

## การประเมินศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับอำเภอในพื้นที่เขต 10 ปี 2547

### Evaluation of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) prevention and control measures at district level in region 10, 2004

รัชนีกร คำหาล้า	วท.บ. (การพยาบาลสาธารณสุข) ,ส.ม.*	Ratchaneekorn kumla B.Sc,M.P.H.*
ประภัสสร สุวรรณบงกช	ป.พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง*	Prapatson Suwanbongkot Dip.in Nursing and Midwifery*
วัฒนา โยธาใหญ่	ป.พยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง*	Wattana Yothayai Dip.in Nursing and Midwifery*

\*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

\*Office of diseases Prevention and Control 10

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกใน 24 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย และแม่ฮ่องสอน โดยสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มระหว่างเดือนสิงหาคม และกันยายน พ.ศ. 2547

ระยะที่ 1 ช่วงพฤศจิกายนถึงธันวาคม เน้นการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมโรค พบว่าอำเภอต่างๆ ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการควบคุมโรคสูง โดยเฉพาะการสอบผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและการควบคุมโรคโดยไม่เกิด second generation ในหมู่บ้าน/ชุมชนสูงร้อยละ 100 ส่วนการควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง และผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ ก็สูงร้อยละ 94.7เท่ากัน ขณะการควบคุมโรคจนมีจำนวนผู้ป่วยต่ำกว่าค่า Base line เท่ากับผ่านเกณฑ์ทุกข้อเกิดโรค ร้อยละ 78.9 เท่ากัน

ระยะที่ 2 ช่วงมกราคมถึงเมษายน เน้นระบบการป้องกันโรค พบว่า ทุกอำเภอมีการเตรียมพร้อมรับภาระระบาด เช่น มีแผนปฏิบัติการควบคุมโรค ทีมปฏิบัติการอย่างน้อย 1 ทีม (4-5 คน) จำนวนเครื่องพ่นอย่างน้อยร้อยละ 80 ของจำนวนตำบล สารเคมีเพียงพอต่อการควบคุมการระบาด และผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อ (ร้อยละ 100 เท่ากันทั้งหมด) ส่วนการลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเฉพาะแผนสูบลูกน้ำเท่านั้นอยู่ในเกณฑ์สูง ร้อยละ 79.2 โดยหมู่บ้านที่ค่า HI < 10 ร้อยละ 80 กับผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ และโรงเรียนที่ค่า CI = 0 ร้อยละ 80 ค่อนข้างต่ำร้อยละ 8.3, 20.8, 41.6 และ 20.8 ตามลำดับ

ระยะที่ 3 ช่วงพฤษภาคมถึงกันยายน เน้นการควบคุมการระบาด พบว่า เฉพาะการรายงานการพบผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงได้ร้อยละ 100 รองลงมาดำเนินการควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมงร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดของเดือน พ.ค. - ก.ย. ค่อนข้างสูงเช่นกัน ร้อยละ 83.3 ส่วนการควบคุมโรคได้ไม่เกิด second Generation ผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ ผู้ป่วยต่ำกว่า Target line และที่ผ่านเกณฑ์ทุกข้อเกิดโรคค่อนข้างต่ำร้อยละ 41.6, 41.6, 33.3 และ 60.0 ตามลำดับ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอต้องดำเนินการกิจกรรมทั้งตามยุทธศาสตร์ และต้องสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายช่วงการป้องกันโรค คาดคะเนการระบาดของโรคในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค ช่วงฤดูโรคระบาดดำเนินการครอบคลุม ป้องกันการเกิด second generation จึงควรทบทวนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรค และพัฒนาทีมสอบสวนโรคระดับอำเภอ (SRRT) เพื่อดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภออย่างมีประสิทธิภาพต่อไป.

## บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมานานกว่า 40 ปี ปัจจุบันพบว่า มีการระบาดของโรคทั่วทุกหมู่บ้านทั้งในเขตเมืองและชนบท และมีการระบาดครั้งใหญ่ในปี 2530 และปี 2540 มีจำนวนผู้ป่วย 127,189 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 209 ต่อแสนประชากรแสนคน ปี 2545 พบว่ามีผู้ป่วย 114,800 คิดเป็นอัตราป่วย 184.24 ต่อแสนประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไม่เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน จะเห็นได้ว่าการระบาดใหญ่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของโรค อาทิ การอพยพย้ายถิ่น แหล่งเพาะพันธุ์ยุง ชนิดเชื้อไวรัสในชุมชน ฯลฯ รูปแบบการระบาดในระหว่างปี พ.ศ. 2501 ถึง 2515 เป็นโรคปีเว้นปี หลังจากนั้นในช่วงปี พ.ศ. 2516 ถึง พ.ศ. 2530 รูปแบบการระบาดได้เปลี่ยนไปเป็นปีเว้น 2 ปี แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จนถึงปี 2545 ไม่นั่นขึ้นอยู่กับภูมิภาคของประเทศ<sup>(1)</sup> สำหรับเขตภาคเหนือตอนบน ซึ่งประกอบด้วย 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง พะเยา ลำพูน และแม่ฮ่องสอน ในระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2546 มีอัตราป่วยเฉลี่ย 49.14 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายเฉลี่ย 0.06 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.12<sup>(2)</sup> และในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมามีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างปฏิรูประบบราชการทั้งส่วนกลางภูมิภาคและท้องถิ่นได้มีการส่งถ่ายงานการป้องกันควบคุมโรคลงสู่พื้นที่และอยู่ในการดูแลของหน่วยปฐมภูมิ (CUP) สาธารณสุขอำเภอและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นร่วมกัน นอกจากนี้ ในหลายพื้นที่มีการเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบงาน ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไว้เป็น 3 ระยะ แต่ละระยะได้กำหนดกิจกรรมดำเนินการเพื่อลดการระบาดของโรคในการดำเนินงานต้องมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนร่วมกันรวมถึงความร่วมมือจากประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อติดตามและทราบผลการดำเนินงานของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ ปี 2547 โดยดำเนินการทั้งประเทศ และนำสู่การพัฒนาปรับปรุงการ

ปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ และสู่มาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพที่ยั่งยืน

## วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอ

## วิธีการ

1. กลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ศูนย์เฉพาะกิจป้องกันควบคุมไข้เลือดออกระดับอำเภอในพื้นที่ 6 จังหวัด ภาคเหนือ ดังนี้.

จังหวัด	จำนวนอำเภอ	อำเภอที่ดำเนินการประเมิน
พะเยา	3	อ.เชียงคำ อ.เชียงม่วน อ.แม่ใจ
เชียงราย	5	อ.เมือง อ.เวียงเชียงรุ้ง อ.แม่สรวย อ.แม่ฟ้าหลวง อ.เชียงของ
ลำพูน	2	อ.ลี้ อ.เมือง
ลำปาง	4	อ.แม่ทะ อ.ห้างฉัตร อ. เกาะคา อ.เมืองปาน
เชียงใหม่	8	อ.พร้าว อ.ฮอด อ.สันป่าตอง อ.แม่แตง อ.จอมทอง อ.ฝาง อ.แมริม อ.แม่วาง
แม่ฮ่องสอน	2	อ.แม่สะเรียง อ.ขุนยวม
รวม	24	

2. ขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่ม 30 % ของจำนวนอำเภอ/จังหวัด

### 3. วิธีดำเนินการ

- 3.1 ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 6 จังหวัด เพื่อร่วมเป็นผู้ประเมิน
- 3.2 เชิญตัวแทนสาธารณสุขจังหวัดผู้รับผิดชอบงานไข้เลือดออก 6 จังหวัด ร่วมประชุมเพื่อชี้แจงการประเมินศักยภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอ
- 3.3 จัดทำแผน/จัดทีมสำหรับการประเมินประกอบด้วยนักวิชาการ สคร. จนท.จังหวัดที่ประเมิน 1 คน
- 3.4 ดำเนินการตามแผนเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มตามที่กำหนด เดือน สิงหาคมและกันยายน 2547

## ผล

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งตามยุทธศาสตร์เป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม เน้นประสิทธิภาพของการควบคุมโรค ปรากฏว่าอำเภอส่วนใหญ่ มีประสิทธิภาพค่อนข้างสูง โดยเฉพาะการสอบสวนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและการควบคุมโรค ไม่เกิด second generation ในหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 100 เท่ากัน ควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง ได้ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดกับผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ ร้อยละ 74 เท่ากัน ขณะที่ควบคุมโรคจนมีจำนวนผู้ป่วยต่ำกว่าค่า Base line กับที่ผ่านเกณฑ์ทุกข้อเกิดโรค ก็ร้อยละ 78.9 เท่ากัน

ระยะที่ 2 ช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน เน้นระบบการป้องกันโรค พบว่า การเตรียมพร้อมรับการระบาดทุกอำเภอสามารถดำเนินการได้ดี โดยมีแผนปฏิบัติการควบคุมโรค ที่มีปฏิบัติการอย่างน้อย 1 ทีม (4-5 คน) จำนวนเครื่องพ่นอย่างน้อยร้อยละ 80 ของจำนวนตำบล สารเคมีเพียงพอต่อการควบคุมการระบาด และผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อ เป็นร้อยละ 100 เท่ากัน เฉพาะการลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายมีเพียงแผนสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงเท่านั้นที่ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 79.2) ส่วนหมู่บ้านที่มีค่า HI < 10 ร้อยละ 80 ค่า CI = 0 และผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 20.8, 41.6 และ 20.8 ตามลำดับ)

ระยะที่ 3 ช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน ซึ่งเน้นการควบคุมการระบาด พบว่าเฉพาะรายการที่มีการรายงานการพบผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงเท่านั้นที่ครบร้อยละ 100 รองลงมาเป็นการควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 83.3) ส่วนการควบคุมโรคได้ไม่เกิด second generation ผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ และผู้ป่วยต่ำกว่า Target line อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 41.6, 41.6 และ 33.3 ตามลำดับ)

## วิจารณ์

ระยะที่ 1 เกือบทุกอำเภอมีการสอบสวนโรคและควบคุมโรคได้เกือบทุกรายและควบคุมโรคไม่เกิด second generation ก็ยังมีรายงานผู้ป่วยในช่วงนี้อยู่ และจำนวนอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยต่ำกว่าค่า Base line จำนวน 15 อำเภอ ร้อยละ 78.9 ฉะนั้นอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่า Base line มีโอกาสที่จะเกิดการระบาดของโรคสูง ซึ่งในช่วงเวลานี้จะเป็นตัวการพยากรณ์โรคไข้เลือดออกจะเกิดการระบาดใหญ่ในปีต่อไปได้ โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่แปรผันตามฤดูกาล (seasonal variation) โดยจะพบผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมของทุกปี และพบสูงสุดประมาณเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม หลังจากนั้นจะลดลงเรื่อยๆ<sup>(1)</sup> ถ้าเราสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้แนวโน้มของโรคในปีหน้าไม่มีการระบาดในพื้นที่นั้น แต่จะมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจะมีผลให้เกิดการระบาดของโรคได้ เช่น กิจกรรมในการควบคุมโรคไม่ครอบคลุม สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไป ชนิดของเชื้อไข้เลือดออก (serotype) ปัจจัยที่ท่าเสี่ยงด้านพาหะนำโรค (ความชุก/ความหนาแน่นของลูกน้ำยุงลาย) ความก้าวหน้าทางด้านการคมนาคมที่สามารถติดต่อถึงกันได้สะดวกก็เป็นปัจจัยสำคัญให้มีการแพร่กระจายของโรคไปอย่างกว้างขวางได้ (ตารางที่ 1)

ระยะที่ 2 ระบบการป้องกันโรค โดยการลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและการเตรียมพร้อมรับการระบาด จะเห็นได้ว่ามี บางอำเภอไม่ได้มีแผนสู่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย และเกินกว่าครึ่งของอำเภอที่ประเมินพบว่าค่าดัชนี ลูกน้ำยุงลาย ของอำเภอ  $HI > 10$  และค่า  $CI > 0$  ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรค สอดคล้อง กับ การศึกษาของภูมิวัฒน์<sup>(3)</sup> ศึกษาเรื่องการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายภาคเหนือ พ.ศ. 2544 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายรายจังหวัดกับอัตราป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์กัน (Regression = 4.23, 9.20) ดังนั้นการวางแผนสู่มสำรวจ สำรอง และการบันทึกค่าดัชนี  $CI$  และ  $HI$  เป็นสิ่งจำเป็นมากเพื่อเป็นการประเมิน ความต่อเนื่องของกิจกรรม การควบคุมลูกน้ำยุงลาย รวมทั้งใช้ในการคาดคะเนการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการระบาด และพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาด โดยเฉพาะการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยในการสำรวจลูกน้ำยุงลายในแต่ละสัปดาห์ จากการศึกษาของกังสาด<sup>(4)</sup> พบว่า การเฝ้าระวัง โรคประจำถิ่นส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะแนะนำประชาชนให้กำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นประจำ ร้อยละ 62.3 โดย ลักษณะของการเข้าร่วมกิจกรรมจะพูดคุยสอบถามเพื่อนบ้านเสมอถึงความเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ มีการเตรียมความพร้อมในการป้องกันมิให้เกิดโรค ซึ่งจะเป็นผู้กระจายสิ่งสนับสนุนจากภาครัฐ ได้แก่ ทรายกำจัดลูกน้ำ ปลาหางนกยูง และมุ้งตาข่าย บางหมู่บ้านได้รับสนับสนุนมากเป็นพิเศษ หากมีทีมศึกษาวิจัยไปในหมู่บ้าน จะกระตุ้นให้ประชาชนและอาสาสมัครป้องกันโรคมกขึ้น

สำหรับการเตรียมพร้อมรับการระบาด ทุกอำเภอมีความพร้อม มีแผนปฏิบัติการ มีทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อย่างน้อย 1 ทีม ทีมละ 4-5 คน รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องพ่น น้ำยา ทรายที่มีฟอสเฟตเพียงพอ เครื่องพ่น อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้ การควบคุมผู้ป่วยรายแรกในชุมชนได้รับการสอบสวนและควบคุมโรค โดยทีมปฏิบัติ ในพื้นที่พร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยกันควบคุมโรคในแต่ละอำเภอ และเพื่อให้การดำเนินงานในการ ป้องกันควบคุมโรคมีประสิทธิภาพ ควรให้อาเภอเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์เฉพาะกิจไข้เลือดออกของแต่ละอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธานและมีบทบาท ร่วมอย่างจริงจัง ในสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งเป็นผลกระทบจากการปฏิรูประบบราชการ แต่ละอำเภอมักมีการเปลี่ยนตัว ผู้รับผิดชอบงานไข้เลือดออก และบางแห่งไม่ได้ติดตามคุณภาพงานในระดับพื้นที่เนื่องจากภาระกิจงานเจ้าหน้าที่ มีจำกัด ประชุม/อบรมบ่อย ทำให้แผนงานไข้เลือดออกลดความเข้มข้นและขาดความต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การควบคุมการระบาด ซึ่งประเมินประสิทธิภาพการควบคุมโรคช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือน กันยายน ทุกอำเภอมักมีการรายงานการพบผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ของเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน แต่มีบางอำเภอที่ไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ จึงทำให้เกิด second generation คือ พบผู้ป่วยซ้ำหลังจากพบ case แรก 28 วันทุกๆ ที่มีกิจกรรมควบคุมโรคแล้วในหมู่บ้าน/ชุมชน การควบคุมการระบาดต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นช่วงเวลาการระบาดของโรคในช่วงฤดูฝน มาตรการหลัก คือ การควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวแก่<sup>(5)</sup> เมื่อเกิดการระบาดของโรคต้องรายงานผู้ป่วยและควบคุมโรคใน 24 ชั่วโมง และวิเคราะห์สาเหตุของการระบาด เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค หาแนวทางป้องกันการระบาด และ การป้องกันโรคไม่เกิด second generation รวมทั้งพ่นเคมีฆ่ายุงตัวเต็มวัยทันทีหลังได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย

ใน 24 ชั่วโมงโดยพ่นทุกหลังคาเรือนในรัศมี 100 เมตร ห่างจากบ้านผู้ป่วยและพ่น 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ หรือพิจารณาตามความเหมาะสม เพื่อลดปริมาณยุงที่มีเชื้อไข้เลือดออกและเป็นการตัดวงจรการแพร่ระบาดของโรค และในการพ่นเคมีได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเข้าช่วยดำเนินการ จากการศึกษาของ มานิตย์ ธีระตันติกานนท์ และ นิรุจน์ อุทธา<sup>(6)</sup> ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกลวิธีเชิงรุก พบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับการระบาดของโรคไข้เลือดออก การกำหนดพื้นที่เสี่ยง การประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้มาตรการแบบผสมผสานทั้งกายภาพ ชีวภาพ ได้รับการสนับสนุนจากระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุขอย่างทันท่วงที สามารถให้ประชาชนตื่นตัวในการเข้าร่วมโครงการมากขึ้น และสามารถควบคุมการระบาดของโรค การป่วย และจำนวนการเสี่ยงของหมู่บ้านได้ โดยให้หน่วยงานทุกองค์กรร่วมมือดำเนินการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองอาจ<sup>(7)</sup> ได้ประเมินผลโครงการควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างปี 2538-2540 พบว่า การระบาดของโรคไข้เลือดออก เป็นแบบปีเว้นสองปี พบผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2540 เท่ากับ 162.41 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายเท่ากับ 0.45 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุ 5-14 ปี พบโรคสูงสุดเดือนกรกฎาคม ของทุกปี จากข้อมูลระยะสะท้อนให้เห็นว่ามาตรการที่ดำเนินการสามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ไม่ดีเท่าที่ควร

การกำหนดค่า Target line ของแต่ละอำเภอและการนำจำนวนป่วยมาเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ยึดตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ อัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน ดังนั้นมีอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่า Target line ซึ่งเป็นผลมาจากระบาดของโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ แม้จะมีการดำเนินกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ในแต่ละระยะ และบางกิจกรรมผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด แต่อำเภอส่วนใหญ่ยังขาดกิจกรรมการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในช่วงการป้องกันโรค รวมถึงการคาดคะเนการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค นอกจากนั้นการควบคุมโรคช่วงฤดูการระบาด ยังดำเนินงานไม่ครอบคลุมจึงเกิด second generation ในหลายพื้นที่ จึงควรต้องมีการทบทวนกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค และมีการพัฒนาทีมสอบสวนโรคในระดับอำเภอ (SRRT) เพื่อสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป.

ตารางที่ 1 ศักยภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระยะที่ 1

จังหวัด	จำนวนอำเภอ ที่ประเมิน	ระยะที่ 1 (พ.ย.-ธ.ค.)					
		จำนวนอำเภอที่มีประสิทธิภาพการควบคุมโรค					จำนวนอำเภอที่ ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ เกิดโรค
		สอบสวนผู้ป่วยได้ ร้อยละ 80 ของ จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด	ควบคุมโรคภายใน 24 ชม. ได้ร้อยละ 80 ของจำนวน ผู้ป่วยทั้งหมด	ควบคุมโรคได้โดย ไม่เกิด second Generation ในหมู่บ้าน/ชุมชน	ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 3 ข้อ	ควบคุมโรคได้ ต่ำกว่า Base line	
เชียงใหม่	8	8	8	8	8	6	7
ลำพูน	2	1*	1	1	1	1	1
ลำปาง	4	4	3	4	3	1	4
เชียงราย	5	2*	2	2	2	3	2
พะเยา	3	3	3	3	3	3	0
แม่ฮ่องสอน	2	1*	1	1	1	1	1
รวม	24	19/19 (ร้อยละ 100.0)	18/19 (ร้อยละ 94.7)	19/19 (ร้อยละ 100.0)	18/19 (ร้อยละ 94.7)	15/19 (ร้อยละ 78.9)	15/19 (ร้อยละ 78.9)

\*บางอำเภอไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในเดือน พ.ย. - ธ.ค. 2546

ตารางที่ 2 ศักยภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระยะที่ 2

จังหวัด	จำนวนอำเภอที่รับการประเมินการระบาด	ระยะที่ 2 (ป.ค. - น.ย.)											
		จำนวนอำเภอที่มีมาตรการดูแลเฉพาะพื้นที่ผู้สูงอายุ		จำนวนอำเภอที่มีมาตรการดูแลเฉพาะพื้นที่ผู้สูงอายุ		จำนวนอำเภอที่มีโรงเรียนสอนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก		การเตรียมพร้อมรับมือการระบาด		จำนวนอำเภอ			
		มีแผนผู้ดูแลผู้สูงอายุ	มีหมู่บ้านที่ค่า HI < 10 ร้อยละ 80	มีโรงเรียนที่ค่า CI = 0 ร้อยละ 80	ผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ	มีโรงเรียนสอนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	มีโรงเรียนสอนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	แผนปฏิบัติการควบคุมโรค	การปฏิบัติงานการป้องกันโรค	จำนวนโรงเรียนที่พร้อมรับมือการระบาด	ดำเนินการป้องกันโรค	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อ	
เชียงใหม่	8	3	3	3	3	3	8	8	8	8	8	8	2
ลำพูน	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0
ลำปาง	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	0
เชียงราย	5	5	0	2	0	0	1*	5	5	5	5	5	0
พะเยา	3	3	0	0	0	0	3	3	3	3	3	3	0
แม่ฮ่องสอน	2	2	0	1	0	0	2	2	2	2	2	2	0
รวม	24	19/24	5/24	10/24	5/24	5/24	20/20	24	24	24	24	24	2
		(ร้อยละ 79.2)	(ร้อยละ 20.8)	(ร้อยละ 41.6)	(ร้อยละ 20.8)	(ร้อยละ 20.8)	(ร้อยละ 100.0)	(ร้อยละ 100.0)	(ร้อยละ 100.0)	(ร้อยละ 100.0)	(ร้อยละ 100.0)	(ร้อยละ 100.0)	(ร้อยละ 8.3)

\*บางอำเภอไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในเดือน ม.ค.-เม.ย. 2547

ตารางที่ 3 ศักยภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ ระยะที่ 3

จังหวัด	ระยะที่ 3 (พ.ศ.-ก.ย. 47)							จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินทุกข้อ
	จำนวนอำเภอที่ได้รับ การประเมิน	รายงานการพบผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 80 ของจำนวน ผู้ป่วยทั้งหมดของ เดือน พ.ศ.-ก.ย.	ดำเนินการควบคุมโรค ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 80 ของจำนวน ผู้ป่วยทั้งหมดของ เดือน พ.ศ.-ก.ย.	ควบคุมโรคได้ไม่เกิด second Generation ในหมู่บ้าน/ชุมชน	ผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ	ผู้ป่วยต่ำกว่า Target line		
เชียงใหม่	8	8	8	2	2	2	2	เกิดโรค
ลำพูน	2	2	2	0	0	0	0	
ลำปาง	4	4	4	2	2	2	2	
เชียงใหม่	5	5	5	4	4	3	1	
พะเยา	3	3	3	1	1	1	1	
แม่ฮ่องสอน	2	2	2	1	1	0	0	
รวม	24	24/24 (ร้อยละ 100.0)	20/24 (ร้อยละ 83.3)	10/24 (ร้อยละ 41.6)	10/24 (ร้อยละ 41.6)	8/24 (ร้อยละ 33.3)	6 / 10 (ร้อยละ 60.0)	

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ทรงวุฒิ หุตามัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ที่กรุณาให้การสนับสนุนและติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมาอย่างดียิ่งโดยตลอด ขอขอบคุณคุณสมโพธิ บวรสิน นายแพทย์เกรียงไกร ศรีธนะวิบูลย์ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์เฉพาะกิจงานไข้เลือดออก ผู้รับผิดชอบงานไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่เขต 10 ทุกๆ ท่านที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดีรวมทั้งให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณบุคลากรกลุ่มโรคติดต่อทั่วไป กลุ่มโรคติดต่อฯ โดยแมลงทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สีวิกา แสงธราทิพย์.ระดับวิทยาของไข่เลือดออกในโรคไข้เลือดออกฉบับประเถษรณก. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2545.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2546 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ; 2547. (เอกสารอัดสำเนา)
3. ภูมิพัฒน์ ภูวธนานนท์. รายงานการศึกษาเรื่องลูกน้ำยุงลายภาคเหนือ พ.ศ. 2544 เชียงรุก. ศูนย์ระบาดวิทยาภาคเหนือจังหวัดลำปาง.กองระบาดวิทยา สำนักปลัดกระทรวง, 2544.
4. กังสดาล สุวรรณรงค์. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมศูนย์ สาธารณสุขชุมชน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัย ขอนแก่น 2539.
5. จิตติ จันทรแสง.การสำรวจยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก. ชีววิทยา นิเวศวิทยา และการควบคุมยุงในประเทศไทย,กรุงเทพฯ:2544.
6. มานิตย์ อีระตันติกานนท์และนิรุจน์ อุทธา การควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกลวิธี เชียงรุก จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2536-2539.ขอนแก่น,2540.
7. องอาจ วชิรพันธุ์สกุลและคณะ. การวิจัยประเมินผลโครงการควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ.2538-2540. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2542.
8. วรณภา สุวรรณเกิดและสมศักดิ์ ประจักษ์วงศ์. การเฝ้าระวังโรคทางกีฏวิทยาไข้เลือดออก 13 จังหวัดภาคเหนือของประเทศไทย.เชียงใหม่: เดอะฟิวเจอร์พริ้นท์.2539.
9. จรัล ตฤณวุฒิพงษ์. นโยบายและแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. กระทรวงสาธารณสุข. ไม่ปรากฏเมืองและสถานที่พิมพ์, 2546.(เอกสารอัดสำเนา)
10. สมคิด พรหมจ้อย. เทคนิคการประเมินโครงการ.พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์หจก. ออฟเซทอาร์ต ออโตเมชัน. 2542.