรค ปิยนิติย์ ธรรมมาภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ์ สีลาธร (2559) ได้แบ่งประเภทของการสอบสวนผู้ป่วยโรคหัดไว้ 2 ประเภท ได้แก่

1) การสอบสวนโรคเฉพาะราย (Individual investigation) ให้สอบสวนผู้ป่วยที่เข้าข่ายเฝ้าระวังทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พร้อมทั้งเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Measles IgM

2) การสอบสวนการระบาด (Outbreak Investigation) ในกรณีที่เกิดโรคเป็นกลุ่มก้อนให้รีบทำการสอบสวนการระบาดทันที เพื่อยืนยันเชื้อก่อโรคและหาสาเหตุของการระบาด ทั้งนี้อาจเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบสวนเฉพาะราย (ME1 form) หรือทะเบียนผู้ป่วยในการสอบสวนเหตุการณ์การระบาด (ME 2 form) พร้อมทั้งเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Measles IgM ประมาณ 10 – 20 ตัวอย่างของจำนวนผู้ป่วยในเหตุการณ์นั้นๆ และส้อมตัวอย่าง throat swab/ nasal swab จำนวนไม่เกิน 5 ตัวอย่าง เพื่อส่งตรวจ genotype ของไวรัสโรคหัดด้วยวิธี PCR

เกณฑ์การออกสอบสวนโรคในพื้นที่ จะออกสอบสวนเมื่อมีเหตุการณ์การระบาดที่เข้าได้กับนิยามการระบาดของโรคตามโครงการกำจัดการหัด ได้แก่ การพบผู้ป่วยไข่ออกผื่นหรือผู้ป่วยสงสัยโรคหัดหรือหัดเยอรมันอย่างน้อย 2 รายภายใน 14 วันในหมู่บ้าน ชุมชนหรือสถานที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นเช่น โรงงาน โรงเรียน สถานศึกษา ศูนย์เด็กเล็ก และอื่นๆในที่เดียวกัน

4.4.2 เกณฑ์ในการออกสอบสวนโรคในพื้นที่

- 1) มีผู้ป่วยสงสัยโรคหัดเป็นกลุ่มก้อน
- 2) เมื่อสอบสวนผู้ป่วย Index case แล้วพบว่า ผู้สัมผัสใกล้ชิดมีอาการป่วยสงสัยโรคหัดร่วมด้วย
- 3) ผู้ป่วย Index case มาจากพื้นที่ที่ความครอบคลุมของวัคซีนต่ำ ได้แก่
 - (1) Measles หรือ MMR เข็มที่ 1 ต่ำกว่าร้อยละ 95 ในเด็กอายุ 1 ถึง 2 ปี (นับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วย index case) ในระดับตำบล
 - (2) MMR เข็มที่ 2 ต่ำกว่าร้อยละ 95 ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียน

4.5 กลวิธีการป้องกัน ควบคุมโรค

กลวิธีและแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค ปิยนิติย ธรรมาภรณ์พิลาศ และเลิศฤทธิ ลีลาธร (2559) กล่าวว่า มีการใช้มาตรการทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรค โดยเฉพาะโรคที่ติดต่อจากคนสู่คน โดยใช้กลวิธีการหยุดยั้ง/ สกัดกั้น (Containment) ได้แก่ การติดตามผู้สัมผัส (Contact tracing) การแยกกัก (Isolation) การกักกัน (Quarantine) การควบคุมช่องทาง การคัดกรองหรือตรวจจับผู้ต้องสงสัยว่าป่วย (Screening) การทำลายเชื้อ (Disinfection) การทำลายแมลง/ สัตว์นำโรค (Disinsection)

การควบคุมและป้องกันโรค โรคหัดสามารถควบคุมและป้องกันได้ดังนี้

- 1) การป้องกันก่อนการเกิดโรค โดย
 - (1) รักษาร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ ไม่คลุกคลีกับคนที่เป็โรค

- (2) สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โดยการฉีดวัคซีนหัดที่เป็นชนิดเชื้อเป็นแก่เด็กที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคทุกคน อาจให้ในรูปวัคซีนรวม ป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR)
 - (3) ให้สุศึกษาถึงการปฏิบัติตน และการรับวัคซีนป้องกันโรค
- 2) การควบคุมและป้องกันเมื่อเกิดโรคขึ้น โดย
- (1) แยกผู้ป่วยตั้งแต่วันวินิจฉัยโรคว่าเป็นหัด จนถึงฟื้นขึ้นแล้ว 7 วัน
 - (2) ทำลายเชื้อด้วยการเผาและใส่น้ำยาฆ่าเชื้อ
 - (3) พบแพทย์เพื่อทำการรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 การศึกษาเกี่ยวกับโรคหัด

มีการศึกษาวิจัยเรื่องโรคหัดด้านต่างๆในต่างประเทศ ได้แก่ ในด้านนโยบายและการวางแผนงานในการดำเนินงาน การศึกษาของ ออเรนไธน์ และคณะ (Orenstein et al. (2018) พบว่าแผนกลยุทธ์มีความชัดเจน แต่การดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบของแต่ละประเทศจะถูกจำกัดทางด้านนโยบายทางการเมือง ทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ แต่สามารถดำเนินการให้บรรลุได้โดยเพิ่มนโยบายทางการเมืองและสนับสนุนทางด้านทรัพยากร โดยจากการศึกษาได้แนะนำให้มุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงระบบการฉีดวัคซีนอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ผลสำเร็จอาจจะล่าช้าแต่สามารถมีความยั่งยืนได้ และการศึกษาด้านระบบและกระบวนการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหัดของ กู๊ดสัน และคณะ (Goodson et al., 2012) พบว่า ปัจจัยที่สามารถช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสในกลุ่มประชากรได้ ได้แก่ การสร้างแบบจำลองในการประเมินภาระโรคและวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐกิจและค่าใช้จ่าย การปรับปรุงการจัดส่งวัคซีนที่มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ความจำเป็นของการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อจำแนกลักษณะของโรคหัดและหัดเยอรมันให้ดีขึ้น และกลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อเพิ่มความต้องการในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีน

นอกจากนี้การศึกษาเรื่องโรคหัดโดยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อป้องกันการเกิดและการระบาดของโรคในประชากร การศึกษาของ โบส (Bose, A. S., 2019) ผลการศึกษาพบว่า รัฐที่มีการณรงค์ให้วัคซีนอัตราการตายจะลดลงมากกว่าในรัฐที่ไม่มีการรณรงค์ ในขณะที่จำนวนการเสียชีวิตของเด็กจากสาเหตุอื่นไม่ลดลง จากผลการศึกษาที่มีการรายงานโดย Wong และคณะ ควรช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอินเดียและที่อื่น ๆ ตัดสินใจอย่างชาญฉลาดในการพยายามที่จะควบคุมหรือกำจัดผู้ป่วยโรคหัดและการเสียชีวิตโดยใช้มาตรการสร้างภูมิคุ้มกันโรค และการศึกษาของเลสเลอร์ และคณะ (Lessler et al.,(2016) พบว่า การรณรงค์ให้มีการกระตุ้นด้วยเซรุ่มสามารถป้องกันโรคระบาดร้ายแรงได้จากการเผชิญกับความไม่แน่นอนทางระบาด

วิทยาและการฉีดวัคซีน ดังนั้นเซรุ่มขนาดเล็กจึงเป็นพื้นฐานทางกลยุทธ์ด้านสาธารณสุขที่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพถึงแม้ในกรณีที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูง การศึกษาของ กอนวอง และคณะ (Gonwong et al., 2016) ผลการศึกษาพบว่า เพื่อให้บรรลุถึงการควบคุมและกำจัดโรคหัดในระยะยาวได้มีการนำกลยุทธ์การฉีดวัคซีนสองโดสมาใช้ในเด็กในประเทศไทย การศึกษาความชุกของโรคหัดเยอรมันทั่วประเทศในกลุ่มผู้สูงอายุ RTA วัยหนุ่มสาวพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ลดลงต่ำกว่าองค์การอนามัยโลกแนะนำสำหรับการป้องกันและกำจัดโรคหัด โดยการเสริมภูมิคุ้มกันในคนหนุ่มสาวซึ่งเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงและมีประชากรหนาแน่นเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรคสำหรับการป้องกันและกำจัดโรคระบาด

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่มีความครอบคลุมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคหัด จากศึกษาของ ทาร์ปา และคณะ (Thapa et al., 2015) พบว่า ความท้าทายการบรรลุถึงการกำจัดโรคหัดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปี 2013 มี 7 จาก 11 ประเทศในภูมิภาคที่มีความครอบคลุมของวัคซีนโรคหัดเข็มที่ 1 น้อยกว่าร้อยละ 95 และมีข้อมูลเกี่ยวกับ genotype ของโรคหัดที่จะต้องมีการแยกเชื้อไวรัสที่หมุนเวียนการเกิดในแต่ละประเทศ การศึกษาของ แมคอินไทน์ และคณะ (MacIntyre et al., 2018) พบว่า การกำจัดโรคหัดทั่วโลกนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายเนื่องจากการติดเชื้อโรคหัดและความต้องการการฉีดวัคซีนที่ครอบคลุม 2 โดส ต้องมากกว่าร้อยละ 95 ในทุกประเทศเพื่อให้บรรลุผลแต่การเดินทางระหว่างประเทศสามารถนำเข้าเชื้อโรคหัดไปยังประเทศที่ประสบความสำเร็จในการกำจัดโรคหัด ออสเตรเลียแนะนำให้มีการฉีดวัคซีนในชุมชนที่มีความเสี่ยง การฉีดวัคซีนมีความสำคัญเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถควบคุมโรคหัดได้อย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาเรื่องโรคหัดในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการประเมินระบบเฝ้าระวังในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีการศึกษาในหลาย ๆ พื้นที่ ผลการศึกษาในเชิงปริมาณพบว่า ค่าความไวของการรายงาน และค่าพยากรณ์บวกในการรายงานค่อนข้างต่ำ การศึกษาของนลินี ช่วยดำรง และคณะ (2557) ได้ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัด 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ระบบมีค่าความไวของการรายงานเพียงร้อยละ 16.4 ค่าพยากรณ์บวกในการรายงานร้อยละ 54.0 การศึกษาวรรณา วิจิตร และคณะ (2555) ได้ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัด จังหวัดตาก พ.ศ. 2554 พบว่า ระบบมีค่าความไวร้อยละ 44.8 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 66.7 และการศึกษาของณัฐกานต์ อุ้นไพร, วรณา วิจิตร, อัจฉรวรรณ ช่างพินิจ, และภูติศศักดิ์ ท่อศิริโกควัฒน์ (2556) การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดของโรงพยาบาล 46 แห่ง ในเครือข่ายบริการที่ 2 ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าค่าความไวเท่ากับร้อยละ 24.8 ค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 47.9 ความถูกต้องและความทันเวลามากกว่าร้อยละ 80

การศึกษาในเชิงคุณภาพปัญหาที่พบคือ นิยามผู้ป่วยในการวินิจฉัย พบว่า เจ้าหน้าที่ไม่ได้วินิจฉัยตามนิยามแต่รายงานตามการวินิจฉัยของแพทย์ บางโรงพยาบาลมีการใช้นิยามในการวินิจฉัยที่

ค่อนข้างมีความจำเพาะสูง และการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยไม่ละเอียด ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการประเมินมาตรฐานของทีม SRRT ด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และความทันเวลาของการรายงานผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรชี้แจงและใช้นิยามตามการเฝ้าระวังโรคหัดเพื่อให้เกิดการรายงาน การสอบสวนและติดตามผู้ป่วยสงสัยโรคหัดทุกรายได้ครบถ้วนและถูกต้อง

6.2 การวิจัยเชิงประเมินผล

มีการนำรูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผลมาใช้ในหลายรูปแบบเพื่อประเมินผลโครงการและการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ รูปแบบที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายรูปแบบหนึ่งคือรูปแบบ CIPP Model โครงการที่มีการนำรูปแบบ CIPP Model มาใช้ในการประเมินผลในหลายพื้นที่ ได้แก่ โครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน การศึกษาของสมัย พูนทอง , เจริญชัย คำแฝง, ชนะ หอมจันทร์, จีระนันท์ คำแฝง, และทวิศักดิ์ จันทร์หอม (2556) เรื่องการประเมินผลโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนอำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ด้านบริบท โครงการมีความเหมาะสมกับอำเภอ มีประโยชน์มีความจำเป็นต่อประชาชน และสมควรต้องทำเร่งด่วน ด้านปัจจัยนำเข้า บุคลากรมีความรู้ มีศักยภาพในการทำงาน และมีขวัญกำลังใจในการทำงาน ด้านกระบวนการ มีการรายงานโรคมีความครอบคลุม ทันเวลา มีแผนและปฏิทินปฏิบัติการ มีการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์สำหรับการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล และด้านผลผลิต พบว่า กิจกรรมบรรลุตามเป้าหมาย

การศึกษาของธีระวุธ ธรรมกุล, ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, บัณฑิต วรณประพันธ์, และทิวรัตน์ สิงห์ทอง (2555) เรื่องการประเมินโครงการพัฒนาศักยภาพและกลไกการพยากรณ์โรคในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ตามนโยบายหลัก กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2554 ผลการประเมินด้านบริบท พบว่า โครงการพัฒนาศักยภาพและกลไกการพยากรณ์โรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา มีความสอดคล้อง/ เชื่อมโยงกับนโยบาย/ ทิศทาง/ ยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรคในระดับดีมาก ปัจจัยนำเข้าผลผลิต และผลลัพธ์พบว่า ผ่านเกณฑ์ในระดับดี ด้านกระบวนการผ่านเกณฑ์ในระดับดีมาก ด้านบริบทและด้านผลผลิตมีผลการประเมินตนเองในระดับดีมาก ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการมีผลการประเมินตนเองในระดับดี และการศึกษาของปนัดดา ไชยชมพู และธันวดี ฐีรอบ (2555) เรื่องการวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนาต้นแบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2555 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อมโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ และ ผลผลิตของโครงการล้วนมีส่วนสนับสนุนให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นความสอดคล้องของโครงการกับบริบท/ ปัญหาของพื้นที่กับนโยบายขององค์กร/หน่วยงานภาคีเครือข่าย การมีปัจจัยเบื้องต้น คือ ความพร้อมด้านทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน ความพร้อมด้าน

ทรัพยากรเทคโนโลยี ความพร้อมด้านงบประมาณ ทำให้การดำเนินโครงการพัฒนาอำเภอต้นแบบเชิงคุณภาพ สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ได้เป็นอย่างดี

การศึกษาเชิงประเมินผล การบริหารจัดการโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างการบริหารจัดการ ประเมินความพึงพอใจ ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ความคาดหวังของผู้บริหาร ผลการศึกษาพบว่า อำเภอมีการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการโดยก่อนดำเนินการมีการนำเสนอสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพ จัดทำแผนปฏิบัติการ และถ่ายทอดแผนงานโครงการสู่การปฏิบัติ ในระหว่างดำเนินงานโครงการมีการติดตามการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา สรุปเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับแผนที่กำหนดไว้และปรับแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และระยะหลังดำเนินงานโครงการมีการสรุปผลการดำเนินงาน จัดประชุม แลกเปลี่ยนบทเรียน สร้างขวัญกำลังใจ และประเมินผลในภาพรวม ข้อค้นพบที่สำคัญจากการศึกษา คือ การทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้มีความสุขมากกว่ารางวัล ทิศทางของโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของอำเภอ โครงการนี้เป็นประโยชน์มากเนื่องจากเอื้อประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของไพโรจน์ พรหมพันธุ์, สมร นุ่มผ่อง, บัณฑิต วรรณประพันธ์, อีระวุฒ ธรรมกุล, และพรรณรัตน์ เป็นสุข (2554) เรื่องการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2554 พบว่า ปัจจัยนำเข้าได้แก่ ด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์มีความเพียงพอต่อการดำเนินการ ด้านกระบวนการ ผู้ร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพมีความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการอยู่ในระดับมาก ด้านผลผลิตพบว่า สคร.5 นครราชสีมาสามารถดำเนินงานบรรลุเป้าหมายทุกตัวชี้วัด และบางตัวชี้วัดดำเนินงานได้เกินค่าเป้าหมาย ด้านผลลัพธ์พบว่า จังหวัดเกิดเครือข่ายในการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนที่มาจากทุกภาคส่วน เครือข่ายมีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาศักยภาพ

การศึกษาของบัณฑิต วรรณประพันธ์ ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และอีระวุฒ ธรรมกุล (2554) เรื่องรายงานการประเมินผลเชิงคุณภาพการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เรื่อง อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2554 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา พบว่า 1) หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับมีการกำหนดนโยบายและควบคุมกำกับแผนงาน/โครงการ สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน มีคู่มือ/ แนวทางเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานจากส่วนกลางไปสู่แต่ละระดับอย่างเป็นรูปธรรม 2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นักวิเคราะห์นโยบายฯ นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ) ต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการข้อมูลทางระบาดวิทยา ทักษะในการดำเนินงานและวางแผนที่สอดคล้องกับนโยบาย 3) คุณลักษณะทั้ง 5 ด้านมีความชัดเจน แต่พบว่าความสามารถของห้องปฏิบัติการชั้นสูตรในโรงพยาบาล

ขนาดเล็กในด้านการเพาะเชื้อจากอุจจาระไม่สามารถทำได้ส่งผลให้ไม่เป็นธรรมในการประเมิน ในระดับชุมชนไม่เข้าใจคุณลักษณะทั้ง 5 ด้าน โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพยังไม่มีกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะด้านระบาดวิทยาที่ชัดเจน 4) องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นสำหรับการดำเนินงานฯ มีการระดมความคิดเห็นจากภาคประชาชนร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในส่วนของกิจกรรมการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับคุณลักษณะอำเภอควบคุมโคเข้มแข็ง 5) การระบุโรคที่นำมาประเมินความสำเร็จการควบคุมโรคของอำเภอยังขาดความเชื่อมโยงกับกระบวนการวางแผนตามหลักวิชาการโดยส่วนใหญ่พบว่า เป็นโรคที่อำเภอดำเนินงานควบคุมโรคได้ดี และมีความต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี

การศึกษากระบวนการงานด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรค การศึกษาของพงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง (2555) เรื่อง อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ กรณีอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่ามีการดำเนินการพัฒนากระบวนการ 4 ระบบ คือ 1)ระบบการบริหารจัดการ 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) ระบบระบาดวิทยา และ 4) นวัตกรรมป้องกันและควบคุมโรค ส่งผลให้อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง และอัตราการักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบายนี้ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วน

นอกจากในการศึกษาเชิงประเมินเรื่องของการควบคุมป้องกันโรคติดต่อแล้ว กรอบแนวคิด CIPP Model ยังมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกระบวนการดำเนินงานเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยในการศึกษาของสุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ และคณะ (2559) เรื่อง การวิจัยประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ด้านบริบท ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วย การกำหนดบทบาทหน้าที่ ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การคัดเลือกปัญหา และพึงพอใจเฉลี่ยกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้า ความคิดเห็นของผู้ให้บริการ ด้านบุคลากร มีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ต่อแผนพัฒนาบุคลากร และวิธีการพัฒนา และการแบ่งบันทรัพยากร ด้านกระบวนการ ทุกข้ออยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้านที่มากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล ด้านผลผลิต มีความพึงพอใจใน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การศึกษาของปราโมทย์ เลิศขามป้อม มโน มณีฉาย และธีระ วรธนารัตน์ (2557) เรื่อง การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2557 พบว่า ด้านบริบทแต่ละพื้นที่มีการบูรณาการใช้เทคนิคกระบวนการพัฒนางานในพื้นที่อยู่แล้วได้แก่ การประเมินตนเองของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ การใช้รูปแบบการทำแผนชุมชนด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการรวมทั้งการพัฒนาระบบคุณภาพตามแนวทาง PCA มาตรฐาน HA

และมีการใช้กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาเครือข่ายบริการด้วยกระบวนการจัดการความรู้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง ด้านกระบวนการ ประเด็นการประเมินคือ ขั้นตอนการดำเนินงาน การติดตามนิเทศและประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง ด้านผลผลิต พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้อง ระดับมาก ด้านผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องระดับมาก องค์ประกอบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ด้านการทำงาน ร่วมกันในระดับอำเภอกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก การแบ่งปันและการพัฒนาบุคลากรกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก การทำงานจนเกิดคุณค่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง

อูเด และคณะ (Ouda et al., 2019) ได้ทำการศึกษาโดยมีการประเมินซึ่งใช้แบบจำลอง CIPP Model และยึดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการวิจัยทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ศึกษาจุดแข็งที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในการวิจัย ผลศึกษาพบว่าโครงการดำเนินการด้วยความสำเร็จอย่างมากตามความสามารถของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินโครงการและทัศนคติเชิงบวกต่อโครงการ สิ่งนี้มีส่วนช่วยในการลดความยากจนในชุมชนผ่านโครงการและแนวทางที่ยั่งยืนสำหรับการดำเนินโครงการ

จากการศึกษาเชิงประเมินผลโดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model ส่งผลให้เห็นภาพรวมของการดำเนินงาน ปัจจัยทั้ง 4 ด้านมีส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดความสำเร็จ ด้านบริบท จะต้องเป็นประโยชน์ มีความเหมาะสม เป็นความต้องการหรือความจำเป็นของพื้นที่ และจะต้องมีความสอดคล้องกับบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า เริ่มตั้งแต่ นโยบาย การเห็นความสำคัญของผู้บริหาร ศักยภาพของบุคลากร การสนับสนุนด้านทรัพยากร รวมถึงการสนับสนุนของภาคีเครือข่าย ด้านกระบวนการ เป็นเรื่องของแผนการดำเนินงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน การถ่ายทอด การติดตามประเมินผล รวมถึงการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และด้านผลลัพธ์ ได้แก่ สถานการณ์และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในการบรรลุตามเป้าหมาย เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยในด้านต่าง ๆ ก็จะนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงาน การบริหารจัดการ ประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดีก็สนับสนุนให้มีการดำเนินการต่อ ในประเด็นที่ยังเป็นปัญหาอุปสรรคหรือมีข้อบกพร่องก็จะนำไปสู่การวางแผนปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้การดำเนินงานสามารถบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดำเนินงานในการควบคุมการระบาดของโรคหัด และประเมินปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล เป็นการวิจัยเชิงประเมินผลโดยใช้รูปแบบการประเมินแบบชิปปี้ (CIPP Model)

1. ประชากรในการศึกษา

ประชากรผู้ให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมโรคหัดในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้แก่ ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่

1.1 ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่พบผู้ป่วย จำนวน 10 คน

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาและควบคุมโรคติดต่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่พบผู้ป่วย จำนวน 18 คน

1.3 บุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบผู้ป่วย 8 แห่ง จำนวน 8 คน

2. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงประเมินผล โดยใช้แบบตรวจรายการ แบบประเมินตนเอง และแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินใน 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ตามรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) โดยมีการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเกณฑ์การประเมิน ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 กรอบการประเมิน

ประเด็นที่ศึกษา	นิยาม	กลุ่มประชากร	เครื่องมือ	การเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์	เกณฑ์การประเมิน
1. ด้าน บริบท	- ความสอดคล้องของ การกำหนดนโยบาย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ จุดมุ่งหมาย และการมี ส่วนร่วม กับนโยบาย การกำจัดโรคหัด	- ผู้บริหาร - บุคลากร สาธารณสุข - เจ้าหน้าที่ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	- แบบตรวจรายการ - แบบประเมินตนเอง - แบบสัมภาษณ์ - แบบประเมินตนเอง	- ผู้ประเมินสัมภาษณ์ และตรวจสอบเอกสาร แผนงาน/โครงการ - ผู้บริหาร/บุคลากร สาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ตอบแบบประเมินตนเอง	- วิเคราะห์ความ สอดคล้องของการกำหนด นโยบายหลักการและ เหตุผล วัตถุประสงค์ จุดมุ่งหมาย และการมี ส่วนร่วม กับนโยบายการ กำจัดโรคหัด	เกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบตรวจสอบรายการด้านบริบท ใช้ช่วงคะแนนจากค่าพิสัย (เดิมศักดิ์ สุขวิบูลย์,2552) 0.00 –1.67 = ต้องปรับปรุง 1.68 –3.34 = ระดับปานกลาง 3.35 – 5.00 = ระดับดี เกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบประเมินตนเอง (เดิมศักดิ์ สุขวิบูลย์,2552) 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
2. ปัจจัยนำเข้า	2.1 ความเหมาะสม ของแผนงาน 2.2 ความพร้อมของ บุคลากรและเครือข่าย 2.3 ความพร้อมใช้ ของทรัพยากร และ ระบบข้อมูลเทคโนโลยี สารสนเทศ	- ผู้บริหาร - บุคลากร สาธารณสุข - เจ้าหน้าที่ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	- แบบตรวจรายการ - แบบประเมินตนเอง -แบบสัมภาษณ์ - แบบประเมินตนเอง	- ผู้ประเมินสัมภาษณ์ และตรวจสอบเอกสาร แผนงาน/โครงการ - ผู้บริหาร/บุคลากร สาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ตอบแบบประเมินตนเอง	- วิเคราะห์ความเหมาะสม ของแผนงาน - ความพร้อมของบุคลากร และเครือข่าย - ความพร้อมใช้ของ ทรัพยากร และระบบ ข้อมูล เทคโนโลยี สารสนเทศ	เกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบตรวจสอบรายการ ด้านปัจจัยนำเข้า (เดิมศักดิ์ สุขวิบูลย์,2552) 0.00 - 4.67 = ต้องปรับปรุง 4.68 – 9.34 =ระดับปานกลาง 9.35 - 14.00 = ระดับดี เกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบประเมินตนเอง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ประเด็นที่ศึกษา	นิยาม	กลุ่มประชากร	เครื่องมือ	การเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์	เกณฑ์การประเมิน
3. ด้านกระบวนการ	- การบริหารจัดการ - รูปแบบ/ขั้นตอน การดำเนินงาน - การจัดกิจกรรม - การประสานงานและ นิเทศติดตาม	- ผู้บริหาร - บุคลากร สาธารณสุข - เจ้าหน้าที่ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	- แบบตรวจรายการ - แบบประเมินตนเอง - แบบสัมภาษณ์ - แบบประเมินตนเอง	- ผู้ประเมินสัมภาษณ์ และตรวจสอบเอกสาร แผนงาน/โครงการ - ผู้บริหาร/บุคลากร สาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ตอบแบบประเมินตนเอง	- วิเคราะห์การบริหารจัดการ รูปแบบขั้นตอนในการ ดำเนินงาน การจัดกิจกรรม การประสานงานและการ นิเทศติดตาม	เกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบตรวจสอบรายการ ด้านกระบวนการ (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์,2552) 0.00 –3.67 = ต้องปรับปรุง 3.68 – 7.34 =ระดับปานกลาง 7.35–11.00 = ระดับดี เกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบประเมินตนเอง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
4. ด้านผลลัพธ์	- สถานการณ์โรค - ความพึงพอใจ	- ผู้บริหาร - บุคลากร สาธารณสุข - เจ้าหน้าที่ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	- แบบตรวจรายการ - แบบประเมินตนเอง - แบบสัมภาษณ์ - แบบประเมินตนเอง	- ผู้ประเมินสัมภาษณ์ และตรวจสอบเอกสาร แผนงาน/โครงการ - ผู้บริหาร/บุคลากร สาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ตอบแบบประเมินตนเอง	- วิเคราะห์สถานการณ์โรค - ความพึงพอใจของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่และประชาชน	เกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบตรวจสอบรายการ ด้านผลลัพธ์ (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์,2552) 0.00 - 3.33 = ต้องปรับปรุง 3.34 – 6.66 = ระดับปานกลาง 6.67 - 10.00 = ระดับดี เกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบประเมินตนเอง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในเก็บข้อมูลโดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการประเมินของซีปปี้ (CIPP Model) ประกอบด้วยแบบตรวจสอบรายการ แบบประเมินตนเอง และแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบตรวจสอบรายการ ประยุกต์จาก ธีระวุธ ธรรมกุลและคณะ (2555)เป็นการตรวจสอบผลการดำเนินงานตามมาตรฐานที่เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ เก็บข้อมูลในหน่วยงานสาธารณสุขได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่พบผู้ป่วย เป็นการเลือกตอบแบบใช่หรือไม่ใช่ ใช้การแบ่งช่วงคะแนนจากพิสัย (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552) โดยการหาค่าพิสัย คือ

$$\frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}}$$

โดยเกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบตรวจสอบรายการแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต้องปรับปรุง ระดับปานกลาง และระดับดี

เกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบตรวจสอบรายการ

- ด้านบริบท ใช้ช่วงคะแนนจากค่าพิสัย

0.00 – 1.67 = ต้องปรับปรุง

1.68 – 3.34 = ระดับปานกลาง

3.35 – 5.00 = ระดับดี

- ด้านปัจจัยนำเข้า

0.00 – 4.67 = ต้องปรับปรุง

4.68 – 9.34 = ระดับปานกลาง

9.35 – 14.00 = ระดับดี

- ด้านกระบวนการ

0.00 – 3.67 = ต้องปรับปรุง

3.68 – 7.34 = ระดับปานกลาง

7.35 – 11.00 = ระดับดี

- ด้านผลลัพธ์

0.00 – 3.33 = ต้องปรับปรุง

3.34 – 6.66 = ระดับปานกลาง

6.67 – 10.00 = ระดับดี

3.2 แบบประเมินตนเอง ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและวิธีการตอบแบบประเมินตนเองแก่ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบผู้ป่วย ลักษณะของแบบประเมินใช้คำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินด้านบริบท

ส่วนที่ 3 แบบประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

ส่วนที่ 4 แบบประเมินด้านกระบวนการ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินด้านผลลัพธ์

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ความคิดเห็นและ

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

แบบประเมินตนเองเป็นข้อคำถามรายข้อเลือกตอบตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert scale) (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552) ซึ่งประกอบด้วยคำตอบย่อยที่แบ่งเป็น 5 ระดับโดยใช้มาตรวัดประมาณค่า (rating scale) และให้คะแนนแต่ละระดับ ได้แก่

5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก

3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

เกณฑ์ค่าเฉลี่ยแบบประเมินตนเองในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์มี

ดังนี้

1.01 - 2.00 = ต้องปรับปรุง

2.01 - 3.00 = ระดับปานกลาง

3.01 - 4.00 = ระดับดี

4.01 - 5.00 = ระดับดีมาก

3.3 แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบผู้ป่วย ลักษณะข้อคำถามในแบบ

สัมภาษณ์สอดคล้องกับคำถามในแบบประเมินตนเองเพื่อตรวจสอบข้อมูลและให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นต่าง ๆ ที่สนใจ

นำแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำแบบประเมินตนเองไปทดลองใช้กับผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำนวน 10 คน โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคในแบบประเมิน ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์เท่ากับ 0.74, 0.92, 0.93 และ 0.83 ตามลำดับ

4 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม วิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล หมายเลขใบรับรอง: ET-ST 010/ 2562 วันที่ให้การรับรอง 9 สิงหาคม 2562 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วม พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลในการตอบแบบประเมินตนเอง แบบสัมภาษณ์ และข้อมูลจากแบบตรวจรายการถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผย แต่การนำเสนอผลการประเมินถูกสรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบตรวจรายการ แบบประเมินตนเอง และแบบสัมภาษณ์ในบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงประเมิณผล ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคหัดและศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานในการควบคุมการระบาดของโรคหัด ของอำเภอเมือง จังหวัดสตูลโดยใช้แนวคิด CIPP Model ของสตัลเฟิลบีม (Stufflebeam, 2003) ทำการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงระบบการควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ให้ระบบการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
 2. ผลการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model
 - 2.1 ผลการประเมินด้านบริบท
 - 2.2 ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า
 - 2.3 ผลการประเมินด้านกระบวนการ
 - 2.4 ผลการประเมินด้านผลลัพธ์
 - 2.5 ผลการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน
 3. ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัด
- โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ประชากรที่ทำการศึกษากำหนด 36 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 สถานภาพและข้อมูลทั่วไปของประชากรผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N= 36)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	44.4
หญิง	20	55.6
อายุ		
21-30 ปี	4	11.1
31-40 ปี	12	33.3
41-50 ปี	13	36.1
51 ปีขึ้นไป	7	19.5
Mean \pm S.D. (Min:Max)	41.78 \pm 9.35 (24:60)	
สถานภาพ		
โสด	4	11.1
สมรส	30	83.3
หม้าย	1	2.8
หย่า/แยก	1	2.8
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5	13.9
ปริญญาตรี	25	69.4
ปริญญาโท	6	16.7
ตำแหน่ง		
ผู้บริหาร	10	27.8
ผู้ปฏิบัติงาน	18	36.0
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	8	22.2
สังกัด		
โรงพยาบาลทั่วไป	4	11.1
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	2	5.6
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	22	61.1
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	8	22.2
พื้นที่เขตการปกครอง		
องค์การบริหารส่วนตำบล	21	58.3
เทศบาล	15	41.7

2. ผลการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model

ผลการประเมินตามแบบตรวจรายการและแบบประเมินตนเองในภาพรวมด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ในการป้องกันการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการประเมินตนเองในรายด้าน ประกอบด้วยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านบริบท มีค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D. = 0.40) ด้านปัจจัยนำเข้า มีค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D. = 0.53) ด้านกระบวนการ มีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D. = 0.51) และด้านผลลัพธ์ มีค่าเฉลี่ย 3.53 (S.D. = 0.46) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงผลการประเมินตนเองในภาพรวมรายด้านของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (N= 36)

การประเมินภาพรวม แต่ละด้าน	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านบริบท	3.82	0.40	ระดับดี
ด้านปัจจัยนำเข้า	3.58	0.53	ระดับดี
ด้านกระบวนการ	3.71	0.51	ระดับดี
ด้านผลลัพธ์	3.53	0.46	ระดับดี

สำหรับผลการประเมินตามแบบตรวจรายการ 4 ด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านบริบท ได้ 4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ด้านปัจจัยนำเข้า ได้ 10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน ด้านกระบวนการได้ 9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 11 คะแนน และด้านผลลัพธ์ ได้ 7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงผลการประเมินตามแบบตรวจสอบรายการในภาพรวมรายด้าน ของสถานบริการ ที่พบผู้ป่วยโรคหัด 10 แห่ง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

การประเมินตามแบบ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แปลผล
ตรวจสอบรายการแต่ละด้าน			
ด้านบริบท	5	4	ระดับดี
ด้านปัจจัยนำเข้า	14	10	ระดับดี
ด้านกระบวนการ	11	9	ระดับดี
ด้านผลลัพธ์	10	7	ระดับดี

2.1 ผลการประเมินด้านบริบท (Context) ในการควบคุมโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ผลการประเมินตนเองของผู้ตอบแบบประเมินในด้านบริบทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 อยู่ในระดับดี โดยให้ความสำคัญเรื่องโรคหัดว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข และประชาชนจะได้รับผลกระทบหากเกิดโรคในพื้นที่ ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แสดงผลการประเมินตนเองความสอดคล้องด้านบริบท (Context) กับการป้องกันการระบาดของโรคหัดของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (N= 36)

ประเด็นการประเมิน	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1.สถานการณ์ของโรคหัดเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขของ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล	4.36	0.59	ระดับดีมาก
2.การดำเนินงานควบคุมโรคหัดมีความสอดคล้องกับ นโยบายและตัวชี้วัดของจังหวัด	3.92	0.73	ระดับดี
3.มีการกำหนดหลักการ วัตถุประสงค์เป้าหมาย และ ระยะเวลาของการดำเนินงานควบคุมโรคหัดไว้อย่างชัดเจน	3.86	0.72	ระดับดี
4.โรคหัดเป็นปัญหาที่ประชาชนได้รับผลกระทบหากเกิดโรค ในพื้นที่	4.28	0.85	ระดับดีมาก

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	\bar{x}	S.D.	แปลผล
5. การดำเนินงานควบคุมโรคหัดมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และทันต่อสถานการณ์	3.86	0.72	ระดับดี
6. ลักษณะพื้นที่ที่มีความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคหัด	3.53	0.81	ระดับดี
7. การดำเนินงานควบคุมโรคหัดมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน	3.61	0.60	ระดับดี
8. ประชาชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชนให้ความร่วมมือกับการดำเนินงานควบคุมโรคหัดเป็นอย่างดี	3.61	0.73	ระดับดี
9. ผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนในการควบคุมโรคหัด	3.92	0.69	ระดับดี
10. มีเวที/ช่องทาง/กระบวนการให้ประชาชนเข้าร่วมดำเนินงานควบคุมโรคหัด	3.22	0.80	ระดับดี

จากการสัมภาษณ์และการประเมินตามแบบตรวจรายการ ผู้ประเมินได้วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องพบว่า หน่วยงานรับทราบนโยบายโครงการกำจัดโรคหัด แต่ไม่ได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานในระดับพื้นที่ มีการกำหนดหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายในด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคหัด โดยให้ความสำคัญในเรื่องความครอบคลุมของวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก เนื่องจากหากพื้นที่ที่มีความครอบคลุมของวัคซีนที่ดีจะสามารถป้องกันการเกิดโรคและการระบาดของโรคหัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายโครงการกำจัดโรคหัดที่ตั้งเป้าหมายความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดต้องมากกว่าร้อยละ 95 แต่ในการดำเนินงานพบว่า บางพื้นที่ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ให้เครือข่ายและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนแต่จะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่ ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 แสดงผลการประเมินด้านบริบท (Context) ของการดำเนินงานตามโครงการกำจัดโรค
หัดกับการป้องกันการระบาดของโรคหัดตามแบบตรวจรายการของสถานบริการที่พบผู้ป่วย
โรคหัด 10 แห่ง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ประเด็นการประเมิน	จำนวนสถานบริการ (N=10)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. มีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการควบคุมโรคหัด สอดคล้องกับนโยบายการกำจัดโรคหัด	10	100.0
2. หลักการและเหตุผลของการกำจัดโรคหัดแสดงให้เห็นถึงความสำคัญที่สอดคล้องกับนโยบาย	10	100.0
3. มีการตั้งเป้าหมายในการกำจัดโรคหัดในพื้นที่	10	100.0
4. มีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันกับเครือข่าย และประชาชน	2	20.0
5. ในการทำงานได้รับการสนับสนุนและเข้ามามี ส่วนร่วมจากเครือข่ายและประชาชน	10	100.0

2.1.1 การกำหนดนโยบาย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายของ
การกำจัดโรคหัด

จากผลการประเมินตนเองของผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 36 คน โดยใช้แบบ
ประเมินตนเองพบว่า ผลการประเมินตนเองด้านการกำหนดนโยบาย หลักการและเหตุผล
วัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายของการกำจัดโรคหัด อยู่ในระดับดีถึงระดับดีมาก

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
4.36 (S.D.=0.59) คือ สถานการณ์ของโรคหัดเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขและค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28
(S.D.=0.85) คือ โรคหัดเป็นปัญหาที่ประชาชนได้รับผลกระทบหากเกิดโรคในพื้นที่และข้อคำถามที่อยู่ใน
ในระดับดี ได้แก่ การดำเนินงานควบคุมโรคหัดมีความสอดคล้องกับนโยบายและตัวชี้วัดของจังหวัด

2.1.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและประชาชนในการกำจัดโรคหัด

จากผลการประเมินตนเองของผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 36 คน โดยใช้แบบ
ประเมินตนเองพบว่า ในการทำงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัด มีเครือข่ายและ
ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และมีการดำเนินงานควบคุมโรคหัดร่วมกันในพื้นที่ ผลการประเมินอยู่ใน
ระดับดี

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่อยู่ในระดับดี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 (S.D.= 0.69) คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนในการควบคุมโรคหัด และ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 (S.D.=0.73) คือ ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชนให้ความร่วมมือกับการดำเนินงานควบคุมโรคหัดเป็นอย่างดี

จากการสัมภาษณ์และการประเมินตามแบบตรวจรายการในด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและประชาชน พบว่าเครือข่ายและประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการควบคุมโรคหัดที่พบผู้ป่วยในพื้นที่ แต่ในส่วนของ การวางแผนการดำเนินงานมีเพียงบางสถานบริการเท่านั้นที่เครือข่ายและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

2.2 ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ในการควบคุมโรคหัดของอำเภอเมืองจังหวัดสตูล

การประเมินโดยแบบตรวจรายการด้านปัจจัยนำเข้า ผลการประเมินพบว่า ผ่านเกณฑ์ในระดับดี (คะแนนที่ได้ 10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน) และผลการประเมินตนเองจากผู้ตอบแบบประเมินในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 แต่หัวข้อการประเมินอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในด้านแผนงาน ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยในระดับดี ได้แก่ หน่วยงานมีระบบการบริหารจัดการในการวางแผน และสามารถประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคหัดได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 (S.D.= 0.67)

ด้านบุคลากรและเครือข่าย ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยในระดับดี ได้แก่ บุคลากรมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี และสามารถถ่ายทอดสื่อสารและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 (S.D.= 0.71)

ด้านงบประมาณและทรัพยากร ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยในระดับดี ได้แก่ หน่วยงานมีความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ พร้อมใช้ เหมาะสมกับการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคหัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (S.D.= 0.80)

ด้านระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยในระดับดี ได้แก่ มีการสื่อสารข้อมูลสถานการณ์โรคหัดแก่ผู้เกี่ยวข้องที่สามารถเข้าถึงได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 (S.D.= 0.77) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงผลการประเมินตนเองความสอดคล้องด้านปัจจัยนำเข้า (Input) กับการป้องกันการระบาดของโรคหัดของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (N= 36)

ประเด็นการประเมิน	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1.หน่วยงานมีระบบการบริหารจัดการในการวางแผน และสามารถประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคหัดได้	3.94	0.67	ระดับดี
2.แผนการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัดมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	3.83	0.61	ระดับดี
3.รับฟังและนำข้อเสนอความต้องการของชุมชนเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานควบคุมโรคหัด	3.56	0.74	ระดับดี
4.หน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัดที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน	3.81	0.79	ระดับดี
5.กระบวนการดำเนินการควบคุมโรคหัดมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน	3.78	0.83	ระดับดี
6.บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจและความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคหัด	3.58	0.69	ระดับดี
7.บุคลากรผู้รับผิดชอบงานมีความพร้อมปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคหัด	3.81	0.75	ระดับดี
8.บุคลากรสามารถตรวจสอบข้อมูลและให้ข้อมูลย้อนกลับเรื่องสถานการณ์โรคหัดแก่พื้นที่อย่างสม่ำเสมอ	3.67	0.76	ระดับดี
9.บุคลากรมีความรู้ความสามารถและเพียงพอต่อภาระงานด้านควบคุมโรคหัด	3.47	0.88	ระดับดี
10.บุคลากรมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีและสามารถถ่ายทอดสื่อสารและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้	3.89	0.71	ระดับดี
11.มีการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ เหมาะสมต่อการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัด	3.08	0.69	ระดับดี
12.หน่วยงานมีความพร้อมด้านยานพาหนะ วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ พร้อมใช้ เหมาะสมกับการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัด	3.39	0.80	ระดับดี
13.มีสื่อให้ความรู้โรคหัดเพียงพอ พร้อมใช้	3.06	0.83	ระดับดี
14.หน่วยงานมีเทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่ทันสมัย เอื้อต่อการปฏิบัติงานการควบคุมโรคหัด	3.28	0.78	ระดับดี
15.มีการสื่อสารข้อมูลสถานการณ์โรคหัดแก่ผู้เกี่ยวข้องที่สามารถเข้าถึงได้	3.56	0.77	ระดับดี

การประเมินตามแบบตรวจรายการโดยผู้ประเมินได้วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารคำสั่งแต่งตั้งทีม วาระการประชุม แผนงานโครงการ หลักฐานการแจ้งสถานการณ์โรค และหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องพบว่า คำสั่งแต่งตั้งทีมของทุกสถานบริการเป็นคำสั่งแต่งตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team หรือ SRRT) ซึ่งเป็นทีมที่ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อทุกโรคในพื้นที่ มีการแจ้งและนำเสนอสถานการณ์โรคหัดใน Group line และในวาระประชุม พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนการดำเนินงานโดยกำหนดเป็น Guide line ร่วมกัน แต่ยังคงขาดการติดตามประเมินผลตามแผนงานที่ชัดเจน ในด้านความพร้อมของทรัพยากรพบว่า ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ ทั้งทางด้านอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการควบคุมโรค ยกเว้นด้านยานพาหนะที่เจ้าหน้าที่จะต้องใช้ยานพาหนะส่วนตัวเพื่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ ด้านระบบข้อมูล และเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการปฏิบัติงานสถานบริการส่วนใหญ่มีความทันสมัย เพียงพอ และพร้อมใช้ ในส่วนที่ยังเป็นปัญหาในการดำเนินงานคือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยังไม่เคยผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคหัด และในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังไม่มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานในแต่ละด้านไว้ให้ชัดเจน ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของการดำเนินงานตามโครงการกำจัดโรคหัดกับการป้องกันการระบาดของโรคหัด ตามแบบตรวจรายการของสถานบริการที่พบผู้ป่วยโรคหัด 10 แห่ง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ประเด็นการประเมิน	จำนวนสถานบริการ (N=10)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. มีการทบทวนสถานการณ์โรคเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนงาน	10	100.0
2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการดำเนินงาน	10	100.0
3. มีแผนงานในการดำเนินงานและติดตามประเมินผล	1	10.0
4. มีคำสั่งแต่งตั้งทีมในการดำเนินงาน	10	100.0
5. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติในแต่ละด้านไว้ อย่างชัดเจน	3	30.0
6. มีการประชุมทีมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน	10	100.0
7. บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา	8	80.0
8. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน	0	0.0
9. มีการตั้งงบประมาณที่เพียงพอด้านกิจกรรมการกำจัดโรคหัด	8	80.0
10. มีระบบการเบิกจ่ายงบประมาณที่สะดวกรวดเร็ว	10	100.0

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	จำนวนสถานบริการ (N=10)	
	จำนวน	ร้อยละ
11. มีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	10	100.0
12. มียานพาหนะพร้อมใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่	0	0.0
13. มีคอมพิวเตอร์เพื่อการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงานที่เพียงพอ พร้อมใช้	10	100.0
14. มีฐานข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย	10	100.0

2.3 ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process) ในการควบคุมโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

การประเมินโดยแบบตรวจรายการด้านกระบวนการ ผลการประเมินพบว่า ผ่านเกณฑ์ในระดับดี (คะแนนที่ได้ 9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 11 คะแนน) และผลการประเมินตนเองจากผู้ตอบแบบประเมินในด้านกระบวนการ (Process) ในการควบคุมโรคหัดพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 แต่ละห้วงข้อการประเมินอยู่ในระดับดี ได้แก่ การดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคหัดตามแผนงานได้ผ่านการพิจารณาจากผู้บริหารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (S.D.= 0.64) บุคลากรและเครือข่ายมีศักยภาพและมีความพร้อมในการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (S.D.= 0.58) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงผลการประเมินตนเองความสอดคล้องด้านกระบวนการ (Process) กับการป้องกันการระบาดของโรคหัดของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (N= 36)

ประเด็นการประเมิน	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. หน่วยงานมีความพร้อมในการดำเนินงานควบคุมโรคหัด	3.78	0.72	ระดับดี
2. มีการกำหนดรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคหัดตามแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	3.72	0.66	ระดับดี
3. มีการวางแผนและปฏิบัติงานร่วมกันในผู้ที่เกี่ยวข้อง	3.78	0.72	ระดับดี
4. มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัดเพื่อนำมาใช้ในการวางแผน	3.72	0.62	ระดับดี
5. การดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคหัดตามแผนงานได้ผ่านการพิจารณาจากผู้บริหาร	3.86	0.64	ระดับดี
6. บุคลากรและเครือข่ายมีศักยภาพและมีความพร้อมในการดำเนินงาน	3.81	0.58	ระดับดี
7. มีการประสานงานกับเครือข่ายในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคหัด	3.75	0.91	ระดับดี
8. มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง	3.58	0.60	ระดับดี
9. มีการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัดมาพัฒนาต่อยอด	3.50	0.61	ระดับดี
10. กระบวนการถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคหัดมีความเหมาะสม	3.61	0.60	ระดับดี
11. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ และมีช่องทาง การติดต่อสื่อสารเพื่อแสวงหาความรู้และประสานงานเรื่องโรคหัด	3.69	0.58	ระดับดี

ด้านกระบวนการดำเนินงานควบคุมโรคหัดมีการวิเคราะห์ วางแผน และกำหนดรูปแบบ ขั้นตอนการดำเนินงานโดยผ่านการเห็นชอบจากผู้บริหาร ซึ่งแผนงานที่จัดทำขึ้นบุคลากรในทีมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมีการประสานเครือข่ายในพื้นที่เพื่อร่วมดำเนินการกรณีพบผู้ป่วย ระบบการนิเทศติดตามการดำเนินงานของพื้นที่ผ่านเวทีการประชุม และ Group line และมีช่องทางการสื่อสารข้อมูลระหว่างสถานบริการ การสื่อสารข้อมูลเรื่องโรคหัดแก่ประชาชนส่วนใหญ่จะผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข

การประเมินตามแบบตรวจรายการโดยผู้ประเมินได้วิเคราะห์ข้อมูลจากแผนการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แบบฟอร์มการแจ้งผู้ป่วยและแบบส่งข้อมูลตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ในการดำเนินงานควบคุมโรคหัดในพื้นที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและระบบการประสานงานที่ชัดเจน การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยสงสัยโรคหัดโดยโรงพยาบาลมีความครบถ้วน และมีช่องทางการรายงานสถานการณ์โรคที่สามารถเข้าถึงได้ ในด้านวัคซีนพบว่า บางพื้นที่ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ มีการประชุมติดตามการดำเนินงานด้านความครอบคลุมของวัคซีนในพื้นที่ผ่านการประชุมประจำเดือน ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process) ของการดำเนินงานตามโครงการ กำจัดโรคหัดกับการป้องกันการระบาดของโรคหัด ตามแบบตรวจรายการของสถานบริการ ที่พบผู้ป่วยโรคหัด 10 แห่ง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ประเด็นการประเมิน	จำนวนสถานบริการ (N=10)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารงาน	10	100.0
2. มีลำดับขั้นตอนในการดำเนินงานควบคุมโรคหัด	10	100.0
3. มีการดำเนินงานและติดตามด้านความครอบคลุมของวัคซีนโรคหัดได้ตามเป้าหมาย	5	50.0
4. มีการประชุมติดตามความครอบคลุมของวัคซีนในพื้นที่	10	100.0
5. มีการเก็บตัวอย่างผู้ป่วยสงสัยโรคหัดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างครบถ้วน	10	100.0

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	จำนวนสถานบริการ (N=10)	
	จำนวน	ร้อยละ
6. มีการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคหัดตามเกณฑ์เมื่อพบผู้ป่วยยืนยันโรคหัด	8	80.0
7. มีระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามขั้นตอน	8	80.0
8. มีระบบการประสานงานที่ชัดเจนทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน	10	100.0
9. มีการจัดทำสถานการณ์และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน	10	100.0
10. มีระบบการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงาน	2	20.0
11. มีช่องทางการรายงานสถานการณ์โรคที่สามารถเข้าถึงได้	10	100.0

2.4 ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ (Output) ในการควบคุมโรคหัดของอำเภอเมืองจังหวัดสตูล

การประเมินโดยแบบตรวจรายการด้านผลลัพธ์ ผลการประเมินพบว่า ผ่านเกณฑ์ในระดับดี (คะแนนที่ได้ 7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) และผลการประเมินตนเองจากผู้ตอบแบบประเมินในด้านผลลัพธ์ (Output) ในการควบคุมโรคหัดพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 แต่ละหวัข้อ การประเมินอยู่ในระดับดีได้แก่ ผู้บริหารให้การสนับสนุนและพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 (S.D.= 0.66) หน่วยงานสามารถดำเนินงานควบคุมโรคหัดได้ตามเป้าหมายที่วางไว้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (S.D.= 0.54) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 แสดงผลการประเมินตนเองความสอดคล้องด้านผลลัพธ์ (Output) กับการป้องกันการระบาดของโรคหัดของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (N= 36)

ประเด็นการประเมิน	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1.แผนงานการควบคุมโรคหัดสามารถดำเนินการได้ตามที่วางไว้	3.64	0.54	ระดับดี
2.การสนับสนุนด้านทรัพยากร และเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้การดำเนินงานทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.53	0.61	ระดับดี
3.ไม่พบการระบาดของโรคหัดในพื้นที่มากกว่า 10 ปี	3.64	1.12	ระดับดี
4.การดำเนินการควบคุมสถานการณ์โรคหัดในพื้นที่อยู่ในระดับที่น่าพอใจ	3.58	0.60	ระดับดี
5.หน่วยงานสามารถดำเนินงานควบคุมโรคหัดได้ตามเป้าหมายที่วางไว้	3.67	0.54	ระดับดี
6.ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัด	3.56	0.65	ระดับดี
7.ผู้บริหารให้การสนับสนุนและพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัด	3.83	0.66	ระดับดี
8.มีการนำเสนอผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัดในเวทีวิชาการ หรือพัฒนาจนเกิดเป็นนวัตกรรม	3.00	0.72	ระดับดี
9.เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมโรคหัดร่วมกับเครือข่าย	3.50	0.78	ระดับดี
10.มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานควบคุมโรคหัดกับเครือข่ายอื่น ๆ	3.33	0.83	ระดับดี

การประเมินตามแบบตรวจรายการโดยผู้ประเมินได้วิเคราะห์ข้อมูลจากทะเบียนการแจ้งผู้ป่วย วาระการประชุม และรายงานสอบสวนโรคพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการรายงานอย่างครบถ้วนและถูกต้องและมีการแจ้งข้อมูลต่อไปยังกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายในพื้นที่ ในส่วนที่ยังเป็นปัญหาของการดำเนินงานได้แก่ ความทันเวลาของการเขียนรายงานการสอบสวนโรค รวมทั้งการสรุป

องค์ความรู้และการให้ข้อเสนอแนะจากการสอบสวนโรค แต่โดยสรุปในภาพรวมพบว่าผู้บริหารเจ้าหน้าที่และประชาชนมีความพึงพอใจต่อสถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัดในพื้นที่ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 แสดงผลการประเมินด้านผลลัพธ์ (Output) ของการดำเนินงานตามโครงการกำจัดโรคหัดกับการป้องกันการระบาดของโรคหัด ตามแบบตรวจรายการของสถานบริการที่พบผู้ป่วยโรคหัด 10 แห่ง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ประเด็นการประเมิน	จำนวนสถานบริการ (N=10)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. มีความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคหัดตามเกณฑ์	10	100.0
2. มีความถูกต้องของการรายงานผู้ป่วยโรคหัด	9	90.0
3. มีความทันเวลาของการรายงานผู้ป่วยโรคหัด	3	30.0
4. มีการจัดทำรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ	1	10.0
5. มีการสรุปองค์ความรู้และให้ข้อเสนอแนะในการสอบสวนโรค	1	10.0
6. มีการรายงานสถานการณ์โรคแก่กลุ่มเป้าหมายและเครือข่าย	10	100.0
7. รายงานสอบสวนโรคได้มีการเสนอผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง	10	100.0
8. เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัด	10	10.0
9. ผู้บริหารมีความพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัด	10	10.0
10. ประชาชนและเครือข่ายมีความพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัด	8	80.0

ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์ของโรคหัดในพื้นที่พบว่า จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ในปี 2557 – 2561 อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบผู้ป่วยโรคหัดในปี 2559 จำนวน 1 ราย ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และปี 2561 จำนวน 12 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันจำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนที่ชัดเจน ร้อยละ 83.33 และเป็นเด็กที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 16.67 และข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคหัดที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการแล้วจำนวน 8 ราย กระจายอยู่ในตำบลต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนที่ชัดเจน และเด็กที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดไม่ครบตามเกณฑ์ ทั้งที่ไม่ยินยอมรับวัคซีนและมีการเดินทางออกนอกพื้นที่เช่นเดียวกัน แต่การเกิดโรคเป็นลักษณะของผู้ป่วยเฉพาะรายไม่เกิดเหตุการณ์การระบาดที่เป็นกลุ่ม

ก่อน ความสำเร็จในการควบคุมการเกิดการระบาดของโรคหัดน่าจะเป็นผลมาจาก มีการวางแผนงาน ด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรคหัดที่มีประสิทธิภาพ สามารถการตรวจจับผู้ป่วยที่รวดเร็ว มีการเก็บ ตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครบถ้วนและระบบการส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว นอกจากนี้ในพื้นที่ส่วนใหญ่มีความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ค่อนข้างสูง ส่งผลให้ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และประชาชนมีความพึงพอใจต่อสถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่

2.5 ผลการแสดงความคิดเห็นปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการควบคุมโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

การวิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นจากแบบประเมินและจากการสัมภาษณ์ สรุปได้ดังนี้

2.5.1 ปัญหาอุปสรรคในการในการควบคุมโรคหัด เนื่องจากในพื้นที่อำเภอเมือง มีลักษณะที่เป็นชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ซึ่งมีความยากลำบากในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ประชาชนไม่ค่อยตระหนักเรื่องโรคและไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการได้รับวัคซีนของบุตรหลาน โดยให้ความสำคัญกับเรื่องการประกอบอาชีพเป็นหลัก และมีการเดินทางไปประกอบอาชีพโดยพาเด็กเดินทางไปด้วย ซึ่งทำให้กลุ่มเป้าหมายเมื่อครบกำหนดการรับวัคซีนไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่พบในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ซึ่งไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีน และไม่มีวัคซีนป้องกันโรคหัดสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ รวมทั้งกลุ่มที่มีการเดินทางและรับเชื้อมาจากต่างพื้นที่ ส่งผลให้การสอบสวนโรคมีความยากที่จะทราบถึงแหล่งรังโรคที่แท้จริง

ในส่วนของระบบการดำเนินงานควบคุมโรคหัดก็ยังคงพบปัญหา อาทิเช่น การเขียนรายงานสอบสวนโรคผู้ป่วยที่ไม่ครบถ้วน และการประสานงานผ่านสื่อโซเชียลซึ่งบางครั้งผู้รับผิดชอบงานไม่ได้เข้าดูข้อมูลรวมทั้งความล่าช้าในการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต้องส่งตัวอย่างไปตรวจต่างจังหวัด

ในส่วนบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีส่วนร่วมน้อยในการดำเนินงานควบคุมโรคหัด บางพื้นที่ไม่ได้ประสานข้อมูลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ ซึ่งจากการสัมภาษณ์สิ่งที่ต้องการการสนับสนุนจากส่วนท้องถิ่นเป็นเรื่องของการประชาสัมพันธ์ และจัดทำสื่อ ซึ่งส่วนท้องถิ่นก็พร้อมที่จะสนับสนุนหากได้รับการประสานข้อมูล

2.5.2 ข้อเสนอแนะในการควบคุมโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ในการดำเนินควบคุมโรคหัดต้องมีความชัดเจนจากระดับผู้บริหารเรื่องของนโยบายการควบคุมโรคในระดับพื้นที่ โดยกำหนดแนวทางและแผนปฏิบัติงานที่ทันสมัยและทันต่อสถานการณ์ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ควรให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่เพียงพอและทั่วถึง เพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก

กลุ่มเป้าหมายและรณรงค์วัคซีนในกลุ่มผู้ใหญ่ มีช่องทางการสื่อสารความรู้เรื่องโรค เพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและความรู้เรื่องโรค เน้นการดำเนินงานโดยสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถดำเนินงานควบคุมโรคให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาศักยภาพในการตรวจหาเชื้อโรคหัดที่สามารถดำเนินการได้เองภายในจังหวัด

3. ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

จากการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัดในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัด ได้แก่

3.1 ด้านบริบท พบว่า บริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคหัด จากการสัมภาษณ์และแบบตรวจรายการเมื่อเกิดโรคหัดในพื้นที่ พบว่าบุคลากรสามารถดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคได้ตามแผนงานและจุดมุ่งหมายที่วางไว้ และในการลงพื้นที่เพื่อดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคได้มีการประสานงานเครือข่ายและประชาชน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายและประชาชนเป็นอย่างดี มีความสอดคล้องกับผลการประเมินตนเอง

3.2 ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคหัดในการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้มีคำสั่งแต่งตั้งทีมปฏิบัติงาน มีการวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงาน เมื่อเกิดโรคหัดในพื้นที่ เจ้าหน้าที่มีเพียงพอและมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน แต่ยังคงขาดทักษะในการดำเนินงานเนื่องจากยังไม่ได้ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัด ทรัพยากรด้านวัสดุ เวชภัณฑ์ และวัคซีนในการปฏิบัติงานมีความเพียงพอ พร้อมใช้ ยกเว้นสื่อความรู้เรื่องโรคที่ยังมีไม่เพียงพอ และยานพาหนะในการลงพื้นที่ ด้านระบบข้อมูล และเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติงานสถานบริการส่วนใหญ่มีความทันสมัย เพียงพอ และพร้อมใช้

3.3 ด้านกระบวนการ พบว่า กระบวนการที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคหัดในการบริหารจัดการทีม รูปแบบ/ ขั้นตอน กิจกรรม ระบบการประสานงาน และระบบการนิเทศติดตามเพื่อการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัดในพื้นที่ได้ผ่านการเห็นชอบจากผู้บริหาร โดยมีการกำหนดเป็นแนวทางร่วมกันทั้งอำเภอและสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่รับทราบผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ เวทีการประชุม และ Group line แต่ยังคงขาดการสื่อสารไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การเตรียมความพร้อมของพื้นที่ได้แก่ มีการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างต่อเนื่อง เร่งดำเนินการด้านความครอบคลุมของวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายที่มีความครอบคลุมสูง มีระบบการตรวจจับผู้ป่วยที่รวดเร็ว และมีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครบถ้วน ระบบ

การรายงานผู้ป่วยและการลงพื้นที่เพื่อควบคุมโรคทันเวลา มีความและให้ความรู้แก่ประชาชน เตรียมความพร้อมด้านวัสดุและเวชภัณฑ์ในการควบคุมโรค

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่กล่าวมาช่วยส่งผลดีในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคหัดในพื้นที่ประสบความสำเร็จ โดยในภาพรวมสถานการณ์ของโรคหัดในพื้นที่ ผู้บริหาร บุคลากร และประชาชนมีความพึงพอใจต่อสถานการณ์และการดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัด ของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบซิปป์ (CIPP Model) ประเมินใน 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ตลอดจนนำเสนอปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยมาเพื่อเป็นบทเรียนในการวางแผนขยายผล พัฒนาและปรับปรุงระบบการควบคุมโรคในเขตเมืองหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้นำไปใช้พัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายการกำจัดโรคหัดให้สำเร็จ

ประชากรที่ประเมิน ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสาธารณสุข และบุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบผู้ป่วยในอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ประกอบด้วย

1) ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่พบผู้ป่วย จำนวน 10 คน

2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาและควบคุมโรคติดต่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่พบผู้ป่วย จำนวน 18 คน

3) บุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบผู้ป่วย 8 แห่ง จำนวน 8 คน

เก็บข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบตรวจสอบรายการ แบบประเมินตนเอง และแบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

1. สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ทำการศึกษาและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมโรคหัด และตอบแบบประเมินจำนวน 36 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

1.1 จากการประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ในการ ดำเนินงานควบคุมโรคหัดในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานควบคุมโรคหัดเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน โดยหน่วยงานจะมีระบบบริหารจัดการในการวางแผน ประเมินผลการปฏิบัติงาน และเตรียมความพร้อมทางด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ ระบบข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศ วัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้ และเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งในกระบวนการดำเนินงานบุคลากรและเครือข่ายมีศักยภาพในการปฏิบัติงานและได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหาร ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคหัดในพื้นที่ประสบความสำเร็จ เมื่อพบผู้ป่วยสามารถควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดได้

1.2 ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ได้แก่ มีการจัดตั้งทีมปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคในพื้นที่ เพื่อนำมากำหนดแผนและแนวทางการดำเนินงานโดยผ่านการเห็นชอบจากผู้บริหาร ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยเน้นย้ำให้พื้นที่ที่มีความครอบคลุมของวัคซีนให้ได้ตามเป้าหมาย ด้านกระบวนการเฝ้าระวังมีการตรวจจับผู้ป่วยที่รวดเร็วและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างครบถ้วน ระบบการรายงานผู้ป่วยมีความรวดเร็วทันเวลา ด้านบุคลากรมีจำนวนเพียงพอและพร้อมสำหรับปฏิบัติงานด้านการสอบสวนและควบคุมโรค ทรัพยากรด้านวัคซีน วัสดุ อุปกรณ์ และระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศมีพร้อมและเพียงพอในการปฏิบัติงาน มีระบบการสื่อสารและประสานงานกับเครือข่ายและประชาชนในการลงพื้นที่

2. อภิปรายผล

จากข้อมูลการประเมินปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล นำเสนอการอภิปรายในประเด็นสำคัญ ดังนี้

ด้านบริบท (Context) ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับดี การดำเนินงานของพื้นที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคหัดโดยเน้นย้ำเรื่องความครอบคลุมของวัคซีนเป็นหลัก พื้นที่ที่มีความครอบคลุมของวัคซีนไม่ได้ตามเป้าหมายจะมีการเร่งรัดและติดตาม ในการสอบสวนและควบคุมโรคในชุมชนสามารถทำได้เต็มที่เนื่องจากเครือข่ายและประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แต่ในส่วนบทบาทการมีส่วนร่วมของส่วนท้องถิ่นยังมีน้อยหรือบางแห่งไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมเลย ทั้งนี้เนื่องมาจากระบบการแจ้งข่าวหรือประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับส่วนท้องถิ่นยังมีน้อย ดังนั้นในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับส่วนท้องถิ่นจะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการวางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน ในด้านนโยบายมีข้อสังเกตคือ มีนโยบายในการดำเนินโครงการกำจัดโรคหัดในระดับประเทศ แต่ในระดับการปฏิบัติงานยังขาดความชัดเจน

ควรมีการผลักดันให้เป็นนโยบายในระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปณิตดา ไชยชมภู และธันวดี รุ่งรอบ (2558) ในการวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนาต้นแบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2555 ที่พบว่า กระบวนการพัฒนาการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพควรเน้นการปรับแนวคิดคนทำงานและภาคีเครือข่ายโดยปรับกรอบแนวคิดตามองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนให้ชัดเจนและเห็นเป็นรูปธรรมของการทำงานรวมถึงควรมีการผลักดันให้เป็นนโยบายระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพมีความชัดเจนและต่อเนื่องในทุกระดับ

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ผลการประเมินของผู้ให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกับแบบตรวจรายการของผู้ประเมิน ผลการประเมินในภาพรวมผ่านเกณฑ์ระดับดี การดำเนินงานควบคุมโรคหัดของพื้นที่มีคำสั่งแต่งตั้งทีมและจัดทำแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ซึ่งการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมจะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ด้านทักษะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พบว่า ยังขาดทักษะเนื่องจากไม่ได้ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคหัด ควรเพิ่มในด้านการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ ในด้านทรัพยากรเพื่อการดำเนินงานได้แก่ วัสดุ เวชภัณฑ์ วัคซีนและระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศส่วนใหญ่มีเพียงพอ พร้อมใช้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุดม อัสวตมางกูร อารยา ประเสริฐชัย และช่อทิพย์ บรมธนระรัตน์ (2560) ทำการประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปทุมธานี พบว่างบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ในการใช้งานอยู่ในระดับต่ำ

ด้านกระบวนการ (Process) ผลการประเมินของผู้ให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกับแบบตรวจรายการของผู้ประเมิน ผลการประเมินในภาพรวมผ่านเกณฑ์ระดับดี ในการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคหัดในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีระบบการบริหารจัดการทีม มีการกำหนดรูปแบบ/ขั้นตอนการดำเนินงาน ระบบการประสานที่เป็นแนวทางร่วมกันทั้งอำเภอ มีการเตรียมความพร้อมพื้นที่โดยการติดตามความครอบคลุมของวัคซีน ให้ความรู้แก่ประชาชน และวิเคราะห์สถานการณ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสื่อสารข้อมูลถึงผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ที่สะดวก รวดเร็วผ่านช่องทางต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของธีระวุธ ธรรมกุล และคณะ (2555) ทำการประเมินโครงการพัฒนาศักยภาพและกลไกการพยากรณ์โรคในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ตามนโยบายหลัก กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2554 ผลการประเมินพบว่า มีระบบการประสานงานที่สะดวกทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ในส่วนที่ต้องพัฒนาคือ สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและประชาชนเพิ่มมากขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการวางแผนงาน ร่วมสนับสนุนทรัพยากร

ร่วมดำเนินการในพื้นที่ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้และทักษะของเครือข่ายให้มีความพร้อมต่อการปฏิบัติงาน

ด้านผลลัพธ์ (Output) ผลการประเมินของผู้ให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกับแบบตรวจรายการของผู้ประเมิน ผลการประเมินในภาพรวมผ่านเกณฑ์ระดับดี จากการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคหัดในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูลที่ผ่านมาพบว่า พบผู้ป่วยเฉพาะรายในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และกลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ไม่พบการระบาดที่เป็นกลุ่มก้อน ทั้งนี้เป็นผลมาจากพื้นที่ส่วนใหญ่มีความครอบคลุมของวัคซีนสูง ในสถานบริการมีการตรวจจับผู้ป่วย และเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการครบถ้วน มีระบบการรายงานผู้ป่วยและลงพื้นที่เพื่อควบคุมโรคทันเวลา และได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างดี การดำเนินงานด้านการควบคุมโรคหัดสำคัญได้แก่ ความครอบคลุมของวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูลพบว่า กลุ่มเสี่ยงได้แก่ วัยผู้ใหญ่ที่ไม่ทราบประวัติวัคซีน และกลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิทย์ ต้นติวัฒน์ทรัพย์ สุพากรณ์ สุยะสีบ และ อนุพงษ์ อนุเมธางกูร (2550) เรื่องการระบาดของโรคหัดในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก พบผู้ป่วยโรคหัดในช่วงเดือนมกราคม 2547 ถึง เมษายน 2548 จำนวน 187 ราย พบในเด็กอายุ 0 - 14 ปี ร้อยละ 89.8 และวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 10.2 เป็นผู้ป่วยชาวไทย 159 ราย พม่า 28 ราย ผู้ป่วยชาวไทยร้อยละ 61.6 ให้ประวัติว่าไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดมาก่อน และไม่แน่ใจ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการควบคุมโรค ดังนั้นสิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการคือ การติดตามและเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีแผนในการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดไม่ครบตามเกณฑ์ แต่ยังไม่มีการสนับสนุนวัคซีนเพื่อฉีดป้องกันในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ในด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ควรพัฒนาศักยภาพของห้องปฏิบัติการในระดับจังหวัดให้สามารถตรวจยืนยันเชื้อได้เพื่อลดค่าใช้จ่าย และระยะเวลาในการยืนยันโรค

ในการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคหัด ปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จที่มีความสำคัญได้แก่ ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดในพื้นที่ หากพื้นที่ที่มีความครอบคลุมของวัคซีนสูงจะช่วยป้องกันการเกิดและการระบาดของโรคหัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหากความครอบคลุมของวัคซีนต่ำอาจส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิทย์ ต้นติวัฒน์ทรัพย์, สุพากรณ์ สุยะสีบ และ อนุพงษ์ อนุเมธางกูร (2558) เรื่อง การระบาดของโรคหัดในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก พบว่า ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กกลุ่มเป้าหมายอยู่ในเกณฑ์ต่ำในหลายพื้นที่ ปัจจัยด้านระบบการดำเนินงาน ต้องมีความชัดเจนจากผู้บริหารในระดับนโยบาย การจัดตั้งทีม และถ่ายทอดแผนงาน รูปแบบ/ ขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน ตลอดจนความเพียงพอพร้อมใช้ของงบประมาณ บุคลากร วัสดุเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี

สารสนเทศ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปนัดดา ไชยชมพู และธันวดี ฐรรอบ (2555) เรื่อง โครงการพัฒนาต้นแบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2555 พบว่า การสนับสนุนจากผู้บริหารของหน่วยงานต่อโครงการ ด้านเวลา เอกสาร งบประมาณ และ คำแนะนำ และความรู้ความเข้าใจของหน่วยงานเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กระบวนการและแนว ปฏิบัติในการดำเนินงานโครงการ มีความเหมาะสมในระดับมาก และปัจจัยที่มีความจำเป็นอีกด้านคือ ภาควิชาเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ต้องสร้างการมีส่วนร่วม มีระบบการประสานงานและสื่อสาร ข้อมูลร่วมกัน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 จากผลการประเมินพบว่า มีนโยบายในการดำเนินโครงการกำจัดโรคหัดใน ระดับประเทศ แต่ในระดับการปฏิบัติงานยังขาดความชัดเจน จึงควรมีการผลักดันให้เป็นนโยบายใน ระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

3.2 จากผลการประเมินพบว่า ในการดำเนินงานควบคุมโรคหัดมีการทบทวน สถานการณ์การเกิดโรคในกลุ่มผู้ป่วย ว่ากลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มใด แต่ยังคงขาดมาตรการในการควบคุม ป้องกันในกลุ่มเสี่ยงเหล่านั้น จึงควรวางแผนเร่งรัดการดำเนินงานและกำหนดมาตรการในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคหัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 จากผลการประเมินพบว่า มีการจัดทำมาตรการและแนวทางในการดำเนินงาน ควบคุมโรคหัด แต่ยังคงขาดสื่อสารไปสู่ผู้ปฏิบัติและเครือข่ายในระดับพื้นที่อย่างทั่วถึง จึงควรเพิ่มช่อง ทางการเข้าถึงมาตรการและแนวทางสำหรับบุคลากรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถใช้ ประโยชน์จากมาตรการและแนวทางดังกล่าวให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3.4 จากผลการประเมินพบว่า บุคลากรสามารถดำเนินการควบคุมโรคหัดได้ แต่ยังคง ขาดองค์ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน จึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทุก วิชาชีพและเครือข่ายควบคู่กันไป เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.5 จากผลการประเมินพบว่า ในการยืนยันการพบเชื้อโรคหัดในพื้นที่ ต้องเก็บตัวอย่าง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในต่างจังหวัด จึงควรสนับสนุนและพัฒนา ศักยภาพห้องปฏิบัติการในระดับจังหวัดให้สามารถตรวจยืนยันเชื้อได้เพื่อลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลา

3.6 จากผลการประเมินพบว่า การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่าย และประชาชนยังมีบทบาทน้อย จึงควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิ ชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อร่วมวางแผนและขับเคลื่อนการดำเนินงาน ร่วมกัน

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

4.1 **ควรศึกษาด้านการรับรู้** พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหัดของประชาชนในพื้นที่เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน และปรับปรุงระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4.2 **กลุ่มผู้ป่วยโรคหัดในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสตูล** ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นควรศึกษาระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ เพื่อจะนำไปสู่การวางแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มดังกล่าว





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- คำนวน อึ้งชูศักดิ์ (บ.ก.), ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, วิทยา สวัสดิวุฒิมงคล, และชูลีพร จิระพงษา. (2559). *พื้นฐานระบาดวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แคนนากราฟฟิค.
- งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล. (2562). *รายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา*.
- งานระบาดวิทยาและควบคุมโรค โรงพยาบาลสตูล. (2562). *สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดต่อ*.
- ณัฐกานต์ อุ่นไพร, วรณา วิจิตร, อัจฉราวรรณ ช่างพินิจ, และกฤตศักดิ์ ท่อศิริโกวัฒณ์. (2556). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อของโรงพยาบาล 46 แห่ง ในเครือข่ายบริการที่ 2 ในปี พ.ศ. 2555. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 44(38), 594-599.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์. (2552). ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเมินมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย. สืบค้นจาก www.ms.src.ku.ac.th. (วันที่สืบค้น 15 เมษายน 2562)
- ธีระวุธ ธรรมกุล, ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, บัณฑิต วรรณประพันธ์, และทิวรัตน์ สิงห์ทอง. (2555). การประเมินโครงการพัฒนาศักยภาพและกลไกการพยากรณ์โรคในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ตามนโยบายหลัก กรมควบคุมโรค พ.ศ.2554. *วารสารสคร.5 ปี 2555*, 18(1), 45-57.
- นลินี ช่วยดำรง, ลัดดาวัลย์ สุขุม, และศุภรารณณ์ พันธุ์เถระ. (2557). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย พ.ศ.2556. *วารสารกรมควบคุมโรค*, 40(4), 302-309.
- นิภาพรรณ สฤกษ์ดีอักษร, วันชัย อาจเขียน, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล, อำนวย ทิพศรีราช, และสุภาวณิ แสงเรือน. (2555). *มาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บัณฑิต วรรณประพันธ์, ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, และธีระวุธ ธรรมกุล. (2554). รายงานการประเมินผลเชิงคุณภาพการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เรื่องอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2554 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสคร.5 ปี 2555*, 18(1), 16-31.
- ปนัดดา ไชยชมพู, และธันวดี รื้ออบ. (2558). โครงการพัฒนาต้นแบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2555. *วารสารสคร.5 ปี 2555*, 19(1), 5-17.
- ปราโมทย์ เลิศขามป้อม, มโน มณีฉาย, และธีระ วรธนารัตน์. (2557). การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2557. สืบค้นจาก <http://www.kb.hsri.or.th>. (วันที่สืบค้น 22 เมษายน 2562)

- ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ, พรทิพย์ จอมพุก, และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร. (2555). *แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรค การตรวจรักษา และส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการกำจัดโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญา นานาชาติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ, และเลิศฤทธิ์ ลีลาธร. (2559). *แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรค การตรวจรักษา และส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการกำจัดโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญา นานาชาติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง. (2555). *อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเพื่อการควบคุมป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ กรณีอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร*. *วารสารกรมควบคุมโรค*, 38(2), 147-156.
- พจมาน ศิริอารยาภรณ์. (2561). *การประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา*. สืบค้นจาก <http://interfetp thailand.net>. (วันที่สืบค้น 14 เมษายน 2562)
- เพชรราวี จงประดับเกียรติ. (ม.ป.ป.). *ความหมายของการวัดประเมินผล*. สืบค้นจาก <http://site.bsru.ac.th>. (วันที่สืบค้น 15 เมษายน 2562)
- ไพโรจน์ พรหมพันใจ, สมร นุ่มผ่อง, บัณฑิต วรรณประพันธ์, อีระวุธ ธรรมกุล, และพรรณรัตน์ เป็นสุข. (2554). *เรื่องการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2554*. *วารสารสคร.5 ปี 2556*, 19(2), 5-19.
- ภาวินี ด้วงเงิน. (ม.ป.ป.). *การเฝ้าระวังโรคหัด*. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th>. (วันที่สืบค้น 22 เมษายน 2562)
- ลดารัตน์ ผาตินาวิน, รุ่งนภา ประสานทอง, และวรรณมา ชาญเชาว์วรกุล. (2548). *มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- วรรณมา วิจิตร และคณะ. (2555). *การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัด จังหวัดตาก ปี 2554*. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 43(34), 529-534.
- วรวิทย์ ต้นตีวัฒน์ทรัพย์, สุพาภรณ์ สุยะสืบ, และอนุพงษ์ อนุเมธางกูร. (2550). *การระบาดของโรคหัดในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก 2547 - 2548*. สืบค้นจาก <http://www.kb.hsri.or.th>. (วันที่สืบค้น 15 เมษายน 2562)
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). *การประเมินผลและการตัดเกรด*. สืบค้นจาก www.si.mahidol.ac.th. (วันที่สืบค้น 15 เมษายน 2562)

- ศุภามณ จันทร์สกุล. (2557). ยุคสมัยของการประเมินผลและแนวคิดทฤษฎีของนักประเมิน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 8(1), 68-79.
- ศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนาการศึกษาและวิชาชีพ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ม.ป.ป.) สืบค้นจาก <https://home.kku.ac.th>. (วันที่สืบค้น 23 เมษายน 2562)
- สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชุมพร. (ม.ป.ป.). *ความหมายของการวัด การประเมินผล และการสอบ*. สืบค้นจาก www.ipecp.ac.th. (วันที่สืบค้น 22 เมษายน 2562)
- สมชาติ จิตรารุช. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีนามัยในจังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 15(3), 207-216.
- สมชาย รัตนทองคำ. (2554). การวัดและประเมินผลทางการศึกษา. เอกสารประกอบการสอนทางกายภาพบำบัด. สืบค้นจาก <https://ams.kku.ac.th>. (วันที่สืบค้น 15 เมษายน 2562)
- สมพิศ สุขแสน. (2545). *CIPP :รูปแบบการประเมินผลโครงการ. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องเทคนิคการวางแผนและการประเมินผล*. สืบค้นจาก www.clinictect.most.go.th. (วันที่สืบค้น 15 เมษายน 2562)
- สมัย พูลทอง, เจริญชัย คำแฝง, ชนะ หอมจันทร์, จีระนันท์ คำแฝง, และทวีศักดิ์ จันทร์หอม. (2556). การประเมินผลโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน อำเภอเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารควบคุมโรค*, 39(3), 226-271.
- สุริยะห์ คูหะรัตน์ และคณะ. (2542). *คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.
- สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ และคณะ. (2559). การวิจัยประเมินผลการทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(2), 105-130.
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2561). *รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506*. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th>. (วันที่สืบค้น 22 เมษายน 2562)
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561). *ข่าวรอบรั้วภูมิภาค*. สืบค้นจาก <http://www.pr.moph.go.th>. (วันที่สืบค้น 27 เมษายน 2562)
- โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. (2555). *หลักการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา*. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th>. (วันที่สืบค้น 15 เมษายน 2562)
- อุดม อัครุตมางกูร, อารยา ประเสริฐชัย, และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2560). การประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปทุมธานี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 34(2), 124-134.

- Bose, A. S. (2019). Immunization: Reducing measles mortality in India. *eLife*, *8*, e46186.
- Cutts, F. T., Henao-Restrepo, A. M., & Olive, J. M. (1999). Measles elimination: progress and challenges. *Vaccine*, *17*, S47-S52.
- Follin, P., Dotevall, L., Jertborn, M., Khalid, Y., Liljeqvist, J. Å., Muntz, S., ...&Österberg, P. (2008). Effective control measures limited measles outbreak after extensive nosocomial exposures in January-February 2008 in Gothenburg, Sweden. *Eurosurveillance*, *13*(30), 18937.
- Gonwong, S., Chuenchitra, T., Khantapura, P., Islam, D., & Mason, C. J. (2016). Measles susceptibility in young Thai men suggests need for young adult measles vaccination: a cross sectional study. *BMC public health*, *16*(1), 309.
- Goodson, J. L., Chu, S. Y., Rota, P. A., Moss, W. J., Featherstone, D. A., Vijayaraghavan, M., ... &Strebel, P. M. (2012). Research priorities for global measles and rubella control and eradication. *Vaccine*, *30*(32), 4709-4716.
- Grant, G. B., Masresha, B. G., Moss, W. J., Mulders, M. N., Rota, P. A., Omer, S. B., ... &Linkins, R. (2019). Accelerating measles and rubella elimination through research and innovation—Findings from the Measles & Rubella Initiative research prioritization process, 2016. *Vaccine*.
- Lessler, J., Metcalf, C. J. E., Cutts, F. T., & Grenfell, B. T. (2016). Impact on epidemic measles of vaccination campaigns triggered by disease outbreaks or serosurveys: a modeling study. *PLoS medicine*, *13*(10), e1002144.
- MacIntyre, C. R., Gay, N. J., Gidding, H. F., Hull, B. P., Gilbert, G. L., & McIntyre, P. B. (2002). A mathematical model to measure the impact of the Measles Control Campaign on the potential for measles transmission in Australia. *International journal of infectious diseases*, *6*(4), 277-282.
- MacIntyre, C. R., Kpozehouen, E., Kunasekaran, M., Harriman, K., Conaty, S., Rosewell, A., ...& Wood, J. (2018). Measles control in Australia—threats, opportunities and future needs. *Vaccine*, *36*(30), 4393-4398.
- Orenstein, W. A., Cairns, L., Hinman, A., Nkowane, B., Olivé, J. M., &Reingold, A. L. (2018). Measles and Rubella Global Strategic Plan 2012–2020 midterm review report: Background and summary. *Vaccine*, *36*, A35-A42.

- Ouda, J. B., Mulaudzi, P., Najoli, E. K., Wanyama, R., &Runhare, T. (2019).An evaluation of stakeholder capacity in the implementation of millenium village primary school meal project. *Evaluation and program planning*, 72, 179-187.
- TAYLOR, W. R., MA-DISU, M. A. M. B. U., & WEINMAN, J. M. (1988). Measles control efforts in urban Africa complicated by high incidence of measles in the first year of life. *American journal of epidemiology*, 127(4), 788-794.
- Thapa, A., Khanal, S., Sharapov, U., Swezy, V., Sedai, T., Dabbagh, A., ...& McFarland, J. (2015). Progress toward measles elimination—South-East Asia region, 2003–2013. *MMWR.Morbidity and mortality weekly report*, 64(22), 613.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยได้รับความอนุเคราะห์การ
ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังรายนามต่อไปนี้

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน
1. ดร.สุทัศน์ เสียมไหม	วิทยาจารย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
2. ดร.ภัชชนก รัตนกรปรีดา	อาจารย์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
3. นายเอกมาศ วงศ์ไพรินทร์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศ ทางการแพทย์ โรงพยาบาลสตูล



ภาคผนวก ข
แบบตรวจรายการ



แบบตรวจสอบรายการ

ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ในการป้องกันการระบาดของโรคติดต่อ
ของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ด้านบริบท

ประเด็นการประเมิน	สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง	รายละเอียด
1. มีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการควบคุมโรคติดต่อสอดคล้องกับนโยบายการกำจัดโรคติดต่อ			
2. หลักการและเหตุผลของการกำจัดโรคติดต่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญที่สอดคล้องกับนโยบาย			
3. มีการตั้งเป้าหมายในการกำจัดโรคติดต่อในพื้นที่			
4. มีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันกับเครือข่ายและประชาชน			
5. ในการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมจากเครือข่ายและประชาชน			

ด้านปัจจัยนำเข้า

ประเด็นการประเมิน	สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง	รายละเอียด
1. มีการทบทวนสถานการณ์โรคเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนงาน			
2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการดำเนินงาน			
3. มีแผนงานในการดำเนินงานและติดตามประเมินผล			
4. มีคำสั่งแต่งตั้งทีมในการดำเนินงาน			
5. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติในแต่ละด้านไว้อย่างชัดเจน			
6. มีการประชุมทีมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน			
7. บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ครบถ้วนถูกต้อง และทันเวลา			

ด้านปัจจัยนำเข้า (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง	รายละเอียด
8. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน			
9. มีการตั้งงบประมาณที่เพียงพอด้านกิจกรรมการกำจัดโรคหัด			
10. มีระบบการเบิกจ่ายงบประมาณที่สะดวก รวดเร็ว			
11. มีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน			
12. มียานพาหนะพร้อมใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่			
13. มีคอมพิวเตอร์เพื่อการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงานที่เพียงพอ พร้อมใช้			
14. มีฐานข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย			

ด้านกระบวนการ

ประเด็นการประเมิน	สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง	รายละเอียด
1. มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารงาน			
2. มีลำดับขั้นตอนในการดำเนินงานควบคุมโรคหัด			
3. มีการดำเนินงานและติดตามด้านความครอบคลุมของวัคซีนโรคหัดได้ตามเป้าหมาย			
4. มีการประชุมติดตามความครอบคลุมของวัคซีนในพื้นที่			
5. มีการเก็บตัวอย่างผู้ป่วยสงสัยโรคหัดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างครบถ้วน			
6. มีการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคหัดตามเกณฑ์เมื่อพบผู้ป่วยยืนยันโรคหัด			
7. มีระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามขั้นตอน			

ด้านกระบวนการ (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง	รายละเอียด
8. มีระบบการประสานงานที่ชัดเจนทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน			
9. มีการจัดทำสถานการณ์และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน			
10. มีระบบการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงาน			
11. มีช่องทางการรายงานสถานการณ์โรคที่สามารถเข้าถึงได้			

ด้านผลลัพธ์

ประเด็นการประเมิน	สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง	รายละเอียด
1. มีความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคหัดตามเกณฑ์			
2. มีความถูกต้องของการรายงานผู้ป่วยโรคหัด			
3. มีความทันเวลาของการรายงานผู้ป่วยโรคหัด			
4. มีการจัดทำรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ			
5. มีการสรุปองค์ความรู้และให้ข้อเสนอแนะในการสอบสวนโรค			
6. มีการรายงานสถานการณ์โรคแก่กลุ่มเป้าหมายและเครือข่าย			
7. รายงานสอบสวนโรคได้มีการเสนอผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง			
8. เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัด			
9. ผู้บริหารมีความพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัด			
10. ประชาชนและเครือข่ายมีความพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัด			

ภาคผนวก ค
แบบประเมิน



แบบประเมินเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบประเมินโปรดตอบแบบประเมินทุกข้อและตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของท่านผู้วิจัยจะถือเป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะภาพรวม และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น โดยคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงระบบการควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ให้ระบบการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แบบประเมินประกอบด้วย 6 ส่วนได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านบริบท
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านกระบวนการ
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านผลลัพธ์
- ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยขอขอบคุณที่กรุณาให้ข้อมูลมา ณ โอกาสนี้

รุจกัลยา ขาวเขาะ

นักศึกษาปริญญาโท วิชาเอกบริหารสาธารณสุข

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

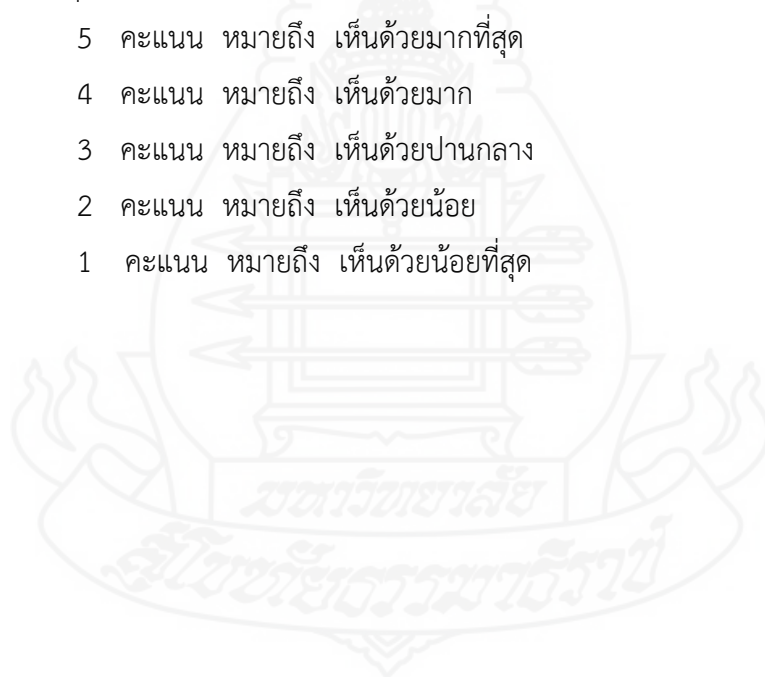
คำชี้แจง โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย / ลงใน ()

หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนปัดเป็น 1ปี)
3. สถานภาพ () โสด () สมรส () หม้าย () หย่า/ แยก
4. ระดับการศึกษา () ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () สูงกว่าปริญญาโท
5. ตำแหน่ง.....
6. สังกัด () รพท. () สสอ. () รพ.สต. () อปท.
7. พื้นที่ตั้งอยู่ในเขตการปกครองของ () อบต. () เทศบาล () อื่นๆระบุ.....

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด



ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านบริบท

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	สถานการณ์ของโรคหัดเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล					
2	การดำเนินงานควบคุมโรคหัดมีความสอดคล้องกับนโยบายและตัวชี้วัดของจังหวัด					
3	มีการกำหนดหลักการ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และระยะเวลาของการดำเนินงานควบคุมโรคหัดไว้อย่างชัดเจน					
4	โรคหัดเป็นปัญหาที่ประชาชนได้รับผลกระทบหากเกิดโรคในพื้นที่					
5	การดำเนินงานควบคุมโรคหัดมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และทันต่อสถานการณ์					
6	ลักษณะพื้นที่มีความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคหัด					
7	การดำเนินงานควบคุมโรคหัดมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน					
8	ประชาชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชนให้ความร่วมมือกับการดำเนินงานควบคุมโรคหัดเป็นอย่างดี					
9	ผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนในการควบคุมโรคหัด					
10	มีเวที/ช่องทาง/กระบวนการให้ประชาชนเข้าร่วมดำเนินงานควบคุมโรคหัด					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	หน่วยงานมีระบบการบริหารจัดการในการวางแผน และสามารถประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคหัดได้					
2	แผนการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัดมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง					
3	รับฟังและนำข้อเสนอความต้องการของชุมชนเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานควบคุมโรคหัด					
4	หน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัดที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน					
5	กระบวนการดำเนินการควบคุมโรคหัดมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน					
6	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจและความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคหัด					
7	บุคลากรผู้รับผิดชอบงานมีความพร้อมปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัด					
8	บุคลากรสามารถตรวจสอบข้อมูลและและให้ข้อมูลย้อนกลับเรื่องสถานการณ์โรคหัดแก่พื้นที่อย่างสม่ำเสมอ					
9	บุคลากรมีความรู้ความสามารถและเพียงพอต่อภาระงานด้านควบคุมโรคหัด					
10	บุคลากรมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีและสามารถถ่ายทอดสื่อสารและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้					

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
11	มีการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ เหมาะสมต่อการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัด					
12	หน่วยงานมีความพร้อมด้านยานพาหนะ วัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ พร้อมใช้ เหมาะสมกับการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคหัด					
13	มีสื่อให้ความรู้โรคหัดเพียงพอ พร้อมใช้					
14	หน่วยงานมีเทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่ทันสมัย เอื้อต่อการปฏิบัติงานการควบคุมโรคหัด					
15	มีการสื่อสารข้อมูลสถานการณ์โรคหัดแก่ผู้เกี่ยวข้องที่สามารถเข้าถึงได้					

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านกระบวนการ

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	หน่วยงานมีความพร้อมในการดำเนินงานควบคุมโรคหัด					
2	มีการกำหนดรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคหัดตามแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง					
3	มีการวางแผนและปฏิบัติงานร่วมกันในผู้ที่เกี่ยวข้อง					
4	มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัดเพื่อนำมาใช้ในการวางแผน					
5	การดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคหัดตามแผนงานได้ผ่านการพิจารณาจากผู้บริหาร					

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
6	บุคลากรและเครือข่ายมีศักยภาพและมีความพร้อมในการดำเนินงาน					
7	มีการประสานงานกับเครือข่ายในการดำเนินงาน ฝ่าละออง พิองกันและควบคุมโรคหัด					
8	มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ควบคุมโรคหัดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง					
9	มีการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัดมา พัฒนาต่อยอด					
10	กระบวนการถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคหัดมีความเหมาะสม					
11	ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ และมีช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อแสวงหาความรู้และประสานงานเรื่องโรคหัด					

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านผลลัพธ์

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	แผนงานการควบคุมโรคหัดสามารถดำเนินการได้ตามที่วางไว้					
2	การสนับสนุนด้านทรัพยากร และเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้การดำเนินงานทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
3	ไม่พบการระบาดของโรคหัดในพื้นที่มากกว่า 10 ปี					
4	การดำเนินการควบคุมสถานการณ์โรคหัดในพื้นที่อยู่ในระดับที่น่าพอใจ					

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
5	หน่วยงานสามารถดำเนินงานควบคุมโรคหัดได้ตามเป้าหมายที่วางไว้					
6	ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัด					
7	ผู้บริหารให้การสนับสนุนและพึงพอใจกับผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัด					
8	มีการนำเสนอผลการดำเนินงานควบคุมโรคหัดในเวทีวิชาการ หรือพัฒนาจนเกิดเป็นนวัตกรรม					
9	เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมโรคหัดร่วมกับเครือข่าย					
10	มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานควบคุมโรคหัดกับเครือข่ายอื่น ๆ					

ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

6.1 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

.....

.....

.....

6.2 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

.....

.....

.....

ภาคผนวก ง
แบบสัมภาษณ์



แนวทางการสัมภาษณ์

การศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล

คำชี้แจงผู้ให้สัมภาษณ์

1. การสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคหัดและเพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานในการควบคุมการระบาดของโรคหัด ของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ซึ่งจะเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงระบบการควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ให้ระบบการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผู้ให้สัมภาษณ์ คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ประกอบด้วย ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. แนวทางการสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ โดยผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นตามแนวข้อคำถามที่กำหนดไว้

4. โปรดแสดงความคิดเห็นตามความเป็นจริงทุกประการ หรือตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ข้อมูลของท่านผู้วิจัยจะถือเป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะภาพรวม และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น โดยคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงระบบการควบคุมโรคเขตเมือง และพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ให้ระบบการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

รุจกัลยา ขาวเซาะ

นักศึกษาระดับปริญญาโท วิชาเอกบริหารสาธารณสุข

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล
ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. สถานการณ์โรคหัดในพื้นที่เป็นอย่างไร และแนวโน้มเป็นอย่างไร

.....
.....

2. ลักษณะของพื้นที่เป็นอย่างไร เกิดปัญหาในการดำเนินงานเรื่องการควบคุมโรคหัดในพื้นที่บ้างหรือไม่ อย่างไร

.....
.....

3. มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเกิดโรคหัดอย่างไรบ้าง

.....
.....

4. ระบบการดำเนินงานควบคุมโรคหัดที่ดีควรเป็นอย่างไร

- ด้านระบบ.....

.....
.....

- ด้านทรัพยากร.....

.....
.....

- ด้านการบริหารจัดการ.....

.....
.....

- ด้านการประสานงาน.....

.....
.....

- ด้านการติดตามประเมินผล.....

5. ความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคหัดคืออะไร แล้วเกิดขึ้นในพื้นที่แล้วหรือยัง ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จคืออะไรบ้าง

.....
.....

6. มีบทเรียนในการดำเนินงานอย่างไรบ้าง

.....

.....

7. ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางรุจกัลยา ขาวเขาะ
วัน เดือน ปีเกิด	23 กันยายน 2524
สถานที่เกิด	อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา พ.ศ. 2547
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

