



การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า
อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

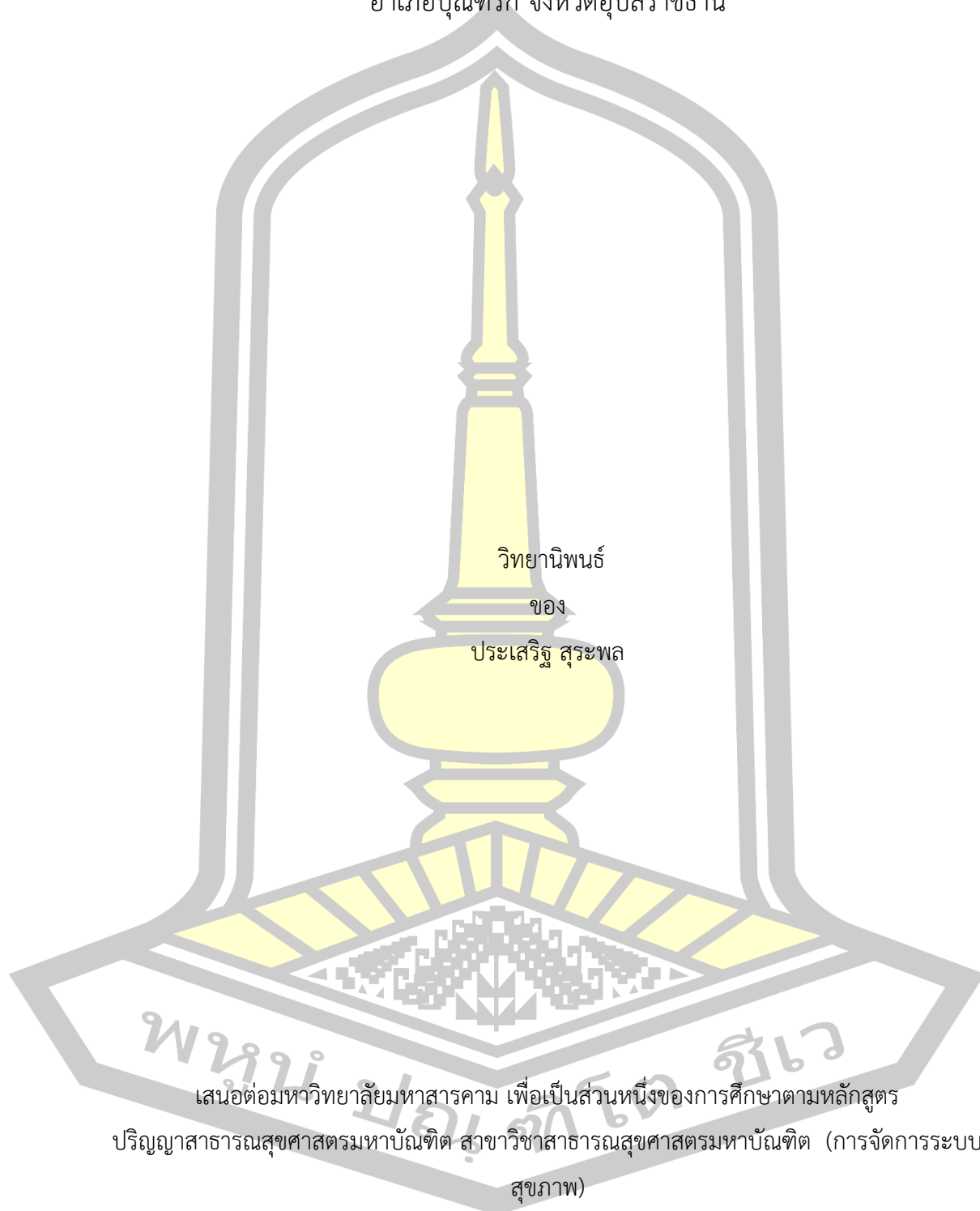
วิทยานิพนธ์
ของ
ประเสริฐ สุระพล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ตุลาคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า
อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

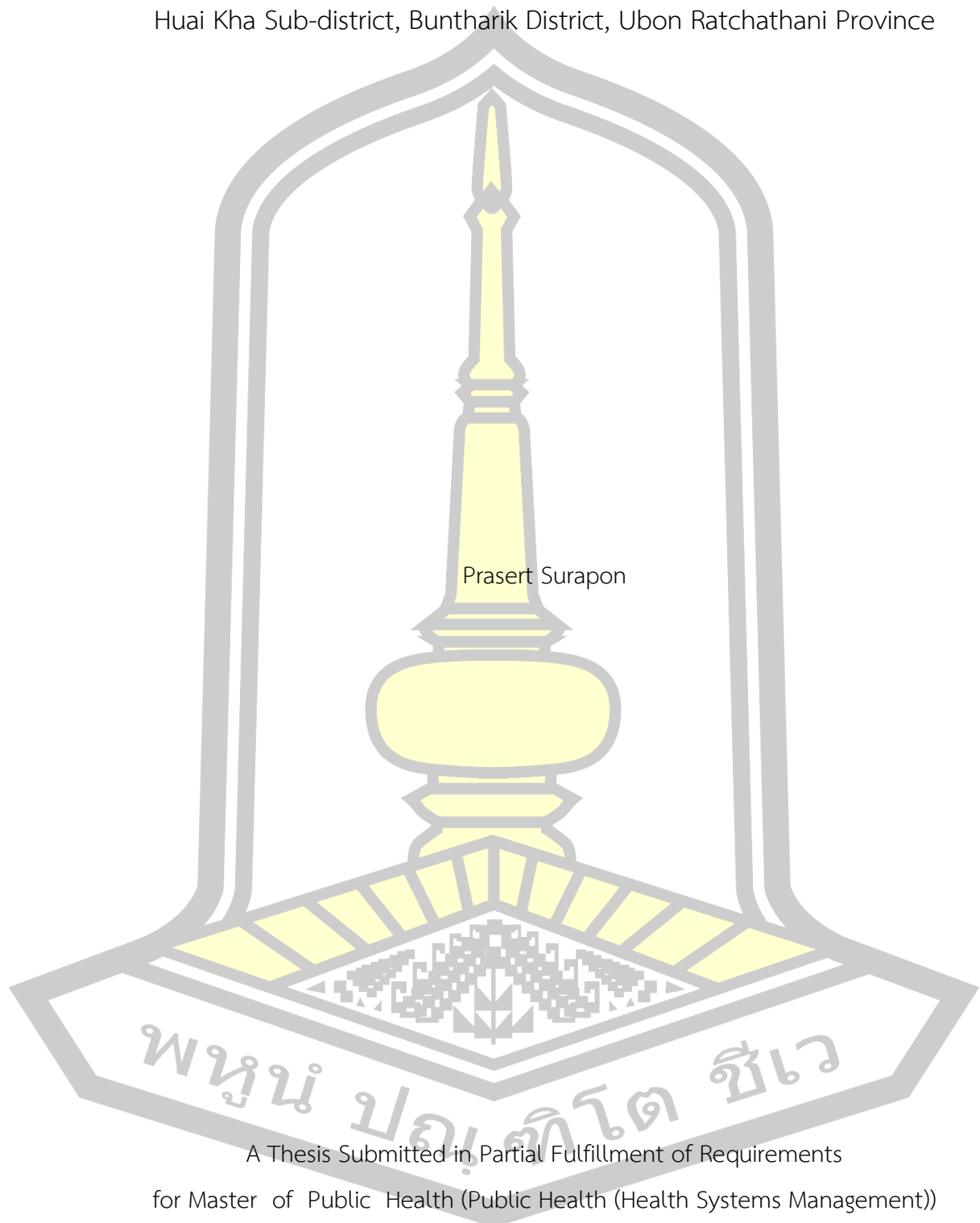


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ตุลาคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Surveillance System for Malaria Prevention and Control in
Huai Kha Sub-district, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province



Prasert Surapon

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

October 2018

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายประเสริฐ สุระพล แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. จินดาวัลย์ วิบูลย์อุทัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. อรุณ บุญสร้าง)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. กฤษน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข้า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	ประเสริฐ สุระพล		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตย์พรต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข้า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ใช้แนวคิด PAOR กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง 39 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ความรู้และการมีส่วนร่วม โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการจำแนกประเภทข้อมูล ประมวลความเชื่อมโยงและสร้างข้อสรุป

รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่ มี 7 ขั้นตอน 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ 2) แต่งตั้งคณะกรรมการศึกษาวิจัย 3) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพและศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการกำหนดแผนงานประกอบด้วย 5 โครงการตามรูปแบบการพัฒนา 4 ด้าน คือ ด้านบุคลากร 1 โครงการ (ฟื้นฟูองค์ความรู้เจ้าหน้าที่) ด้านวัสดุครุภัณฑ์ 2 โครงการ (การสำรวจและกระจายมุ้งชุบน้ำยา การจัดซื้อเครื่องฟ่นละอองฝอย) ด้านงบประมาณมี 1 กิจกรรม (ใช้รูปแบบคณะกรรมการ พขอ.ระดับพื้นที่ และทีม SRRT ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากร) และด้านบริหารจัดการ 1 โครงการ (พัฒนาาระบบเฝ้าระวัง) 5) นำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ 6) การประเมินผล สังเกต นิเทศ ประเมิน และ 7) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน สรุปปัญหาและสะท้อนผล หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้น (ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 77.27 หลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100.00) และกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง (ก่อน mean = 2.13, S.D. = 0.14 หลัง mean = 2.60, S.D. = 0.10)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี คือการกำหนด นโยบายในระดับพื้นที่ของผู้บริหารอย่างชัดเจน และมีรูปแบบการทำงานเชิงรุก โดยเสริมสร้างโอกาส และกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ระดมทรัพยากรทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ และด้านการบริหารจัดการ ครอบคลุมทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) การเฝ้าระวัง 2) การ ป้องกันและ 3) การควบคุมโรค พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ให้สามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง, โรคมาลาเรีย, การเฝ้าระวัง, การป้องกัน, การควบคุม



TITLE	Development of Surveillance System for Malaria Prevention and Control in Huai Kha Sub-district, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province		
AUTHOR	Prasert Surapon		
ADVISORS	Assistant Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D. Assistant Professor Rutchanun Srisupak , Dr.P.H.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2018

ABSTRACT

This study Participatory Action Research to develop a surveillance system for malaria prevention and control in Huai Kha Sub-district, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province. Apply PAOR concept to 39 specific target groups. Qualitative and quantitative data analysis. Knowledge and participation Using the program. Descriptive statistics Frequency, percentage, mean, and standard deviation. And qualitative data analysis. By classification. Compile links and generate conclusions.

The development model is suitable for operation in the area is 7 steps 1) Study the context of the area. 2) Appoint the research committee. 3) Collect quantitative and qualitative data and study the participatory model. 4) 1 personnel (restoration of staff knowledge) 2 materials (survey and distribution of nets) Purchase of spraying machine) the budget has 1 activity (using the board format. 1) Project Management (Development of Surveillance System). 5) Implementation of Project Plan. 6) Evaluation, Monitoring, Evaluation and Evaluation. 7) Exchange of lessons Summarize the problem and reflect. After development, Targeted people have more knowledge about malaria. (Before development was at a high level of 77.27 percent after development was at a high level of 100.00 percent) and the target group was

involved in the prevention and control of malaria. (Before mean = 2.13, S.D. = 0.14 after mean = 2.60, S.D. = 0.10).

The success factor of the surveillance network development model. Malaria control in Tambon Huai Kha, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province It is the policy of the management of the area clearly. And have a proactive style. By enhancing opportunities. And encourage all sectors to participate. The four resources are human resources, material resources and equipment. 1) Surveillance 2) Prevention and 3) Disease Control Development Malaria Prevention and Control System, Tambon Huai Kha, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province. To be effective and sustainable.

Keyword : Development of surveillance system, Malaria, Surveillance, Prevention, Control



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เรื่องการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาช่วยแนะนำ และตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนชี้แนะในการแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ จนสำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ นายวันชัย สีหะวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี นายประพนธ์ บุญไชย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาววัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำแนะนำที่ดีในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุณฑริก สาธารณสุขอำเภอบุณฑริก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเม็ก ผู้นำชุมชนตำบลห้วยข่าทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้พื้นที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ขอขอบพระคุณ คณาจารย์มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการ เพื่อนร่วมงานโรงพยาบาลบุณฑริก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก ที่มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุน เพื่อนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.15) สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และครอบครัวที่ทำให้กำลังใจความช่วยเหลือทุกด้านระหว่างที่ศึกษา และให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอน้อมนำคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ บูชาพระคุณบุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ ด้านวิชาการ คุณธรรมและจริยธรรม เพื่อให้ผู้วิจัยได้นำไปพัฒนาตน พัฒนาคณะและพัฒนางาน ให้มีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลต่อไป

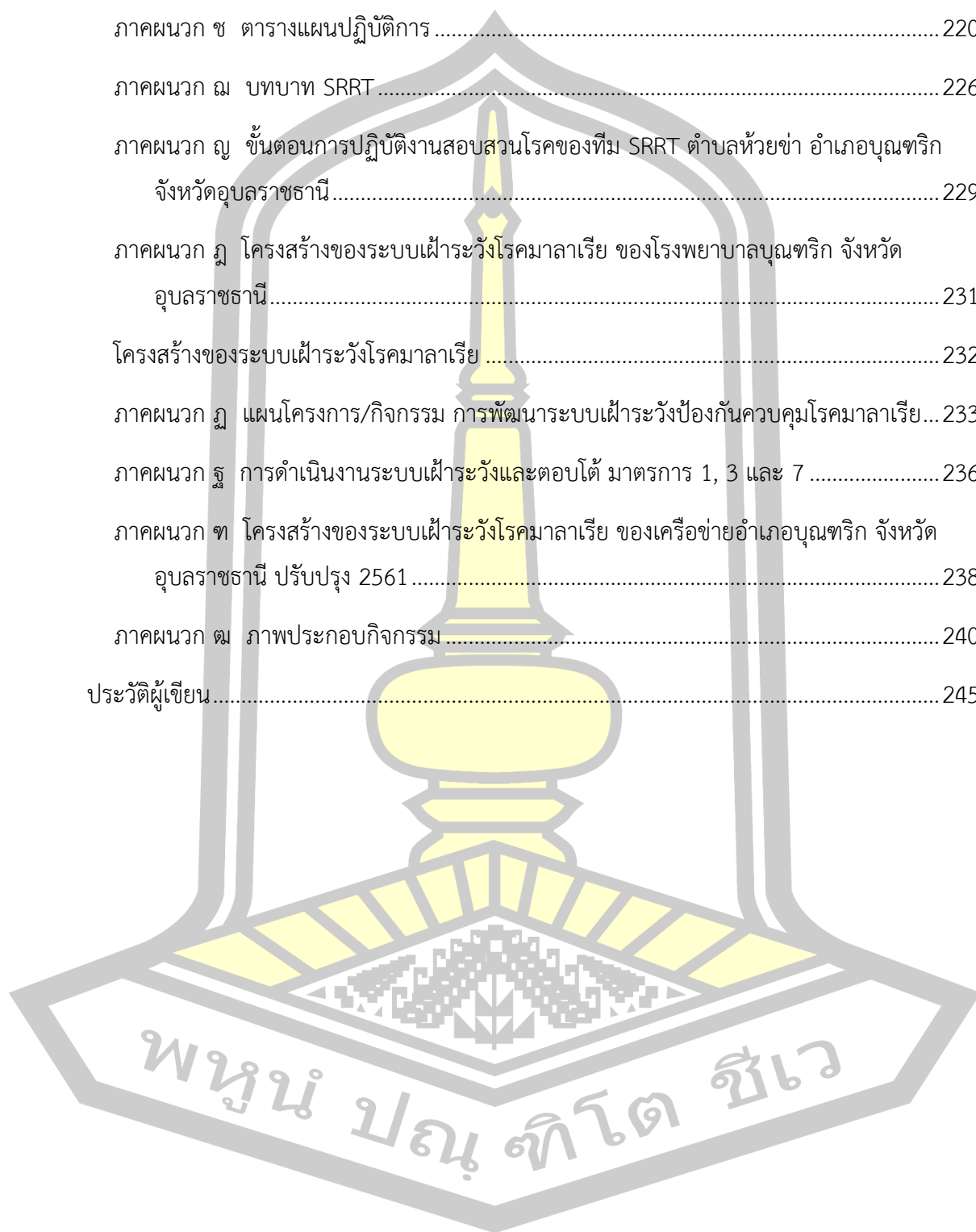
ประเสริฐ สุระพล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	7
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	11
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคมาลาเรีย.....	11
2.2 แนวคิดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค.....	34
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.).....	41
2.4 แนวคิดการดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT).....	43
2.5 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558	48
2.6 แนวคิดและความสำคัญของกระบวนการวิจัย.....	52
2.7 งานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้อง.....	57

2.8 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	65
3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	65
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	69
3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	76
3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....	78
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	80
3.7 จริยธรรมในการวิจัย.....	80
บทที่ 4 ผลการวิจัย	82
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิจัย.....	83
4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย	83
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	144
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	144
5.2 สรุปผล.....	145
5.3 อภิปรายผล.....	162
5.4 ข้อเสนอแนะ	168
บรรณานุกรม.....	170
ภาคผนวก.....	177
ภาคผนวก ก รายนามผู้ตรวจสอบเครื่องมือ.....	178
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	180
ภาคผนวก ค ใบรับรองตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	184
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์การทดลองใช้เครื่องมือ	188
ภาคผนวก จ ใบรับรองการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	190

ภาคผนวก ฉ แบบสอบถามการวิจัย	192
ภาคผนวก ช ตารางแผนปฏิบัติการ	220
ภาคผนวก ฌ บทบาท SRRT	226
ภาคผนวก ฎ ขั้นตอนการปฏิบัติงานสอบสวนโรคของทีม SRRT ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี	229
ภาคผนวก ฏ โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย ของโรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัด อุบลราชธานี	231
โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย	232
ภาคผนวก ฐ แผนโครงการ/กิจกรรม การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย...	233
ภาคผนวก ฑ การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ มาตรการ 1, 3 และ 7	236
ภาคผนวก ท โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย ของเครือข่ายอำเภอบุณฑริก จังหวัด อุบลราชธานี ปรับปรุง 2561	238
ภาคผนวก ฒ ภาพประกอบกิจกรรม	240
ประวัติผู้เขียน	245



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ข้อมูลด้านประชากรในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี	86
ตาราง 2 ความถี่และร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย ตามคุณลักษณะประชากร	102
ตาราง 3 แสดงข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม จำแนกรายด้าน	104
ตาราง 4 แสดงข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม ด้านบุคลากรจำแนกรายข้อ	105
ตาราง 5 แสดงข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมด้านงบประมาณ จำแนกรายข้อ.....	106
ตาราง 6 แสดงข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมด้านวัสดุครุภัณฑ์ จำแนกรายข้อ.....	107
ตาราง 7 แสดงข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมด้านบริหารจัดการ จำแนกรายข้อ.....	108
ตาราง 8 แสดงข้อมูลด้านเจตคติต่อโรคมะเร็ง จำแนกรายข้อ	109
ตาราง 9 แสดงข้อมูลด้านการป้องกันโรคมะเร็ง จำแนกรายข้อ.....	111
ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จำแนกรายด้าน	113
ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการตัดสินใจและวางแผน จำแนกรายข้อ	114
ตาราง 12 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ด้านการมีส่วนร่วม ร่วมในการปฏิบัติการ จำแนกรายข้อ	115
ตาราง 13 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ด้านการมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ จำแนกรายข้อ	116
ตาราง 14 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกรายข้อ.....	117

ตาราง 15 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHB) จำแนกรายด้าน	118
ตาราง 16 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHB) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกรายข้อ.....	119
ตาราง 17 สรุปประเด็นปัญหาจากการวิเคราะห์ของผู้เข้าร่วมประชุม แยกเป็น 4 ด้าน 3 ภารกิจ..	125
ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคมะเร็งก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ	134
ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งก่อนและหลังการพัฒนา	137
ตาราง 20 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งก่อนและหลังการพัฒนา.....	138
ตาราง 21 แสดงข้อมูลจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการ จำแนกรายข้อ	138
ตาราง 22 แสดงข้อมูลจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายด้าน.....	140
ตาราง 23 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ก่อนและหลัง การพัฒนา.....	141
ตาราง 24 แผนปฏิบัติการ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยขา อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดอุบลราชธานี.....	234
ตาราง 25 การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ มาตรการ 1, 3 และ 7	237



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 วงจรชีวิตของมาลาเรีย (Life cycle of malaria).....	15
ภาพประกอบ 2 เชื้อมาลาเรียในเม็ดเลือดแดง ในผู้ป่วยที่มารักษา ณ มาลาเรียคลินิก อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี.....	17
ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ของทั้งสามปัจจัย Epidemiologic Triad	19
ภาพประกอบ 4 วงจรการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ความรู้และเครื่องมือทาง ระบาดวิทยา.....	39
ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดงานวิจัยการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี	64
ภาพประกอบ 6 แผนที่การแบ่งการปกครองและสถานบริการทางสาธารณสุข อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี.....	85
ภาพประกอบ 7 แผนที่แสดงพื้นที่เสี่ยงพบเชื้อมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัด อุบลราชธานี พ.ศ. 2561	89
ภาพประกอบ 8 โครงสร้างทีมเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล (SRRT).....	91
ภาพประกอบ 9 กระบวนการพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี	143
ภาพประกอบ 10 ขั้นตอนการปฏิบัติงานสอบสวนโรคของทีมเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่ เร็วระดับตำบล (SRRT) ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี.....	230
ภาพประกอบ 11 โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมมาลาเรีย ของเครือข่ายอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี.....	232
ภาพประกอบ 12 โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมมาลาเรีย ของเครือข่ายอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ปรับปรุง 2561.....	239

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

โรคมาลาเรียเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่นำโดยยุงก้นปล่อง (*Anopheles* spp.) ดังจะเห็นได้จากใน พ.ศ. 2498 ที่ประชุมสมัชชาใหญ่องค์การอนามัยโลกได้มีมติให้มีการรณรงค์การกำจัดมาลาเรียทั่วโลก โดยเน้นการป้องกันการติดต่อจากยุงพาหะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยไข้มาลาเรียลงในหลาย ๆ ประเทศ รวมทั้งในประเทศไทย (World Health Organization, 2016) หลายประเทศได้ประกาศเป็นเขตปลอดโรคมาลาเรีย กิจกรรมการดำเนินงานซึ่งส่งผลสำเร็จในการลดจำนวนผู้ป่วยโรคมาลาเรียประกอบด้วย การควบคุมยุงพาหะนำโรค การมีส่วนร่วมของชุมชน การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเฝ้าระวังโรค รวมถึงการติดตามการดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย ทำให้อุบัติการณ์ของโรคไข้มาลาเรียลดลงจนเหลือผู้ป่วยประมาณ 19,000 ราย ในพ.ศ. 2559 ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคมาลาเรียประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2569 ได้เปลี่ยนนโยบายจากการควบคุมเป็นการกำจัดโรคมาลาเรีย ช่วยลดอัตราการกลับมาของโรคมาลาเรียในพื้นที่ในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถประกาศเป็นพื้นที่ประเทศปลอดมาลาเรียภายใน พ.ศ. 2567 (ประยุทธ์ สุดาทิพย์ และดารินทร์ คงศาสุริยะฉาย, 2560) การติดต่อที่เกิดจากเชื้อโปรโตซัวในกลุ่มพลาสโมเดียม (*Plasmodium* spp.) ในปัจจุบัน โรคมาลาเรียในคนมีสาเหตุมาจากเชื้อโปรโตซัว 5 ชนิด (Species) ได้แก่ *Plasmodium falciparum*, *P.vivax*, *P.malariae*, *P.ovale* (แยกเป็น 2 Subspecies ได้แก่ *P.ovale curtisi* และ *P.ovale wallikeri*) และ *P.knowlesi* ซึ่ง *P.knowlesi* นี้พบได้มากในประเทศมาเลเซีย และอินโดนีเซีย สำหรับประเทศไทยมีรายงานว่าพบ *P.knowlesi* ในหลายจังหวัด ได้แก่ จันทบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ยะลา และกระบี่ ซึ่งสามารถเข้าสู่ร่างกายได้โดยการกัดของยุงก้นปล่อง (*Anopheles* spp.) หรือการปนเปื้อนจากการถ่ายเลือด อาการของไข้มาลาเรีย ได้แก่ ไข้ โดยมีระยะพักตัวแตกต่างกันแล้วแต่ชนิดของเชื้อมาลาเรีย โดยทั่วไปประมาณ 1 - 2 สัปดาห์ ยกเว้นระยะพักตัวของ *P.malariae* ที่อาจนาน 1 เดือน ร่วมกับอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ปวดท้อง ปวดกล้ามเนื้อและข้อ ร่วมกับไข้หนาวสั่น เหงื่อออก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยเด็กอาจซึม กินอาหารไม่ได้ ไอ ซีด ตับม้ามโต สามารถหายขาดได้ หากให้การวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ระยะรุนแรง จะทำให้ระดับสติสัมปชัญญะลดลงหรือหมดสติ อ่อนเพลียมาก ชัก เหนื่อยหอบ หายใจเร็ว ซีด ตาเหลืองตัวเหลือง ปัสสาวะออกน้อยหรือไม่มีปัสสาวะ

ปัสสาวะสีเข้ม ซีดมาก และอาจเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะใช้โรคมาลาเรีย ชนิดฟัลซิพารัม (สรารุช สุวัฒน์ทัฬหะ, 2558)

การระบาดของโรคมาลาเรียในประเทศไทยส่วนใหญ่ จะเกิดขึ้นตามแนวชายแดน โดยเฉพาะ ชายแดนไทยกับเมียนมาร์ ชายแดนไทยกับกัมพูชา และชายแดนไทยกับลาว สถานการณ์ มาลาเรียในประเทศไทย 5 ปีย้อนหลังจาก พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 พบจำนวนผู้ป่วยดังนี้ 36,650 ราย คิดเป็น 0.57 ต่อประชากรพันคน 35,507 ราย คิดเป็น 0.55 ต่อประชากรพันคน 31,121 ราย คิดเป็น 0.48 ต่อประชากรพันคน 15,446 ราย คิดเป็น 0.24 ต่อประชากรพันคน และ 12,238 ราย คิดเป็น 0.19 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ (World Health Organization, 2016)

ข้อมูลรายงานโรคมาลาเรีย พ.ศ. 2560 ระหว่างวันที่ 1 มกราคมถึง 1 กันยายน 2560 พบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย 8,654 ราย เป็นคนไทย 5,930 ราย ต่างชาติ 2,724 ราย อัตราป่วย 0.13 ต่อประชากรพันคน สัดส่วนเพศชายต่อ เพศหญิง 2 : 1 กลุ่มอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 30.70 รองลงมาคือ 5-14 ปี ร้อยละ 22.57 15-24 ปี ร้อยละ 21.22 และ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.19 ตามลำดับ ชนิดเชื้อส่วนใหญ่ที่พบ ได้แก่ *P.vivax* ร้อยละ 81.00 *P.falciparum* ร้อยละ 13.13 ผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.0001 ต่อประชากรพันคน ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคใต้ อัตราป่วย 0.10 ต่อประชากรพันคน รองลงมาภาคเหนือ 0.03 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง 0.03, 0.02 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ จังหวัดยะลา จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดตาก จังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดระนอง อัตราป่วย 1.02, 0.49, 0.32, 0.28 และ 0.20 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 พบอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย ดังนี้ 0.20, 0.65, 4.26, 1.87 และ 0.42 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ และ พ.ศ. 2560 ตั้งแต่ 1 มกราคม 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 0.36 ต่อประชากรพันคน อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคมาลาเรีย 5 อันดับแรกของจังหวัดอุบลราชธานี คือ อำเภอน้ำยืน อำเภอบุณฑริก อำเภอสรินทร อำเภอนาจะหลวย และอำเภอสรีเมืองใหม่ อัตราป่วย 0.53 (37 ราย) 0.33 (30 ราย) 0.28 (15 ราย) 0.28 (16 ราย) 0.14 (10 ราย) ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคมาลาเรียเป็นโรคที่มีการระบาดเป็นประจำในพื้นที่อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เดินทางเข้าป่าไม่มีการป้องกันตนเองหรือออกประกอบอาชีพทำสวนยางพาราตอนกลางคืน (ศูนย์ระบาดวิทยา โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี, 2560) ดังนั้นการลดโอกาสของการเกิดโรคได้นั้นต้องอาศัยความรู้ และเจตคติที่ดี และการบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย เพื่อนำไปสู่การป้องกันการระบาด เพื่อประสิทธิผลในการ

ควบคุมโรคที่ดีขึ้น โรคมาลาเรียมักเกิดการระบาดในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เดินทางเข้าป่า เป็นวัยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ (วันชัย สีหะวงษ์ และคณะ, 2557)

รายงานโรคมาลาเรีย อำเภอบุญทริก ระหว่าง พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 มีอัตราป่วยต่อ ประชากรพันคน ดังนี้ 4.79, 7.05, 39.76, 13.43 และ 2.19 ตามลำดับ และเสียชีวิต 1 รายใน พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2560 จาก 1 มกราคม ถึง 31 สิงหาคม พบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย จำนวนทั้งสิ้น 52 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.54 ต่อประชากรพันคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศ หญิง โดยพบเพศชาย 44 ราย เพศหญิง 8 ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ 5.50 : 1 กลุ่ม อายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 20 ราย รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี 45 - 54 ปี 35 - 44 ปี 5 - 9 ปี 55 - 64 ปี 65 ปีขึ้นไป 10 - 14 ปี และ 0 - 4 ปี จำนวนผู้ป่วย เท่ากับ 12, 7, 7, 5, 1, 0, 0 และ 0 ราย ตามลำดับ ตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ตำบลห้วยข่า อัตรา ป่วยเท่ากับ 1.76 ต่อประชากรพันคน รองลงมา คือ ตำบลโพนงาม ตำบลคอแลน ตำบลบัวงาม อัตรา ป่วยเท่ากับ 1.19, 0.48 และ 17.19 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ ส่วนตำบลที่ไม่พบผู้ป่วยคือ ตำบล บ้านแมต ตำบลโนนค้อ ตำบลหนองสะโน และตำบลนาโพธิ์ (ศูนย์ระบาดวิทยา โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี, 2560)

ตำบลห้วยข่า มีการรายงานผู้ป่วยโรคมาลาเรีย 5 ปีซ้อนหลังจาก พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 ตามลำดับ ดังนี้ 7.34, 13.04, 84.18, 26.38 และ 3.09 ต่อประชากรพันคน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2560 ตำบลห้วยข่าพบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย จำนวน 21 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.27 ต่อประชากรพันคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วย PV 17 ราย และ PF 5 ราย พบผู้ป่วย เพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 18 ราย เพศหญิง 3 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ 6.00 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 8 ราย รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี 15 - 24 ปี 45 - 54 ปี 55 - 64 ปี 5 - 9 ปี 65 ปีขึ้นไป 10 - 14 ปี และ 0 - 4 ปี จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 4, 4, 3, 1, 1, 0, 0 และ 0 ราย ตามลำดับ หมู่บ้านที่มีอัตราป่วย ต่อประชากรพันคน สูงสุด คือ หมู่บ้านสร้างหอม อัตราป่วยเท่ากับ 5.88 ต่อประชากรพันคน รองลงมาคือ บ้านห้วยข่าหมู่ 1 บ้านบก บ้านคำบาก บ้านหนองแปน บ้านแก้งสว่าง บ้านแก้งสมบูรณ์ บ้านหนองแปก บ้านหนองเม็ก บ้านห้วยข่าหมู่ 23 อัตราป่วยเท่ากับ 3.39, 2.60, 2.47, 2.05, 1.88, 1.80, 1.59, 0.85, 0.72 ตามลำดับ (ศูนย์ระบาดวิทยา โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี, 2560) จากข้อมูลเบื้องต้น พบว่าตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราป่วยเกินค่ามัธยฐาน 5 ปีซ้อนหลัง และเกินเกณฑ์ที่สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุม โรคกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 0.20 ต่อประชากรพันคน

การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่อำเภอบุญทวีที่ผ่านมา อำเภอบุญทวีได้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับอำเภอและการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออย่างต่อเนื่อง เช่น โรคมาลาเรีย โรคไข้เลือดออกและโรคพิษสุนัขบ้า โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภายในและภายนอกเขตอำเภอ การบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ จากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน อำเภอ สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ติดตามและประเมินผล โดยมีทีม เฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (SRRT) ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุม โรคติดต่อในระดับอำเภอ และทีมเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล (SRRT) ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย เมื่อเดือนกรกฎาคม 2560 พบว่า การดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทวี จังหวัดอุบลราชธานีได้ ดำเนินการ ดังนี้ โรงพยาบาลให้การรักษาตามปกติ มีเจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคและระบาดวิทยา ดำเนินการเฝ้าระวัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการจัดตั้งมาลาเรียคลินิกที่ รพ.สต.3 แห่ง คือ รพ.สต.ห้วยข่า รพ.สต.บก และรพ.สต.หนองเม็ก รวมถึงมาลาเรียคลินิก (MC) ทำหน้าที่ในการ ให้บริการตรวจรักษาและการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย จัดตั้งหน่วยตรวจรักษามาลาเรียในชุมชน ตำบลห้วยข่า 6 ชุมชน คือ มาลาเรียคลินิกชุมชนบ้านคำบาก บ้านสร้างหอม บ้านหนองเม็ก หนองแปน บ้านหนองแปก และบ้านบก ได้มีการให้บริการตรวจรักษาและการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคใน ระดับชุมชนและมีพนักงานอาสาสมัครมาลาเรียชุมชน ๆ ละ 1 คน ทำหน้าที่ให้สุขศึกษา สรรวจมุ้ง ให้บริการชุบมุ้งป้องกันยุงแก่ประชาชนและมีการติดตามการกินยาของผู้ป่วยอีกด้วย เป็นการ ดำเนินการตามกลยุทธ์เชิงรุก (Strength-Opportunity strategies-SO) ของยุทธศาสตร์การกำจัด โรคมาลาเรียในประเทศไทย 2560 ถึง 2569 ว่าด้วย 1) ขยายความครอบคลุมในการเข้าถึงการรักษา 2) มีระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพครบถ้วนถูกต้องทันเวลาและทันเหตุการณ์ 3) ขยายความร่วมมือระหว่างเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานโดยเฉพาะ งบประมาณการให้บริการให้เกิดความครอบคลุมและเข้าถึงบริการมากขึ้น 4) นำเทคโนโลยี ใหม่ ๆ ที่เหมาะสม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไข้มาลาเรียที่ได้ผลมากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

สาเหตุที่ทำให้การดำเนินงานของพื้นที่ระดับตำบล ด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค มาลาเรียไม่ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ไม่มีการบูรณาการให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง การป้องกันและการควบคุมโรคมาลาเรีย การดำเนินงานที่ไม่เข้มแข็งไม่ต่อเนื่อง งบประมาณที่ไม่ เพียงพอ ด้านบุคลากรและประชาชน พบว่า ทีมเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับ

ตำบล (SRRT) และเจ้าหน้าที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง ไม่ได้รับการฟื้นฟูองค์ความรู้ใหม่ ๆ ขาดการประเมินและติดตามความต่อเนื่องและทันเวลา ประชาชนยังเดินทางเข้าป่าหรือทำงานตอนกลางคืน และด้านการควบคุม การทำงานแบบแยกส่วน ระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ยังไม่เข้มแข็ง และไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างเครือข่าย ขาดแผนงานการป้องกันควบคุมโรคมalaria เร็ว ทั้งที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ชาววัสดุและครุภัณฑ์ในการใช้ป้องกันและควบคุมโรคมalaria เร็วขาดการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง เกิดปัญหาทำให้โรคมalaria เร็วระบาดและไม่ผ่านเกณฑ์สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมalaria เร็ว ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี และใช้กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR มี 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์และทำกระบวนการศึกษา เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมalaria เร็ว ดังนั้น รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวร่วมกันคิดหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืนอันจะเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในพื้นที่ทำให้สามารถลดการเจ็บป่วยด้วยโรคมalaria เร็วในพื้นที่ ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และทันเหตุการณ์ และสามารถลดอัตราป่วยได้ตามเกณฑ์ที่สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงได้กำหนดไว้

1.2 คำถามการวิจัย

การดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมalaria เร็ว ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมalaria เร็ว ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1.3.2.1 บริบทของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ของพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 กระบวนการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 ผลของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการใช้การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัย (PAR) มุ่งศึกษา การศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้การศึกษาตรงตามประเด็นที่กำหนดและเหมาะสมกับเวลาที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

1.4.1 กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย

ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) กำหนดผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคมาลาเรีย ของพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะเป็นคณะกรรมการ สุขภาพระดับตำบล โดยได้ยึดกับคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อให้เกิด การบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การจัดการปัญหาสุขภาพ อย่างเป็นเอกภาพ โดยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังป้องกัน และการควบคุมโรค อย่างมีคุณภาพและมีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อันจะส่งผลให้ประชาชนและชุมชนพึ่งพาตนเองมีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาโรคประจำถิ่น และภัยสุขภาพให้ลดลงได้ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1.4.1.1 ผู้กำหนดนโยบายในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในคณะกรรมการระบบ สุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ นายอำเภอบุณฑริก 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุณฑริก 1 คน และ สาธารณสุขอำเภอบุณฑริก 1 คน รวมเป็น 3 คน

1.4.1.2 ผู้ปฏิบัติงานหลักในหน่วยงานราชการในพื้นที่ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในโรงพยาบาล 1 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลห้วยขา 3 แห่ง ๆ ละ 1 คน เจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง 10.1.1 นางจะหลวย 1 คน รวมเป็น 6 คน

1.4.1.3 ผู้ปฏิบัติงานหลักนอกหน่วยงานราชการในพื้นที่ตำบลห้วยขา ได้แก่ พนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชน 6 แห่ง ๆ ละ 1 คน อาสาสมัครมาลาเรีย 6 แห่ง ๆ ละ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ (อสม.เชี่ยวชาญ) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคในหมู่บ้าน A1, A2 จำนวน 12 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน รวมเป็น 17 คน

1.4.1.4 เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชนพื้นที่ A1 และ A2 จำนวน 12 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมการบริหารส่วนตำบลห้วยขาหรือผู้แทน 1 คน รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 13 คน

รวมกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มเป็นจำนวน 39 คน

ร่วมกันคิด ร่วมวางแผนปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผล ตามแนวคิด PAOR Cycle เพื่อค้นหากระบวนการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขาอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่และด้านเวลา

พื้นที่ในการศึกษา คือ พื้นที่มาลาเรียในตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีโดยมีระยะเวลาในการทำการศึกษาดังแต่ เดือนพฤศจิกายน 2560 ถึง มิถุนายน 2561

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 การเฝ้าระวัง คือ การติดตาม การสังเกต พิสูจน์พิจารณา ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิด การกระจายของโรคมาลาเรีย หรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้ง ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์แปลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพในพื้นที่การดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.2 การควบคุมโรค (control) หมายถึง การลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมาลาเรีย ด้วยมาตรการแทรกต่าง ๆ ที่สามารถหยุดยั้ง อุตติการณ์ของโรค รวมทั้งการหยุดยั้ง กระบวนการที่จะเกิดขึ้นจากผลกระทบตามมาจากการเกิดโรคมาลาเรีย การควบคุมโรคนั้น

สามารถทำให้สำเร็จได้โดยการให้การรักษา ป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคมาลาเรีย ในพื้นที่การดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอ บุนทริกจังหวัดอุบลราชธานี

1.5.3 การจัดแบ่งพื้นที่ในการปฏิบัติงานตามระดับการแพร่เชื้อมาลาเรีย (Area Stratification) หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในตำบลห้วยขา อำเภอ บุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อกำจัดโรคมาลาเรียที่สอดคล้องกับลักษณะการแพร่เชื้อมาลาเรียในการปฏิบัติงาน โดยใช้ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาการสอบสวนโรค และข้อมูลยุงพาหะซึ่งเป็นข้อมูลจากฐานข้อมูลโรคไข้มาลาเรียสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงและจะมีการปรับพื้นที่การดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ทุกปีโดยพื้นที่ในการปฏิบัติงานกำจัดโรคมาลาเรียแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ระดับหมู่บ้านและระดับอำเภอ/เขต ในพื้นที่การดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอ บุนทริกจังหวัดอุบลราชธานี

การจัดแบ่งพื้นที่ในระดับหมู่บ้านแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

พื้นที่แพร่เชื้อตลอดปี (A1) หมายถึง หมู่บ้านในตำบลห้วยขา อำเภอ บุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีการแพร่เชื้อโรคมาลาเรียที่พบผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนต่อปี

พื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล (A2) หมายถึง หมู่บ้านในตำบลห้วยขา อำเภอ บุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีการแพร่เชื้อโรคมาลาเรียที่พบผู้ป่วยน้อยกว่า 6 เดือนต่อปี

พื้นที่ไม่มีการแพร่เชื้อ-เสี่ยงสูง (B1) หมายถึง หมู่บ้านในตำบลห้วยขา อำเภอ บุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี ไม่มีการติดเชื้อในพื้นที่อย่างน้อย 3 ปีและสำรวจพบยุงพาหะตัวเต็มวัยหรือลูกน้ำ หรือมีสภาพภูมิประเทศเหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของยุงพาหะหลักหรือยุงพาหะรอง

พื้นที่ไม่มีการแพร่เชื้อ-เสี่ยงต่ำ (B2) หมายถึง หมู่บ้านในตำบลห้วยขา อำเภอ บุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี ไม่มีการติดเชื้อในพื้นที่อย่างน้อย 3 ปี และไม่พบยุงพาหะหรือมีสภาพภูมิประเทศไม่เหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของยุงพาหะหลักหรือยุงพาหะรองโดยพื้นที่นี้จะนับรวมพื้นที่ที่มีการผสมผสานงานเข้าสู่ระบบสาธารณสุขทั่วไปแล้ว (พื้นที่ Partial integration และ Integration area ตามแนวทางการควบคุมโรคมาลาเรีย พ.ศ. 2552)

1.5.4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (District Health Board : DHB) หมายถึง การขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชน เป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างความเสริมใหญ่บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทาง กาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

1.5.5 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) หมายถึง ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ที่ทำหน้าที่ป้องกันควบคุมโรค ในพื้นที่นั้น ๆ เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชน เป็นภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการผ่านทางกรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต.

1.5.6 มาตรการ 1, 3 และ 7 หมายถึง การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคมาลาเรีย

1 คือ รายงานข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้น ทางช่องทางไลน์ที่กำหนด ภายใน 1 วัน

3 คือ สอบสวนโรคเฉพาะราย ตามแบบสอบถามโรคมาลาเรีย แบบ รว. 3 ให้ครบถ้วนและส่งรายงานข้อมูลทางไลน์ภายใน 3 วัน

7 คือ ร่วมตอบโต้ตามมาตรการ การกำจัดมาลาเรียเตรียมพื้นที่ กลุ่มเสี่ยง ให้นคม.ศตม. เพื่อทำการเจาะเลือดค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในหมู่บ้านที่เกิด ภายใน 7 วัน

1.5.7 ระบบเฝ้าระวัง หมายถึง ระบบที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการจัดเก็บ วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อที่จะใช้ในการวางแผนดำเนินการและประเมินผลโครงการทางด้านสาธารณสุข และนำผลที่ได้ไปเผยแพร่ให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ต่อไป

1.5.8 โรคมาลาเรีย หมายถึง โรคติดต่อของมนุษย์และสัตว์อื่น มียุงก้นปล่องเป็นพาหะเกิดจากเชื้อโปรโตซัว Plasmodium ซึ่งเป็นสัตว์เซลล์เดียว มีวงจรของเชื้อระยะต่าง ๆ สลับกัน คือ ระยะมีเพศและไม่มีเพศ และมีวงจรชีวิตอยู่ในสัตว์มีกระดูกสันหลังและยุงก้นปล่อง สามารถแพร่สู่ร่างกายคนได้โดยการกัดของยุงก้นปล่องเพศเมียที่เป็นพาหะนำโรค หรือการรับเชื้อทางเลือด อาการทั่วไป คือ มีไข้ อ่อนเพลีย อาเจียนและปวดศีรษะ หนาวสั่น ปวดท้อง อาเจียน ในรายที่รุนแรงอาจทำให้ตัวเหลือง ชัก โคม่าหรือเสียชีวิตได้

1.5.9 ผู้ป่วยโรคมาลาเรีย หมายถึง ผู้ที่มีอาการ ไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปวดท้อง อาเจียน ตรวจพบตับม้ามโต ตาเหลืองซีด ร่วมกับมีประวัติเดินทางเข้าไปในป่า หรือแหล่งมาลาเรียชุกชุม ในช่วง 2 สัปดาห์ถึง 2 เดือน หรือประวัติเคยรับเลือด และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเชื้อมาลาเรียในเลือด

1.5.10 PV. หมายถึง เชื้อมาลาเรีย พลาสโมเดียม ไวแวกซ์ (Plasmodium vivax)

1.5.11 PF. หมายถึง เชื้อมาลาเรีย พลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม (Plasmodium falciparum)

1.5.12 โรคติดต่อนำโดยแมลง (Vector borne disease) หมายถึง โรคที่มีแมลงเป็นพาหะซึ่งแมลงสามารถเป็นสาเหตุของโรคได้ 2 กรณี คือ

1.5.12.1 แมลงในสถานะที่เป็นพาหะนำโรค (Transmitter/Vector) มาสู่คนและสัตว์ เช่น โรคเท้าช้าง มาลาเรียไข้เลือดออก อหิวาต์ เป็นต้น ซึ่งการเป็นพาหะนำโรคของแมลง คือ การเป็น

พาหะแบบ Mechanical transmitter คือ แมลงที่นำเชื้อโรคโดยที่เชื่อนั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหรือเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนในตัวของแมลงนั้นเลย และการเป็นพาหะแบบ Biological transmitter คือ พาหะที่นำเชื้อโดยที่เชื่อนั้นมีการเจริญเติบโตหรือเพิ่มจำนวนในพาหะนั้น ๆ ในกรณีนี้เรามักเรียกแมลงว่าเป็นพาหะ (vector)

1.5.12.2 เป็นสาเหตุของโรค (Direct cause of disease) ในกรณีนี้หมายความว่าแมลงเองเป็นตัวการทำให้เกิดโรค ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 4 แบบคือ แมลงที่เป็นปรสิตอยู่ภายนอกโฮสต์ (Ectoparasitoses) เช่น เหา หมัดและไลน แมลงที่เป็นปรสิตอยู่ภายในตัวโฮสต์ (Endoparasitoses) เช่น หนอนแมลงวันที่อยู่ตามอวัยวะภายในร่างกาย หรือ ตามช่องว่างต่าง ๆ ตามร่างกายเช่นภายในโพรงจมูก แมลงที่ต่อยหรือกัดแล้วปล่อยพิษออกมา (Envenomization) เช่น ผึ้ง ต่อ แตน และแมลงที่เป็นสาเหตุให้เกิดภูมิแพ้ (Airborne allergens) เช่น แมลงสาบ ไรฝุ่น



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียเป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อหยุดยั้งการระบาดของโรคในพื้นที่โดยการติดตามอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากตำราเอกสารวารสารบทความที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคมาลาเรีย
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคมาลาเรีย
- 2.3 แนวคิดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค
- 2.4 แนวคิดการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHB)
- 2.5 แนวคิดการดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)
- 2.6 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- 2.7 แนวคิดและความสำคัญของกระบวนการวิจัย
- 2.8 งานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดงานวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องโรคมาลาเรีย

2.1.1 ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย

ประวัติความเป็นมาของโรคมาลาเรีย ปัจจุบันความรู้เรื่องโรคมาลาเรียได้มีการพัฒนาและสั่งสมจากการค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์อย่างต่อเนื่องและยาวนานเพื่อให้การรักษาและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ มาลาเรียพบเมื่อครั้งแรกเมื่อ 2,700 ปีก่อนคริสตกาล มีการบันทึกลักษณะและอาการของโรคมาลาเรีย ในตำราแพทย์จีนชื่อว่า “นิซิง (Nei Ching)” ในสมัยจักรพรรดิฮวงตี้ แต่ไม่สามารถระบุว่าเป็นโรคอะไร ต่อมาสมัยโรมันแพทย์ชาวกรีกชื่อ Hippocrates พบว่ามาลาเรียเป็นโรคที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตใกล้ชิดกับบริเวณที่มีน้ำนิ่ง และมีการระบาดของโรคมาลาเรียในกรุงโรม จนชาวอิตาลีในยุคกลางเรียกโรคนี้ว่า Malaria ซึ่งเป็นการสนธิคำระหว่าง “Mal” ซึ่งแปลว่าเสีย กับคำว่า “Aria” ซึ่งแปลว่าอากาศ เพราะเชื่อว่าอากาศเสีย คือสาเหตุที่ทำให้คนเป็นโรคนี้ ถัดมาใน ค.ศ. 1880 Charles Louis Laveran แพทย์ทหารชาวฝรั่งเศส ได้สังเกตเห็นเชื้อ

ปรสิตในเม็ดเลือดแดงของคนที่ป่วยด้วยโรคมาลาเรีย จึงเสนอแนวคิดที่ว่าสาเหตุก่อโรคมาลาเรียคือเชื้อโปรโตซัว และต่อมาได้รับการตั้งชื่อว่า พลาสโมเดียม (*Plasmodium*) โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวอิตาลี ชื่อ Ettore Marchiafava และ Angelo Celli จนกระทั่ง ค.ศ. 1886 Camillo Golgi นักสรีรวิทยาทางระบบประสาท ชาวอิตาลีพบว่ามีลักษณะอาการของผู้ป่วยมาลาเรียสามารถเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ จึงเชื่อว่าน่าจะเกิดจากเชื้อมาลาเรียหลายชนิด และใน ค.ศ. 1890-1931 ได้มีการจำแนกชนิดและตั้งชื่อเชื้อมาลาเรียชนิดต่าง ๆ ได้แก่ *P.vivax*, *P.malariae*, *P.falciparum*, *P.ovale* และ *P.knowlesi* ตามลำดับและใน ค.ศ. 1897 Ronald Ross นักจุลชีววิทยาชาวอังกฤษซึ่งทำงานอยู่ในประเทศอินเดียพบว่า เชื้อมาลาเรียสามารถแพร่กระจายได้ โดยมียุงเป็นพาหะและต่อมาใน ค.ศ. 1898 Giovanni Batista Grassi ก็สามารถระบุได้ว่ายุงที่เป็นพาหะคือยุงก้นปล่อง (นันทวี เนิยมนุ้ย, 2555)

โรคมาลาเรียเป็นโรคติดต่อในเขตร้อน (Tropical Zone) และกึ่งเขตร้อน (Sub-Tropical zone) มียุงก้นปล่องเป็นพาหะนำเชื้อ มีการกระจายระหว่างเส้นรุ้งที่ 64 องศาเหนือจนถึงเส้นรุ้งที่ 32 องศาใต้ และขึ้นกับอุณหภูมิของบรรยากาศ โดยเฉลี่ยอุณหภูมิสูงกว่า 20 องศาเซลเซียสอย่างน้อยปีละ 2 เดือน และไม่พบเชื้อมาลาเรียอยู่ในพื้นที่ที่สูงกว่าหอน้ำทะเล 9,000 ฟุตขึ้นไป (บุญมา อุยาสงค์, 2557)

เชื้อมาลาเรียมีสาเหตุจากเชื้อโปรโตซัวใน phylum Ampicomplexa โดยสามารถจำแนกเป็น 4 species. ได้แก่ *P.falciparum* ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุดและก่อโรครุนแรงที่สุด ชนิดที่พบรองลงมาคือ *P.vivax* ส่วน *P.ovale* และ *P.malariae* พบในอุบัติการณ์ค่อนข้างต่ำ (สมชาย จงวุฒิวเศย์ และอุษา ทิสยากร, 2549)

โรคมาลาเรียเกิดจากเชื้อโปรโตซัว กลุ่มพลาสโมเดียม (*Plasmodium spp.*) ซึ่งสามารถเข้าสู่ร่างกายได้โดยการกัดของยุงก้นปล่อง (*Anopheles spp.*) หรือการปนเปื้อนจากการถ่ายเลือด อาการที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ไข้ โดยมีระยะพักตัวแตกต่างกัน โดยทั่วไปประมาณ 1 - 2 สัปดาห์ ยกเว้นระยะพักตัวของ *P.malariae* ที่อาจนาน 1 เดือน ร่วมกับ อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ปวดท้อง ปวดกล้ามเนื้อและข้อ ร่วมกับไข้หนาวสั่น เหงื่อออก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยเด็กอาจซึม กินอาหารไม่ได้ ไอ ซีด ตับม้ามโต หากให้การวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วสามารถหายขาดได้ หากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม อาจเข้าสู่ระยะรุนแรงและเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะไข้โรคมาลาเรีย ชนิด ฟัลซิพารัม ปัจจุบันโรคมาลาเรียในคน มีสาเหตุมาจากเชื้อโปรโตซัว 5 ชนิด (Species) ได้แก่ *P.falciparum*, *P.vivax*, *P.malariae*, *P.ovale* (แยกเป็น 2 Subspecies ได้แก่ *P.ovale curtisi* และ *P.ovale wallikeri*) และ *P.knowlesi* ซึ่ง *P.knowlesi* นี้พบได้มากในประเทศมาเลเซีย และอินโดนีเซีย ประเทศไทยพบ *P.knowlesi* ในหลายจังหวัด ได้แก่ จันทบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ยะลา และกระบี่ (สรารุช สุวัฒน์ทัพพะ และคณะ, 2558)

สรูบโรคมมาลาเรียเป็นโรคติดต่อเขตร้อนการระบาดของเชื้อมาลาเรีย ถือเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและระดับภูมิภาคอาเซียน ซึ่งโรคมมาลาเรียที่มีการติดเชื้อในมนุษย์ที่มีการรายงานการระบาดที่สำคัญในพื้นที่ภูมิภาคอาเซียน และประเทศไทยมีด้วยกัน 5 ชนิด ดังนี้

1. พลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม (*Plasmodium falciparum*) เป็นชนิดร้ายแรงที่สุด
2. พลาสโมเดียม ไวแวกซ์ (*Plasmodium vivax*)
3. พลาสโมเดียม มาลาเรียอี (*Plasmodium malariae*)
4. พลาสโมเดียม โอวาเล่ (*Plasmodium ovale*) แยกเป็น 2 Subspecies ได้แก่ *P.ovale curtisi* และ *P.ovale wallikeri*
5. พลาสโมเดียม โนเลส (*Plasmodium knowlesi*)

ปัจจุบันโรคมมาลาเรียก็ยังเป็นปัญหาทางการสาธารณสุขและเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตของประชากรโลกอีกด้วย การค้นพบสาเหตุและยุงพาหะก็เป็นการเรียนรู้ เข้าใจและต่อสู้กับโรคมมาลาเรียจากอดีตจนถึงปัจจุบัน มีการถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นหนึ่งสู่รุ่นหนึ่งยอมเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการเสริมสร้างความรู้ใหม่ ๆ เพื่อการป้องกันควบคุมและรักษาโรคมมาลาเรียในอนาคตอย่างยั่งยืนอย่างไรก็ตามด้วยองค์ความรู้ที่ยังไม่สมบูรณ์ประกอบด้วยประเทศไทยเป็นประเทศที่มีภูมิศาสตร์เป็นป่าเขาสูงตามแนวชายแดนของประเทศและมีอากาศที่เหมาะสมที่เป็นแหล่งอาศัยของยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะโรคมมาลาเรีย ประเทศไทยจึงมีปัญหการระบาดของโรคมมาลาเรียในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศตลอดมา

โรคมมาลาเรียกับประวัติศาสตร์ของประเทศไทย

ประเทศไทย โรคมมาลาเรียได้มีการเรียกขานชื่อโรคตามท้องถิ่นต่าง ๆ เช่น ไข้ป่า ไข้ป่าไข้หัวลม ไข้ดอกสัก ไข้ร้อนเย็นและไข้จับสั่น เป็นต้น ชาวไทยได้รู้จักโรคมมาลาเรียก่อนกรุงรัตนโกสินทร์ ได้มีการบันทึกที่ศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เกี่ยวกับโรคที่มีอาการตัวม้ามโตและบรรยายอาการไข้ที่เกิดขึ้น และพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงเสด็จไปประทับแรมเพื่อทอดพระเนตรสุริยุปราคาเต็มดวง เมื่อวันที่ 9 ถึง 19 สิงหาคม 2411 ณ บ้านห้วยกอ ตำบลคลองวาฬ อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และทรงประชวรด้วยโรคไข้หนาวสั่นเป็นระยะ ๆ และทรงเสด็จสวรรคต ในวันที่ 1 ตุลาคม 2411 เชื่อกันว่า สาเหตุเกิดจากการได้รับเชื้อมาลาเรีย (สมชาย จงวุฒิเวศย์ และอุษา ทิสยากร, 2549) การแพร่ระบาดครั้งแรกในประเทศไทย มีการรายงานทางระบาดวิทยา คือ ช่วงสงครามโลกครั้งที่สองเมื่อ พ.ศ. 2484 พบมีอัตราการป่วยด้วยโรคมมาลาเรียสูงกว่า 350 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีอัตราตายสูงที่สุดเป็นอันดับแรกของประเทศไทย ในขณะนั้น(สมทัศน์ มะลิกุล, 2543) ต่อมาใน พ.ศ. 2492 รัฐบาลได้จัดทำโครงการนำร่องในการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคมมาลาเรียให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของแต่ละพื้นที่ในประเทศไทย

โดยการใช้สารเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้างฉีดพ่นให้ติดตามผนังบ้านเรือนเพื่อกำจัดยุงก้นปล่อง และมีการใช้มาตรการนี้ตลอดแต่การดำเนินงานดังกล่าวไม่สามารถกำจัดโรคมาลาเรียให้หมดไปได้ ยังมีการพบการแพร่เชื้อมาลาเรียในอัตราป่วยที่สูงมาก (ประยูรย์ สุดาทิพย์, 2541) เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิดฟัลซิพารัม และไวแวกซ์ ส่วนน้อยเป็นชนิดมาลาริโอ โอวาเล่และโนเลไซ ผู้ป่วยบางรายอาจติดเชื้อมาลาเรียมากกว่า 1 ชนิดพร้อมกัน การแพร่กระจายของผู้ป่วยมาลาเรียจะพบมากบริเวณป่าเขา ชายแดนของประเทศ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

2.1.2 ธรรมชาติของการเกิดโรค

ธรรมชาติของการเกิดโรคและความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมต้องอาศัยปัจจัย 3 ประการที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ได้แก่ องค์กรประกอบทางระบาด (epidemiologic triangle) ประกอบด้วย สิ่งก่อโรค (agent) ทั้งสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต มนุษย์ (human host) และสิ่งแวดล้อม (environment) คือสิ่งที่อยู่รอบกายมนุษย์ มีทั้งสิ่งแวดล้อมที่มีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิต ช่วยส่งเสริมให้เกิดโรคได้เช่นกัน ธรรมชาติของการเกิดโรคเป็นวงจรการเกิดโรคตามธรรมชาติ โดยเริ่มจากการได้รับปัจจัย หรือสาเหตุในผู้ที่ภูมิรับไว จนกระทั่งปรากฏอาการ โรคแต่ละชนิดจะมีรูปแบบและลักษณะการเกิดโรคเฉพาะอย่างแตกต่างกันไป (ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และวิศิษฎ์ ฉวีพจน์ กัจจร, 2557)

ธรรมชาติของการเกิดโรคมาลาเรีย

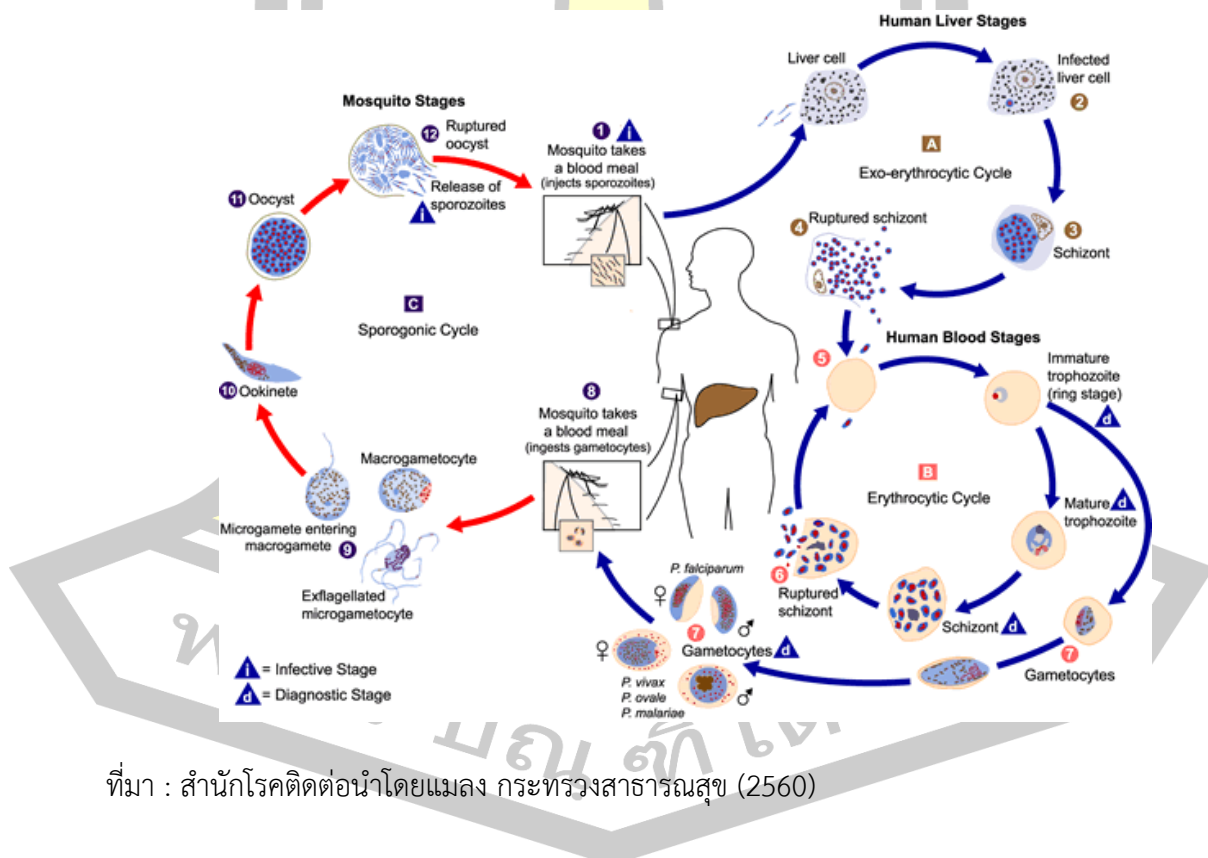
โรคมาลาเรียเป็นหนึ่งในโรคเขตร้อนแพร่กระจายอย่างกว้างขวาง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งก่อให้เกิดอาการโรครุนแรงและนำมาสู่การเสียชีวิตของประชาชน สาเหตุจากเชื้อโปรโตซัวใน phylum Apicomplexa, class Sporozoa และ genus Plasmodium โดยยุงก้นปล่องเพศเมียเป็นพาหะนำโรค เชื้อมาลาเรียที่ก่อให้เกิดโรคในคนมี 5 ชนิด ได้แก่ *P.falciparum*, *P.vivax*, *P.malariae*, *P.ovale* และเชื้อมาลาเรียของลิงที่สามารถติดต่อมาสู่คนได้ คือ *P.knowlesi* (Jongwutiwes et al., 2004; Sing et al., 2004) เชื้อมาลาเรียชนิด *P.ovale* ถูกแบ่งออกเป็น สองชนิด คือ *P.ovale curtisi* and *P.ovale walliker* (Sutherland et al., 2010) ยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะนำเชื้อปรสิตมาลาเรียที่สำคัญในประเทศไทยมี 3 กลุ่ม คือ ยุงก้นปล่องในกลุ่ม Anopheles minimus, A.maculatus, A.dirus (Amir et al., 2013)

เชื้อมาลาเรีย *P.falciparum* และเชื้อ *P.vivax* เป็นชนิดที่ก่อให้เกิดโรคที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะทวีปแอฟริกา พบผู้ติดเชื้อ *P.falciparum* มากที่สุด (Bremam, 2001) เชื้อมาลาเรียที่พบรองลงมา คือ เชื้อ *P.vivax* พบมากในเขตร้อนและกึ่งร้อน เช่น ทวีปเอเชีย อเมริกากลาง และอเมริกาใต้ (Price et al., 1986) ผู้ที่ติดเชื้อ *P.vivax* นั้นสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ (Relapse) เนื่องจากมีระยะฮิปโนซอยต์ (Hypnozoite) ซึ่งอาศัยในเซลล์ตับของผู้ป่วยและสามารถออกสู่กระแสเลือดได้ภายหลัง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยนั้นไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องอาจแพร่เชื้อต่อไปได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อ

สุขภาพร่างกายของผู้ป่วย นอกจากนี้การรักษาและป้องกันโรคมาลาเรียในปัจจุบันยังมีอุปสรรคสำคัญ คือ การดื้อยาของเชื้อ *P.falciparum* และเชื้อ *P.vivax* ต่อยาต้านมาลาเรียหลายชนิด อีกทั้งยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะสามารถปรับตัวให้มีความทนทานต่อยาฆ่าแมลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกาะพักของยุงหลังการดูดเลือด ซึ่งทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการใช้ยาฆ่าแมลงจำพวก Residual spray เท่าที่ควร จึงทำให้การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคมาลาเรียนั้นมีความสำคัญทั้งทางสุขภาพของประชาชนและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจไม่ว่าจะเป็นการศึกษาทางด้านใดก็ตาม

วงจรชีวิตของเชื้อมาลาเรีย

วงจรชีวิตของเชื้อมาลาเรียนั้นมีการเจริญเติบโต 2 แบบด้วยกัน คือ การสืบพันธุ์แบบอาศัยเพศ (Sexual reproduction) เกิดขึ้นในยุงก้นปล่องเพศเมียที่เป็น Invertebrate host และการสืบพันธุ์แบบไม่อาศัยเพศ (Asexual reproduction) หรือ ซิโซโกนี (Schizogony) เกิดขึ้นในคนที่ เป็น vertebrate host ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ การเจริญในเซลล์ตับ (Exoerythrocytic stage) และเซลล์เม็ดเลือดแดง (Erythrocytic stage)



ที่มา : สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข (2560)

ภาพประกอบ 1 วงจรชีวิตของมาลาเรีย (Life cycle of malaria)

วงจรชีวิตการเจริญเติบโตในยุง (Sexual reproduction)

เมื่อยุงก้นปล่องเพศเมียดูดเลือดคนที่มีเชื้อมาลาเรีย ซึ่งปะปนกันหลายระยะเข้าไป แต่มีเพียงระยะแกมีโตไซต์เท่านั้นที่สามารถเจริญต่อไปในกระเพาะอาหารของยุง หลังจากนั้น แกมีโตไซต์เพศเมีย (Macrogametocyte) จะเจริญเป็นแกมีตเพศเมีย (Macrogamete) ส่วนแกมีโตไซต์เพศผู้ (microgametocyte) จะเกิดกระบวนการ Exflagellation ได้เป็นแกมีตเพศผู้ (Microgamete) เมื่อแกมีตเพศเมียเกิดการปฏิสนธิกับแกมีตเพศผู้กลายเป็นไซโกต (Zygote) ต่อมาไซโกตจะเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างคล้ายเท้าเตียมเพื่อใช้ในการเคลื่อนที่ผ่านกระเพาะอาหารของยุง เราเรียกระยะนี้ว่าโอโอไคไนต์ (Ookinete) จากนั้นโอโอไคไนต์จะเคลื่อนที่ไปยัง Basal membrane ของเซลล์ซึ่งบุผนังด้านนอกของกระเพาะอาหารแล้วเจริญเป็นโอโอซิสต์ (Oocyst) เมื่อโอโอซิสต์เจริญเติบโตเต็มที่จะมีสปอโรซอยต์หลายพันตัว จากนั้นผนังโอโอซิสต์จะแตกออกทำให้สปอโรซอยต์ออกสู่ช่องอกของยุงแล้วเดินทางไปยังต่อมน้ำลายเพื่อรอเวลาในการเข้าสู่คนต่อไป

1. การเจริญของเชื้อมาลาเรียในคน (Asexual reproduction)

วงจรชีวิตของมาลาเรียในคนประกอบด้วย การเพิ่มจำนวนแบบไม่อาศัยเพศ โดยแบ่งการเจริญเป็น 2 ช่วงคือ การเจริญในเซลล์ตับและการเจริญในเม็ดเลือดแดง

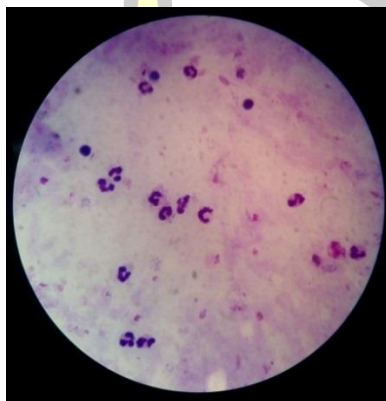
1.1 การเจริญของเชื้อมาลาเรียในเซลล์ตับ

เมื่อยุงที่มีเชื้อมาลาเรียกัดคน ยุงจะปล่อยเชื้อที่อยู่ในระยะสปอโรซอยต์เข้าสู่กระแสเลือด ระยะสปอโรซอยต์เข้าสู่เซลล์ตับโดยอาศัยกระบวนการที่ซับซ้อนและเกิดขึ้นรวดเร็ว เมื่อลูกกลมเข้าสู่เซลล์ตับแล้วจะมีการสร้าง Parasitophorous vacuole ล้อมรอบเชื้อมาลาเรีย ทำให้เชื้อมาลาเรียเปลี่ยนรูปร่างเป็นทรงกลมหรือรี เรียกระยะที่อยู่ในเซลล์ตับว่า Hepatic stage หรือ Exoerythrocytic stage ระยะนี้จะมีการแบ่งนิวเคลียสหลายครั้งในไซโทพลาสซึมอันเดียวกันทำให้เกิดระยะไซซอนต์ (Schizont) ที่มีหลายนิวเคลียส เมื่อมีการแบ่งไซโทพลาสซึมในแต่ละเซลล์จะมีนิวเคลียสเดียวเรียกว่าระยะเมอร์โรซอยต์ (Merozoite) สำหรับกระบวนการเพิ่มจำนวนเซลล์โดยไม่อาศัยเพศดังกล่าวเรียกว่า ชิโซโกนี (Schizogony) เมื่อเมอร์โรซอยต์เจริญเต็มที่จะมีรูปร่างเป็นทรงกลมหรือรี โดยมีเมอร์โรซอยต์จำนวนมากที่สามารถเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อลูกกลมเข้าสู่เม็ดเลือดแดงต่อไป

1.2 การเจริญของเชื้อมาลาเรียในเซลล์เม็ดเลือดแดง

เมื่อเมอร์โรซอยต์เข้าสู่กระแสเลือดและเข้าไปอยู่ในเม็ดเลือดแดงแล้ว เจริญเติบโตเป็น Ring form, Growing Trophozoite, Immature schizont และ Mature schizont ตามลำดับ ในระยะ Mature schizont นี้เชื้อมาลาเรียแบ่งตัวได้เมอร์โรซอยต์จำนวนมาก เมื่อเม็ดเลือดแดงแตกและปล่อยเมอร์โรซอยต์เข้าสู่เม็ดเลือดแดงอื่นต่อไป การเจริญเติบโตตั้งแต่ระยะ Ring form จนถึง Mature schizont เรียกว่า Erythrocytic schizogony ซึ่งใช้เวลาต่างกันตามชนิดของมาลาเรีย ซึ่ง

ช่วงที่เม็ดเลือดแดงแตกนี้เป็นช่วงที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นมีอาการจับไข้ เมื่อเมอร์โรซอยต์ออกจากเม็ดเลือดแดงจำนวนมาก เมอร์โรซอยต์จะเป็นอิสระในกระแสเลือดชั่วคราวและพร้อมเข้าสู่เซลล์เม็ดเลือดแดงใหม่ต่อไป และเมอร์โรซอยต์บางส่วนจะมีการเจริญต่อไปเป็นระยะแกมีโตไซต์ซึ่งเกิดขึ้นเมื่ออยู่ในม้าม ไช กระดูก และอวัยวะภายในอื่น ๆ



ที่มา : ประเสริฐ สุระพล (2558: บันทึกภาพ)

ภาพประกอบ 2 เชื้อมาลาเรียในเม็ดเลือดแดง ในผู้ป่วยที่มารักษา ณ มาลาเรียคลินิก อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี

อาการและลักษณะแสดงทางคลินิก

ภายหลังที่ยุงก้นปล่องเพศเมียกัดคน เชื้อมาลาเรียระยะสปอโรซอยต์ที่อยู่ภายในต่อมน้ำลายจะถูกปล่อยออกมาเข้าสู่กระแสเลือดในคน จากนั้นเชื้อมาลาเรียจะเจริญเติบโตในเซลล์ตับ ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ที่ติดเชื้อมีอาการของโรค ส่วนใหญ่ก็จะมีอาการคล้ายการเป็นหวัด มีเพียงอาการไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ ปวดตัวและปวดตามกล้ามเนื้อ อาจมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร โดยจะเป็นเพียงระยะสั้น เป็นวันหรือหลายวัน ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการฟักตัวของเชื้อ ชนิดของเชื้อ และจำนวนของสปอโรซอยต์ ที่ผู้ป่วยได้รับเข้าไป ภาวะภูมิคุ้มกันต่อเชื้อมาลาเรียของผู้ป่วย ภาวะการได้รับยา หรือไม่ได้รับยาป้องกันมาลาเรียมาก่อน เป็นต้น

จากนั้นเมื่อระยะเมอร์โรซอยต์มีการเพิ่มจำนวนอย่างมากในเซลล์ตับออกมาสู่กระแสเลือดและลูกกลมเข้าสู่เซลล์เม็ดเลือดแดงตลอดจนมีการเพิ่มจำนวนแบบไม่อาศัยเพศภายในเซลล์เม็ดเลือดแดงในปริมาณมากจนถึงระดับหนึ่งจะทำให้ผู้ที่ติดเชื้อมีอาการของโรค คือ มีไข้หนาวสั่น มักแสดงออกเป็นช่วงระยะค่อนข้างสม่ำเสมอ ประกอบด้วย 3 ระยะคือ

1. ระยะหนาวสั่น (Cold stage)
2. ระยะไข้ตัวร้อน (Hot stage)
3. ระยะเหงื่อออก (Sweating stage)

ดังนั้นเมื่อครบรอบการเจริญเติบโตแบบไม่อาศัยเพศในเม็ดเลือดแดงจะทำให้มีอาการไข้หนาวสั่น โดยเชื้อ *P.falciparum* จะทำให้เกิดการไข้ทุก ๆ 36 ถึง 48 ชั่วโมง เชื้อ *P.vivax* และ เชื้อ *P.ovale* ทำให้เกิดอาการไข้ทุก ๆ 48 ชั่วโมง หรือมีไข้วันเว้นวัน ส่วนเชื้อ *P.malariae* ทำให้เกิดอาการไข้ทุก ๆ 72 ชั่วโมงหรือมีไข้วันเว้นสองวัน แม้ว่าเชื้อมาลาเรียทั้ง 4 ชนิดนั้นจะทำให้เกิดอาการไข้หนาวสั่น แต่เชื้อมาลาเรียชนิด *P.falciparum* ทำให้เกิดพยาธิสภาพแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ภาวะมาลาเรียขึ้นสมอง (cerebral malaria) ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) ภาวะดีซ่าน (Jaundice) ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่าปกติ (Hypoglycemia) และภาวะน้ำท่วมปอดที่ไม่ได้เกิดจากหัวใจวาย (Noncardiac pulmonary edema) เป็นต้น

นอกจากนี้หลังจากที่อาการไข้หายไปแล้ว แต่เชื้อมาลาเรียยังอยู่ในร่างกายโดยอาจพบได้ในระดับที่ต่ำมากจนไม่สามารถตรวจพบได้ ซึ่งเชื้ออาจจะซ่อนอยู่ในเซลล์ตับทำให้มีโอกาสจะกลับมาเป็นซ้ำได้อีกแม้ไม่ได้ได้รับเชื้อมาลาเรียใหม่ การเกิดอาการไข้กลับมีสาเหตุจากมีเชื้อมาลาเรียระยะพักตัวในตับหรือระยะฮิปโนซอยต์ (Hypnozoite) และเชื้อสามารถออกสู่กระแสเลือดได้อีกครั้ง ซึ่งอาการไข้กลับนี้สามารถพบได้ในเชื้อ *P.vivax* และเชื้อ *P.ovale* (Warrell et al., 1990; Marsh et al, 1996)

การเข้าใจธรรมชาติของการเกิดโรคติดเชื้อมาลาเรียจะทำให้การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ได้ผลดีนั้น บุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องมีความรู้ในเรื่องธรรมชาติของการเกิดโรค และพลวัตของโรคติดต่อที่กำลังจะแก้ปัญหา จึงจะสามารถเข้าดำเนินการควบคุมโรคมมาลาเรียในพื้นที่ได้ทันเวลา ทันเหตุการณ์

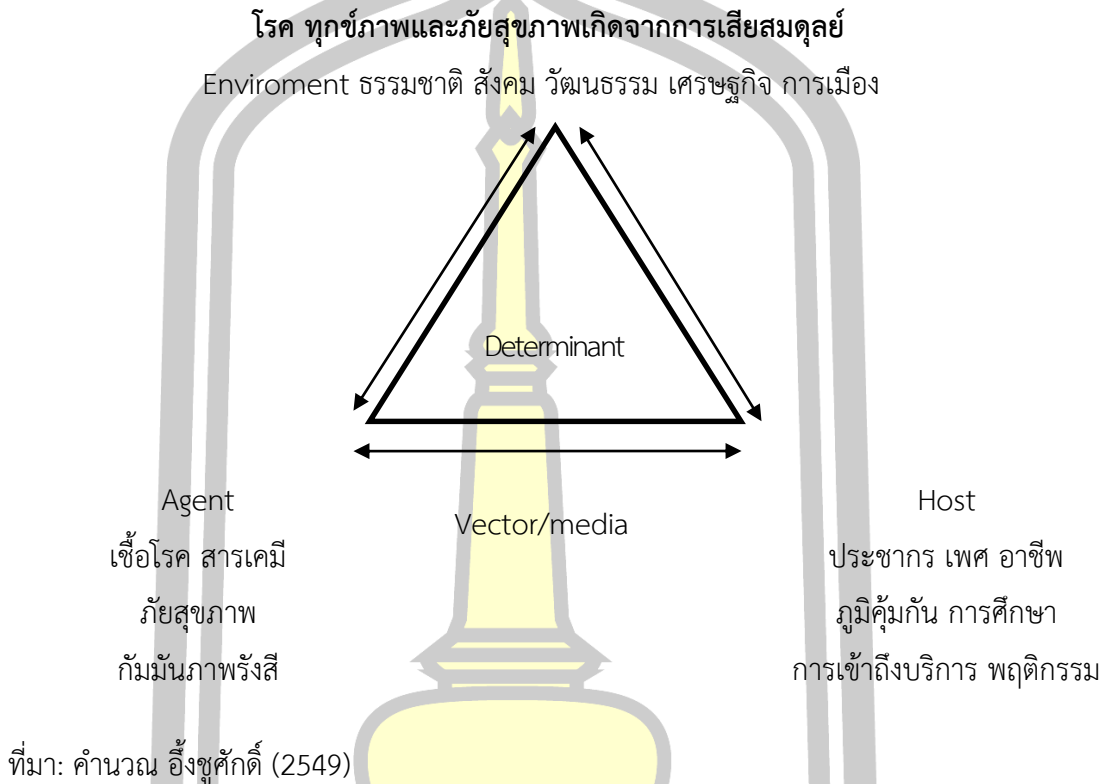
2.1.3 วิทยาการระบาดของโรคมมาลาเรีย

โรคมมาลาเรียเป็นโรคติดต่อโดยมียุงก้นปล่องเป็นพาหะเกิดจากเชื้อ Plasmodium มีวงจรของเชื้อระยะต่าง ๆ สลับกันคือ ระยะมีเพศและไม่มีเพศ และมีวงจรชีวิตอยู่ในสัตว์มีกระดูกสันหลังและยุง โรคมมาลาเรียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรจากกว่า 90 ประเทศทั่วโลก ที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีการแพร่กระจายของโรคมมาลาเรีย สำหรับประเทศไทยโรคมมาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

2.1.3.1 หลักคิดสำคัญทางระบาดวิทยา

โรคหรือปัญหาทางด้านสุขภาพไม่ได้เกิดด้วยความบังเอิญแต่เกิดจากการเสียสมดุลของเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Determinants) ซึ่งทางระบาดวิทยามักจะแบ่งปัจจัยออกเป็น 3

กลุ่มคือปัจจัยเกี่ยวข้องกับคน (Host) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวก่อโรค (Agent) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) เรียกความสัมพันธ์ของทั้งสามปัจจัยนี้ว่า Epidemiologic Triad



ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ของทั้งสามปัจจัย Epidemiologic Triad

เราต้องเสริมสร้าง Host ให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกัน มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ลด Agent ที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ จัดหรือปรับ Environment ให้เข้าข้าง Host อย่าให้เอียงไปฝั่งใดตัวก่อโรค เราลองมาดูตัวอย่างและรายละเอียดดังต่อไปนี้ (คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, 2549)

Host ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนและเป็นตัวกำหนดว่าทำไมบางคนป่วย บางคนไม่ป่วย ประกอบด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนมีมากมาย เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากพันธุกรรม มะเร็งปากมดลูกเกิดในเพศหญิง คนแก่มักจะมีปัญหาโรคกระดูกพรุน การได้รับวัคซีนป้องกันโรคหรือเคยป่วยเป็นบางโรคหากมีภูมิคุ้มกันแล้วก็มักจะไม่เป็นอีก คนที่มีการศึกษาดีมักจะดูแลสุขภาพดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อยกว่า ความเชื่อบางลัทธิในอเมริกาห้ามฉีดวัคซีน อาชีพเกษตรกรเลี้ยงแพะเสี่ยงต่อโรคบลูเซลโลซิส ผู้มีรายได้น้อยมักเจ็บป่วยมากกว่าผู้มีฐานะดีเช่นเป็นโรคขาดสารอาหาร พฤติกรรมเสี่ยงก็จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยง่าย เช่น ชอบสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือการเที่ยวเตร่

ก็จะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เป็นมะเร็ง ดิตเอดส์ แต่หากมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพก็จะทำให้การเจ็บป่วยน้อยลง ตรงไปตรงมา

Agent ในสมัยก่อนเรามักจะหมายถึงเชื้อโรค Infectious agent เชื้อโรคแต่ละชนิดก็ทำให้เกิดการป่วยที่แตกต่างกันไป แม้แต่ในเชื้อเดียวกันแต่ต่างสายพันธุ์ก็ทำให้เกิดความรุนแรงแตกต่างกัน การระบาดในวงกว้างมักจะเกิดจากเชื้อสายพันธุ์ใหม่ ๆ ที่ประชาชนไม่ค่อยจะมีภูมิคุ้มกัน เช่นเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ดังนั้น การศึกษาเรื่องเชื้อโรคจึงต้องดูว่าเป็นสายพันธุ์อะไร มีแบบแผนการติดต่ออย่างไร เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ (คานวน อึ้งชูศักดิ์, 2549)

คำว่า Agent ไม่ได้หมายถึงเชื้อโรคเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึง

Chemical agent ได้แก่สารเคมีต่าง ๆ เช่นสารพิษในบุหรี่ยาพิษจากแคดเมียม Radioactive Agent กัมมันตภาพรังสี เช่น โคบอลต์ 60 Energy Agent คือ พลังงานต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ เช่นรถชนคนตายได้ เพราะวิ่งมาเร็วมีพลังงานสูงเมื่อชนคนก็ถ่ายพลังงานมาปะทะคนจนกระเด็นและบาดเจ็บตาย สารเสพติดต่าง ๆ (Addict agent) เช่น เหล้า ยาบ้า ผีนเฮโรอีน ยารักษาโรค (Pharmaceutical agent) เช่น การใช้ยา Thalidomide เพื่อรักษาอาการแพ้ท้องในหญิงตั้งครรภ์ จนทำให้เกิดความพิการในทารกจำนวนมากในช่วงปลายทศวรรษ 1950 และ 1961 ได้มีการสั่งถอนตำรับยานี้ออกไป การออกกฎหมายหรือกฎระเบียบหรือมาตรการทางภาษีหรือแนวปฏิบัติต่าง ๆ เป็นการควบคุมมิให้ Agent ที่เป็นอันตรายเพิ่มจำนวนและเข้าไปถึงประชาชนได้ง่าย ๆ เช่นการออกกฎหมายควบคุมการโฆษณา การขายบุหรี่ยาพิษและสุรา การควบคุมการปล่อยสารเคมีจากโรงงานสู่ธรรมชาติ การควบคุมอาวุธ การควบคุมการใช้ยาและสารเสพติด การจะควบคุม Agent ได้นั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและระบบทางสังคม

Environment คือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่หากเข้าข้างคนก็จะทำให้สุขภาพดี แต่หากเข้าข้าง Agents ก็จะทำให้มีภัยคุกคามสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ ยกตัวอย่างเช่นขณะที่เขียนบทนี้ประเทศโซมาเลียในทวีปแอฟริกา กำลังเกิดการอดอยากแสนสาหัส เพราะฝนไม่ตกมาเป็นปี ๆ อาหารการกินและน้ำมีไม่พอ เด็ก ๆ ป่วยเป็นโรคขาดสารอาหารมากกว่าร้อยละ 50.00 แต่每天有คนเสียชีวิตมากกว่า 2.00 ต่อประชากรหมื่นคน ซึ่งนับว่าสูงมากจนเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบระดมความช่วยเหลือ เหลือ นักการสาธารณสุขจึงต้องสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดปัญหาโรครื้อน และสนับสนุนกระบวนการสร้างสันติ หากปล่อยให้มีความรุนแรงในเมือง คนจะตายทั้งจากความรุนแรงและโรคภัยไข้เจ็บ

นอกจากสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติหรือทางกายภาพแล้ว ระบบเศรษฐกิจสังคมและการเมืองยังถือเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมมนุษย์ที่เราเรียกว่า Social Determinants นักวิชาการหลายคนแยก Social determinants ออกมาเพราะมันมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยตัวอื่น ๆ เช่น การควบคุมโรคเอดส์ต้องประสบกับปัญหาการกีดกันผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วย ขาดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน หากไม่แก้ไขปัจจัยนี้ก็ไม่อาจที่จะควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ เพราะผู้ติด

เชื้อหรือผู้ป่วยจะไม่ยอมเปิดเผยตัวหรือเข้าไม่ถึงบริการป้องกันควบคุมโรคหรือการรักษาพยาบาล แต่ยังคงแพร่เชื้อต่อไปเรื่อย ๆ (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์, 2549)

2.1.3.2 วิทยาการระบาดของโรคมาลาเรีย

โรคมาลาเรียหรือโรคมาลาเรียเป็นโรคติดต่อที่ก่อโรคในมนุษย์มีสาเหตุจากเชื้อโปรโตซัว ใน phylum Ampicomplexa ที่มียุงก้นปล่อง (*Anopheles spp.*) เป็นพาหะนำโรคโดยสามารถจำแนกเชื้อมาลาเรียซึ่งเป็นโปรโตซัวใน genus *Plasmodium* ชนิดที่ทำให้เกิดโรคในคนมี 5 ชนิด ได้แก่ *P.falciparum* ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุดและก่อโรครุนแรงที่สุดและเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตมากที่สุดในโลก พบได้บริเวณตอนกลางทะเลทรายซาราในทวีปแอฟริกาและบางส่วนของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และดินแดนทางตะวันตกของมหาสมุทรแปซิฟิก ชนิดที่พบรองลงมาคือ *P.vivax* มักไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมีการแพร่กระจายได้ทั้งไปในทวีปเอเชีย อเมริกากลางและตอนใต้ ยุโรปและแอฟริกาตอนเหนือ ส่วน *P.ovale*, *P.malariae* และ *P.knowlesi* พบในอุบัติการณ์ค่อนข้างต่ำ ซึ่ง *P.knowlesi* นี้พบได้มากในประเทศมาเลเซีย และอินโดนีเซีย สำหรับประเทศไทยมีรายงานว่าพบ *P.knowlesi* ในหลายจังหวัด ได้แก่ จันทบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ยะลา และกระบี่ (สมชาย จงวุฒิเวศย์ และอุษา ทิสยากร, 2549)

สถานการณ์โรคมาลาเรียทั่วโลก

องค์การอนามัยโลก ได้มีการสรุปรายงานผู้ป่วยโรคมาลาเรียในประจำ ค.ศ. 2016 ระหว่าง ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2015 อัตราการเกิดโรคมาลาเรียทั่วโลกลดลงร้อยละ 21.00 และในช่วงเวลาเดียวกันอัตราการเสียชีวิตจากไข้มาลาเรียทั่วโลกลดลงประมาณร้อยละ 29.00 พบเป็นผู้ป่วยในภูมิภาคแอฟริกาลดลงถึงร้อยละ 31.00 และพบประเทศที่ยังมีการระบาดของโรคมาลาเรียคุกคามทั่วโลกใน ค.ศ. 2015 ประมาณ 91ประเทศ พบผู้ป่วยไข้มาลาเรียจำนวน 212 ล้านราย (ช่วง 148-304 ล้านคน) และพบมากในภูมิภาคแอฟริการ้อยละ 90.00 เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 7.00 และภาคตะวันออกเฉียงของทะเลเมดิเตอร์เรเนียนร้อยละ 2.00 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมาลาเรียประมาณ 429,000 คน (ราว 235,000 - 639,000 คนทั่วโลก) ส่วนใหญ่เสียชีวิตในภูมิภาคแอฟริการ้อยละ 92.00 รองลงมา คือ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 6.00 และภาคตะวันออกเฉียงของทะเลเมดิเตอร์เรเนียนร้อยละ 2.00 (World Health Organization, 2016)

สถานการณ์โรคมาลาเรียในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยมีการรายงานโรคมาลาเรียจากสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียมีอัตราป่วยสูงเมื่อเทียบกับข้อมูลในช่วงเวลาที่ผ่านมา ดังนี้

สถานการณ์ทั่วไปของผู้ป่วยมาลาเรียใน พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยมาลาเรียสะสมรวม 30,006 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.46 ต่อประชากรพันคน จำนวนผู้ป่วยลดลงจาก พ.ศ. 2556 ณ ช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ 0.55 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเด็กนักเรียน (ร้อยละ 23.12) กลุ่มอายุที่พบสูงคือ อายุ 15-24 ปี พบเพศชายมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 73.65 โดยผู้ป่วยจะอยู่ในพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี (ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี) และอาชีพหลักของผู้ป่วยเป็นการหาของป่าและเกษตรกรประเภทของผู้ป่วยพบผู้ป่วยไทย 22,828 ราย ต่างชาติถาวร (M1) 4,348 ราย และต่างชาติชั่วคราว (M2) 2,830 ราย จังหวัดที่พบไข้มาลาเรียสูงที่สุดคือ จังหวัดอุบลราชธานี ตรวจพบผู้ป่วย 7,887 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.28 ของผู้ป่วยทั่วประเทศ จังหวัดที่พบผู้ป่วยด้วยไข้มาลาเรียสูงสุด 10 อันดับแรก คือ อุบลราชธานี ตาก ยะลา กาญจนบุรี สงขลา แม่ฮ่องสอน สุราษฎร์ธานี ศรีสะเกษ ระนอง และนราธิวาส (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยมาลาเรียสะสมรวม 15,446 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.24 ต่อประชากรพันคน จำนวนผู้ป่วยลดลงจากปี 2557 ณ ช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ 50.37 สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 4 : 1 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 21.36) รองลงมา คือ 25-34 ปี (ร้อยละ 20.32) 35-44 ปี (ร้อยละ 17.48) ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกร (ร้อยละ 41.82) รองลงมา คือ อาชีพอื่น ๆ (ร้อยละ 28.87) และเด็ก/นักเรียน (ร้อยละ 19.71) ตามลำดับ พบผู้ป่วยไทย 11,638 ราย ต่างชาติ ถาวร (M1) 2,252 ราย และต่างชาติ ชั่วคราว (M2) 1,556 ราย 5 จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงที่สุด ได้แก่ อุบลราชธานี 3,327 ราย ตาก 3,206 ราย ศรีสะเกษ 1,168 ราย ยะลา 1,163 ราย และกาญจนบุรี 1,121 ราย ตามลำดับ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคมมาลาเรีย 18,758 ราย คนไทย 13,607 ราย ต่างชาติ 5,151 ราย อัตราป่วย 0.29 ต่อประชากรพันคน จำนวนผู้ป่วยลดลงจากปี 2558 ณ ช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ 14.88 สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 2 : 1 กลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 21.43 รองลงมา คือ 25-34 ปี ร้อยละ 17.32, 35-44 ปี ร้อยละ 13.35 และ 10-14 ปี ร้อยละ 12.36 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.52, ทหาร/ตำรวจ ร้อยละ 1.92 อาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 33.12 และเด็ก/นักเรียน ร้อยละ 24.71 พบเชื้อ *P.vivax* ร้อยละ 74.51 *P.falciparum* ร้อยละ 16.23 จังหวัดที่พบผู้ป่วยด้วยไข้มาลาเรียสูงที่สุดคือ จังหวัด ยะลา พบผู้ป่วย 7,427 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.59 ของผู้ป่วยทั่วประเทศจังหวัดที่พบผู้ป่วยด้วยไข้มาลาเรียสูงสุด 10 อันดับแรก คือ ตาก นราธิวาส สงขลา อุบลราชธานี แม่ฮ่องสอน กาญจนบุรี ศรีสะเกษ ปัตตานี และเชียงราย รวม 10 จังหวัด ตามลำดับ พบผู้ป่วย 16,878 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.97 ของผู้ป่วยทั่วประเทศ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สถานการณ์โรคมาลาเรียในจังหวัดอุบลราชธานี

ข้อมูลจังหวัดอุบลราชธานี จาก พ.ศ. 2555 ถึง 2559 พบอัตราป่วยในแต่ละปี ดังนี้ 0.20, 0.66, 4.28, 1.87 และ 0.42 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ และปี 2560 ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 0.36 ต่อประชากรพันคน อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคมาลาเรีย 5 อันดับแรกของจังหวัดอุบลราชธานี คือ อำเภอน้ำยืน อำเภอบุณฑริก อำเภอสรินทร อำเภอนาจะหลวย และอำเภอสรีเมืองใหม่ คิดเป็น 0.53 (37 ราย) 0.33 (30 ราย) 0.28 (15 ราย) 0.28 (16 ราย) และ 0.14 (10 ราย) ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรีย

ไข้มาลาเรียจะเกิดขึ้นและแพร่จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้ต้องประกอบด้วย ปัจจัยหลักสามประการ คือ สิ่งที่ทำให้เกิดโรคคือเชื้อมาลาเรีย พื้นที่ที่มีผู้ป่วยมาลาเรียชุกชุมก็มีโอกาสเป็นแหล่งแพร่เชื้อได้ดี สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมลักษณะภูมิประเทศและดินฟ้าอากาศ เนื่องจาก อุณหภูมิและความชื้นมีอิทธิพลต่ออายุของยุงและการเจริญเติบโตของเชื้อมาลาเรียในตัวยุง หากจำนวนยุงที่มีเชื้อมาลาเรียมาก ก็ยังมีโอกาสแพร่เชื้อได้มาก คนที่มีภูมิไวรับประชาชนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จากเขตปลอดการแพร่เชื้อมาลาเรีย การอพยพเคลื่อนย้ายเข้าไปในท้องถิ่นที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรีย ถือเป็นกลุ่มที่มีภูมิไวรับ และหากประชาชนเหล่านี้ไปทำงานหรือประกอบอาชีพในบริเวณป่าเขาที่เปิดโอกาสให้ ยุงก้นปล่องที่มีเชื้อไข้มาลาเรียกัด รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง เช่น การนอนโดยไม่กางมุ้งการไม่ใช้ยาทากันยุง การเกิดโรคมาลาเรียโดยทั่วไปจึงเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลักสามประการ ดังกล่าว โดยมีผู้ป่วยมาลาเรียเป็นแหล่งแพร่เชื้อ ยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะนำโรคไปกัดคนที่ป่วย และนำเชื้อติดมากับตัวยุงเชื้อเจริญเติบโตแล้วแบ่งตัวเต็มที่ หลังจากนั้นยุงนำโรคไปกัดคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน หรือมีความไวในการรับเชื้อทำให้เกิดเป็นโรคได้เมื่อมีโรคเกิดขึ้นจำนวนมากกว่าปกติก็เป็นการระบาดของโรคได้ซึ่งสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ปัจจัยด้านโฮสต์

ในวงชีวิตของเชื้อมาลาเรียต้องการโฮสต์ 2 ชนิด คือ คน และยุงก้นปล่องเพศเมียซึ่งเป็นพาหะนำโรค การติดเชื้อมาลาเรียเริ่มต้นเมื่อยุงที่ติดเชื้อมาลาเรียมากัดคน และปล่อยเชื้อมาลาเรียระยะติดต่อที่เรียกว่า สปอโรซอยต์ (Sporozoite) เข้าสู่กระแสเลือด จากนั้นเชื้อจะเข้าสู่เซลล์ตับ (Hepatocyte) เจริญเติบโตเป็นเซลล์แม่เรียกว่าสคิซอนต์ (Schizont) ซึ่งจะแบ่งตัวแบบไม่อาศัยเพศ (เรียกว่า Hepatic schizogony หรือ Exo-erythrocytic schizogony) เมื่อสคิซอนต์แบ่งตัวเสร็จสิ้นสมบูรณ์จะได้เซลล์ลูกเล็ก ๆ เรียกว่าเมอโรซอยต์ (Merozoite) จำนวนนับพัน หลังจากนั้นเซลล์แม่

และเซลล์ตับจะแตกแล้วปล่อยเซลล์ลูกเข้าสู่กระแสเลือดและเข้าสู่เซลล์เม็ดเลือดแดง โดยเชื้อ พลาสโมเดียมฟัลซิพารัม เข้าสู่เม็ดเลือดแดงทุกอายุขัย (พีรพรรณ ต้นอารีย์, 2557)

ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีโรคมะลาเรียชุกชุมเช่นทวีปแอฟริกาและได้รับเชื้อบ่อย ๆ สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้ในระดับหนึ่ง จนอาจไม่แสดงอาการป่วยแต่สามารถตรวจพบเชื้อได้แต่เมื่อร่างกายอ่อนแอลงก็สามารถป่วยได้เนื่องจากเชื้อจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรียกว่าภาวะ Asymptomatic parasitemia มีการศึกษาพบในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อ พ.ศ. 2523 มากถึงร้อยละ 35.00 และต่อมา พ.ศ. 2534 พบภาวะดังกล่าวลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5 ในจังหวัดบุรีรัมย์ แม่ฮ่องสอน ตาก กาญจนบุรี ยะลา และอุบลราชธานี (สมชาย จงวุฒิเวศย์ และอุษา ทิสยากร, 2549)

ยุงพาหะนำโรคมะลาเรีย

โรคมะลาเรียติดต่อโดยการถูกยุงกัด ยุงพาหะนำโรคโรคมะลาเรียคือยุงก้นปล่องเพศเมีย (*female Anopheles spp.*) ที่เรียกอย่างนี้เนื่องจากเวลาที่ยุงกัดคน มันจะเกาะโดยยกส่วนท้อง (abdomen) ขึ้นทำมุมกับผิวหนัง 45 องศา ในประเทศไทยมียุงก้นปล่องประมาณ 100 ชนิด แต่ที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นยุงพาหะนำโรคมะลาเรียในประเทศไทยมีอย่างน้อย 6 ชนิด ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการแพร่เชื้อขึ้นอยู่กับลักษณะภูมิประเทศ เนื่องจากยุงพาหะมีแหล่งเพาะพันธุ์แตกต่างกัน ยุงก้นปล่องพาหะมีสำคัญได้แก่ (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

Anopheles dirus พบในป่าทึบชอบออกไข่ตามแอ่งน้ำนิ่งซึ่งตามธรรมชาติลักษณะนิสัยชอบกินเลือดคนมาก ไม่ชอบกินเลือดสัตว์อื่นออกหากินตอนกลางคืนถึงเช้ามืด แต่ถ้าป่าทึบมาก ๆ ก็หากินช่วงกลางวันด้วย ยุงชนิดนี้เป็นชนิดที่มีความสามารถในการแพร่เชื้อมาลาเรียมากกว่ายุงพาหะชนิดอื่นในประเทศไทย

An. minimus พบได้มากตามบริเวณชายป่าเชิงเขา ตลอดจนถึงท้องที่ราบที่มีแหล่งน้ำลำธารไหลผ่าน ชอบเพาะพันธุ์ตามลำธารน้ำใสไหลริน มีแสงแดดส่องถึง และอาจพบตามบริเวณบ่อน้ำพุ และน้ำซับน้ำซึมที่ใสสะอาด

An. balabacensis พบได้ในบริเวณเทือกเขา ป่าดงดิบ หรือมีสภาพคล้ายป่า เช่น สวนยาง สวนทุเรียน ชอบเพาะพันธุ์ตามบริเวณแหล่งน้ำซึ่งได้ร่มเงา หรือน้ำขังในรอยเท้าสัตว์ตามบ่อที่คนขุดทิ้งไว้

An. maculatus พบกระจายอยู่ทั่วทุกภาคของประเทศไทย อาศัยตามบริเวณป่าโปร่งและตามเชิงเขา ป่าสวนยางพารา ชอบเพาะพันธุ์ตามบ่อน้ำพุ น้ำซับน้ำซึม ตามบริเวณป่าเชิงเขา นอกจากนี้ยังพบตามแอ่งหินน้ำขัง ตามลำธารมีต้นไม้ปกคลุมริมฝั่งที่มีแสงแดดส่องถึง

An. sundaicus เป็นพาหะปรากฏอยู่ในแถบชายทะเล โดยเฉพาะตามบริเวณฝั่งตะวันออกและฝั่งตะวันตกของอ่าวไทย ตลอดจนถึงเกาะแก่งต่าง ๆ ชอบเพาะพันธุ์ในแหล่งน้ำกร่อยใกล้ทะเล มีแสงแดด ส่องถึงและมีสาหร่ายลอยอยู่ในน้ำ

An. aconitus พบกระจายอยู่ทั่วไปในเกือบทุกภาคของประเทศ โดยเฉพาะในท้องที่ราบ ทุ่งนา และตามบริเวณป่า สวนผลไม้ ชอบเพาะพันธุ์ตามน้ำขังในนาข้าว ร่องสวนหลุมบ่อที่มีน้ำขัง และตามลำธารน้ำไหลสะอาดมีพีชีน้ำขึ้นตามริมลำธาร

ยุงเพศเมียมีปากที่เป็นท่อแหลมสำหรับดูดเลือดจากคนเพื่อเอาโปรตีนไปสร้างไข่ออกมาเหยื่อเวลากลางคืนโดยใช้ปากที่มีลักษณะเป็นท่อเจาะผิวหนังเพื่อดูดกินเลือด กระบวนการนี้ตามปกติจะดำเนินไปโดยเหยื่อไม่รู้ตัว เนื่องจากยุงจะปล่อยน้ำลายออกมาเพื่อทำหน้าที่เป็นยาชา ทำให้คนถูกกัดไม่รู้สึกรู้เจ็บ ซึ่งน้ำลายนี้เองที่มีเชื้อมาลาเรีย ซึ่งยุงได้จากการไปกัดคนที่มีเชื้อระยะติดต่อก่อน (พิรพรรณ ต้นอารีย์, 2557)

สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงได้จำแนกยุงพาหะนำเชื้อโรคมมาลาเรียแยกกลุ่มตามความสำคัญในการเป็นพาหะดังนี้

1. ยุงพาหะหลัก (primary vectors) ประกอบด้วยยุงก้นปล่องชนิดไตรัส (*Anopheles dirus*) ยุงก้นปล่องชนิดมินิมัส (*Anopheles minimus*) และยุงก้นปล่องชนิดแมคคูลาตัส (*Anopheles maculatus*) ยุงในกลุ่มนี้มีบทบาทสูงในการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียในท้องที่ป่าเขา สวนยางและสวนผลไม้ได้แก่ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

1.1 ยุงก้นปล่องชนิดไตรัส (*Anopheles dirus*) เป็นยุงพาหะที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย อาศัยบริเวณป่าทึบ ชอบวางไข่ตามแหล่งน้ำขังที่มีร่มเงา โพรงหิน แอ่งน้ำ มีนิสัยชอบกินเลือดคนและชอบเกาะพักนอกบ้าน เวลากลางวันชอบเกาะพักตามพุ่มไม้ โพรงไม้ที่เงียบสงบ มีดและมีความชื้นสูง ใกล้แหล่งเพาะพันธุ์ เวลาพลบค่ำจะบินเข้าใกล้ที่อยู่อาศัยของคน มักเข้ากัดเวลา 18.00-04.00 น. มีรายงานว่า ในป่าทึบที่มีด ยุงชนิดนี้ออกกัดคนตอนกลางวันได้

1.2 ยุงก้นปล่องชนิดมินิมัส (*Anopheles minimus*) เป็นยุงพาหะที่สำคัญพบได้ทั่วไปทั้งประเทศ มีการกระจายตัวกว้างขวางมาก ในท้องที่ป่าเชิงเขา ชายป่า เิงเขาที่มีการบุกเบิกทำการเกษตร ชอบเพาะพันธุ์ในลำธารน้ำไหลช้า ๆ บริเวณเชิงเขา และแหล่งน้ำขัง ชอบเลือดคน เดิมพบว่ากัดคนและเกาะพักฝ้าบ้านหลังกินเลือด แต่ปัจจุบันพบว่ายุงชนิดนี้กัดคนนอกบ้าน และเข้ากัดตั้งแต่หัวค่ำ โดยหากินเวลา 18.00-22.00 น. สามารถนำเชื้อมาลาเรียได้ทั้งชนิดฟัลซิพารัมและไวแวกซ์

1.3 ยุงก้นปล่องชนิดแมคคูลาตัส (*Anopheles maculatus*) คล้ายคลึงกับยุงก้นปล่องชนิดมินิมัส พบทั่วประเทศ แต่เป็นพาหะสำคัญเฉพาะในภาคใต้ของประเทศไทย เช่น ยะลา สตูล ปัตตานี นราธิวาส และต่อไปถึงชายแดนไทย-มาเลเซีย พบทั่วไปในท้องที่ป่าเขาทั่วประเทศ เพาะพันธุ์ในลำธารน้ำไหลที่มีแสงแดดส่องถึง มีนิสัยชอบกัดสัตว์และชอบกัดคนนอกบ้าน จะเข้ากัดคนมากในช่วงระหว่างเวลา 18.00-21.00 น.

2. ยุงพาหะรอง (secondary vectors) ประกอบด้วยยุงก้นปล่อง 3 ชนิดคือ ยุงก้นปล่องชนิดซันไดคัส (*Anopheles sundaicus*) ยุงก้นปล่องชนิดอโคนิตัส (*Anopheles aconitus*) และ ยุงก้นปล่องชนิดซูโดวิลโมไร (*Anopheles pseudowillmori*) (สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

2.1 ยุงก้นปล่องชนิดซันไดคัส (*Anopheles sundaicus*) เป็นพาหะมาลาเรีย ในท้องที่ชายทะเลและเกาะแก่งทางภาคตะวันออกและภาคใต้ ชอบกัดคนนอกบ้านและเพาะพันธุ์ใน แอ่งหินซึ่งมีน้ำกร่อยตามริมทะเล นาทุ่งที่เล็กใช้ เกาะแก่งต่าง ๆ

2.2 ยุงก้นปล่องชนิดอโคนิตัส (*Anopheles aconitus*) พบได้ทั่วไปในท้องที่ ป่าเขาและที่ราบทุ่งนาทั่วประเทศ เพาะพันธุ์ในลำธารน้ำไหล น้ำซับ น้ำซึม และทุ่งนา มีนิสัยชอบกัด สัตว์และกัดคนนอกบ้าน ชุกชุมสูงในช่วงฤดูฝน

2.3 ยุงก้นปล่องชนิดซูโดวิลโมไร (*Anopheles pseudowillmori*) เป็นยุงที่ พบอยู่ตามบริเวณป่าเขาตอนเหนือของประเทศ ลักษณะนิสัยคล้ายยุงก้นปล่องชนิดมินิมัส

นอกจากนี้แล้ว การที่ยุงชนิดใด ๆ มีความสามารถในการนำหรือแพร่เชื้อได้ หรือไม่นั้น ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความไวต่อเชื้อของยุงแต่ละชนิดที่ไม่เท่ากัน และแม้ยุง ชนิดเดียวกัน ยังอาจมีสายพันธุ์ซึ่งไวต่อการติดเชื้อไม่เท่ากันด้วย อายุขัยของยุงเพราะเชื้อมาลาเรียใช้ เวลาเจริญในตัวยุงอย่างน้อย 10 วัน หากยุงมีอายุยืนยาวกว่านั้นก็จะสามารถเป็นพาหะที่ดี อุบัติภัยใน การดูดเลือดของยุง หากกัดบ่อยและเข้ากัดในคนก็เป็นพาหะที่ดีเช่นกัน และความหนาแน่นของยุง พาหะที่มีมาก เมื่อเทียบกับความหนาแน่นของประชากรคนบริเวณนั้น

ปัจจัยด้านเชื้อโรค

เชื้อมาลาเรียในคนมี 6 ชนิด ได้แก่ ชนิดฟัลซิพารัม (*Plasmodium falciparum*) ไวแวกซ์ (*P.vivax*) มาลารีอี (*P.malariae*) โอวาเลเคอร์ติไซต์ (*P.ovale curtisi*) โอวาเลวอลล์เคอร์ไรต์ (*P.ovale wallikeri*) และโนเลไซ (*P.knowlesi*) ในประเทศไทย เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิดฟัลซิพารัมและ ไวแวกซ์ส่วนน้อยเป็นชนิดมาลารีอีโอวาเล และโนเลไซ พบมากบริเวณป่าเขาชายแดนของประเทศ โดยเฉพาบริเวณชายแดนไทย-พม่า และไทยกัมพูชา จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูง ได้แก่ ตาก ยะลา กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี สงขลา ระนอง ศรีสะเกษ แม่ฮ่องสอน ชุมพรและประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 83.00 ของผู้ป่วยที่พบทั้งประเทศ (สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

แหล่งระบาดของเชื้อมาลาเรียชนิดต่าง ๆ

เชื้อพลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม พบในแถบทวีปแอฟริกา อเมริกาใต้ และเอเชีย แม้จะ พบได้ในเขตนานแต่จำนวนไม่มากนัก

พลาสโมเดียม ไวเว็กซ์ พบได้ทั้งเขตร้อนและเขตอบอุ่น ได้แก่บริเวณแถบลาตินอเมริกา ตุรกี จีน และอินเดียตอนกลาง แต่พบได้น้อยในแถบแอฟริกา โดยเฉพาะแถบแอฟริกาตะวันตก พลาสโมเดียม มอลาริโอ พบได้ทั้งในเขตร้อนและใกล้เขตร้อน โดยเฉพาะในบริเวณทวีปแอฟริกาตะวันออก และประเทศอินเดียทางตะวันตก

พลาสโมเดียม โอวาเล่ พบในพื้นที่ค่อนข้างจำกัด ได้แก่ แถบแอฟริกาตะวันตก ฟิลิปปินส์ แถบตะวันออกของอินโดนีเซีย ปาปัวนิวกินี บังคลาเทศ กัมพูชา อินเดีย ไทย เวียดนาม

พลาสโมเดียม โนโลเซ พบได้ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ ประเทศมาเลเซีย ไทย สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ เวียดนาม เมียนมาร์ และ อินโดนีเซีย ต่อมาใน พ.ศ. 2547 ศ.นพ.ดร.สมชาย จงวุฒิเวศย์ ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ตรวจพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาลาเรียชนิดที่ 5 คือ พลาสโมเดียม โนวไซ (*Plasmodium knowlesi*) เป็นครั้งแรกของประเทศไทย โดยเชื่อกันว่าเป็นเชื้อที่พบในลิงแสม มีลิงกัง ลิงแสมและค่างดำเป็นรังโรค พบมากในพื้นที่จังหวัดตาก จันทบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ยะลา และนราธิวาส ดูจากฟิล์มเลือดเชื่อนี้มีรูปร่างความคล้ายคลึงกับพลาสโมเดียมมาลารีเอ จนไม่สามารถแยกจากกันด้วยการดูรูปร่างจากการดูฟิล์มเลือดได้ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

แหล่งระบาดของเชื้อมาลาเรียในประเทศไทย พบอยู่บริเวณป่าเขาชายแดนของประเทศ โดยเฉพาะบริเวณชายแดนไทยกับพม่า และไทยกับกัมพูชา จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงมาโดยตลอด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน ตาก ตรานท กาญจนบุรี ราชบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ระนอง สระแก้ว และจันทบุรี รวมทั้งตามเกาะแก่งต่าง ๆ เนื่องจากมียุงก้นปล่องบางชนิดชอบวางไข่ในตามแหล่งน้ำกร่อยที่มีแสงแดดส่องถึง พบทางแถบชายทะเล ส่วนในบริเวณตอนกลางของประเทศ พบผู้ป่วยมาลาเรียได้น้อย และไม่พบการติดเชื้อในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล พบผู้ป่วยกระจายทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 10-35 ปี อัตราส่วนของผู้ป่วยเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 2 เท่า พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่จะพบมากในช่วงฤดูฝน (พิรพรรณ ตันอารีย์, 2557)

ยุงเพศเมียมีปากที่เป็นท่อแหลมสำหรับดูดเลือดจากคนเพื่อเอาโปรตีนไปสร้างไข่ออกหาเหยื่อเวลากลางคืนโดยใช้ปากที่มีลักษณะเป็นท่อเจาะผิวหนังเพื่อดูดกินเลือด กระบวนการนี้ตามปกติจะดำเนินไปโดยเหยื่อไม่รู้ตัว เนื่องจากยุงจะปล่อยน้ำลายออกมาเพื่อทำหน้าที่เป็นยาชาทำให้คนถูกกัดไม่รู้สึกรู้จึบซึ่งน้ำลายนี้เองที่มีเชื้อมาลาเรียซึ่งยุงได้จากการไปกัดคนที่มีการติดเชื้อติดต่อก่อน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ภูมิอากาศ มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต และการแพร่ของเชื้อโรคเป็นอย่างมาก แสงแดด อุณหภูมิ ความชื้น กระแสลม ล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับการเจริญของเชื้อโรค ของสัตว์พาหะนำเชื้อ และต่อพฤติกรรมของมนุษย์ที่เอื้ออำนวยต่อการแพร่กระจายของเชื้อและการติดโรค อุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเฉลี่ย 0.74-0.18 องศาเซลเซียสมีผลต่อปัญหาโรคและภัยสุขภาพของมนุษย์โดยเฉพาะโรคเขตร้อนที่มีอยู่เป็นพาหะ ได้แก่การเจริญเติบโตและการฟักตัวของเชื้อ มาลาเรียในยุ้งจะเร็วขึ้นเมื่ออุณหภูมิเพิ่มขึ้นอย่างไรก็ตามอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นประกอบกับมีปริมาณน้ำฝนมากจะเอื้อต่อการเกิดและการแพร่กระจายของโรคมมาลาเรีย (สุพิตรรา ทองรุ่งเกียรติ และคณะ, 2552) ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลโดยตรงต่อจุลชีพก่อโรคหรืออาจส่งผลต่อ พาหะนำโรคและสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรค (Reservoir) ซึ่งสามารถมีผลต่อจุลชีพได้ดังนี้ เช่น แบคทีเรีย เชื้อรา โปรโตซัว สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลต่อการเจริญเพิ่มจำนวนในธรรมชาติหรือช่วงที่ดำรงชีวิตอยู่ในแมลงพาหะและแหล่งรังโรค อุณหภูมิความชื้นของฝนและความชื้นล้วนส่งผลต่อจำนวนและการแพร่กระจายของแมลงพาหะได้โดยพบว่ายุ้งซึ่งเป็นพาหะนำโรคได้หลากหลายมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและอุณหภูมิอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ อาจส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของสัตว์แมลงพาหะนำโรคหรือผลทางอ้อมต่อแหล่งอาหารหรือถิ่นที่อยู่อาศัยของสัตว์นั้นๆ อุณหภูมิโลกที่เพิ่มขึ้นและการเกิดฝนตกชุกทำให้มีสภาวะที่เหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของยุ้งพาหะนำโรคมมาลาเรีย หลังจากเกิดปรากฏการณ์เอลนีโญในประเทศอินเดียและประเทศเคนยามีรายงานว่าพบผู้เสียชีวิตเชื้อมาลาเรียเพิ่มขึ้นประมาณ 5 เท่า และ 6 เท่า ในภายหลังช่วงที่เกิดปรากฏการณ์เอลนีโญตามลำดับ (พรพรรณ สอนเชื้อ, 2560)

2.1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรีย

การป้องกันไม่ให้ถูกยุ้งกัดปล่องกัดเป็นวิธีที่ดีที่สุด กล่าวคือเพื่อเป็นการลดการสัมผัสระหว่างคนและยุ้ง พาหะ ได้แก่ การนอนในมุ้งหรือมุ้งชุบสารเคมี การใช้ยาทาป้องกันยุ้งบริเวณผิวหนังที่อยู่นอกเสื้อผ้า ขณะอยู่นอก มุ้งหรือนอกบ้านในตอนกลางคืน และควรทายาซ้ำทุก ๆ 6 ชั่วโมง นอกจากนี้ควรสวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว ที่ปกปิดร่างกายให้มิดชิด หรือสุมไฟ หรือจุดยากันยุ้งเมื่ออยู่นอกมุ้ง หรือนอกบ้านด้วย (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

2.1.4.1 การป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรีย

แนวทางการควบคุมโรคมมาลาเรียต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค คือ คน เชื้อมาลาเรียและยุ้งพาหะ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ทำให้มีการติดเชื้อมาลาเรีย มาตรการควบคุมโรคจึงได้แก่ มาตรการต่อคน มาตรการต่อเชื้อ และมาตรการต่อยุ้งพาหะ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

1) มาตรการต่อคน

(1) การประชาสัมพันธ์

การประชาสัมพันธ์เป็นการสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน เป็นการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจและสร้างศรัทธา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง เน้นให้มีการป้องกันตนเอง ใช้ช่องทางผ่านสื่อหลากหลาย เช่น สื่อมวลชน วิทยุ โทรทัศน์ เสียงตามสาย เคเบิลทีวี หนังสือพิมพ์หรือสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว หรือโปสเตอร์ เอกสาร และสิ่งพิมพ์ ประชาชนมีโอกาสได้เห็นเป็นประจำ จะนำไปสู่การถ่ายทอดความรู้จากคนหนึ่งไปสู่คนอื่น ๆ ในชุมชน (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(2) การป้องกันตนเอง

เป็นมาตรการที่ดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ป้องกันไข้มาลาเรีย การมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียในชุมชน ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การสุขศึกษา การรณรงค์ การป้องกันตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อไม่ให้ถูกยุงกัด เป็นการลดโอกาสเสี่ยง (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(3) การนอนในมุ้ง

การใช้มุ้งป้องกันการเกิดโรคจากยุงกัดได้มีมาหลายร้อยปีแล้ว มุ้งที่ใช้ควรอยู่ในสภาพดีไม่มีรูขาดและเสียหาย ขนาดของเส้นด้ายที่ทำมุ้งควรมีขนาดประมาณ 1-1.8 มิลลิเมตร และจำนวนของตาข่ายไม่ควรต่ำกว่า 156 รูต่อตารางนิ้ว สำหรับมุ้งขนาดมาตรฐานทั่วไปมีพื้นที่ประมาณ 14 ตารางเมตร (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(4) การสวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายให้มิดชิด

ใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว เป็นต้น เสื้อผ้าควรจะมี ความหนาพอเพียงและควรจะมีหลวมเล็กน้อยไม่กระชับติดร่างกาย สีและวัสดุที่นำมาทำเสื้อผ้าก็มีส่วนในการลดยุงกัดได้ ได้มีการศึกษาในกลุ่มทหารให้สวมเสื้อผ้าอย่างมิดชิด ทำให้ลดการติดโรคที่นำโดยยุงได้ นอกจากนี้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่ม เช่น กลุ่มคนกรีดยางในสวนยางอาจใช้เสื้อคลุมตาข่ายซุบสารเคมี หรือเสื้อกั๊กซุบสารเคมีสวมทับเสื้อผ้าที่ซออยู่ก็จะสามารถลดการถูกยุงกัดได้ระดับหนึ่ง (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(5) การใช้ยาทากันยุงกัด (Mosquito repellent)

ยาทากันยุง หรือยาทาไล่ยุง หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติในการป้องกันไม่ให้ยุงมากัด ส่วนประกอบของยาทากันยุง ได้แก่ Benzyl benzoate, Butylethyl propanediol, DEET (N.N-diethyl - 3 - toluamide), Dibutyl phthalate, Dimethyl carbamate, Dimethyl

phthalate, Ethyl hexanediol, Butopyronoxyl และ 2-chlorodiethyl benzamide ยาหากันยุงนี้ ผลิตภัณฑ์อาจเป็นน้ำ หรือครีม หรือเป็นแท่ง (stick) และต้องมีประสิทธิภาพในการขับไล่ยุงได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง และบางชนิดมีคุณสมบัติป้องกันได้ถึง 15 ชั่วโมง (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(6) การใช้ยาจุดกันยุง (Mosquito coils and sticks)

ยาจุดกันยุง หมายถึง ผลิตภัณฑ์ยากันยุงซึ่งเมื่อใช้จุดไฟแล้วสามารถระเหยสารออกฤทธิ์ขับไล่และฆ่ายุงได้ มีคุณสมบัติในการฆ่ายุงหรือไล่ไม่ให้เข้ามาในบริเวณดังกล่าว ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ซึ่งผลิตออกมาในท้องตลาด เช่น กลุ่มไพเรทรอยด์ สามารถนำมาผสมในยาจุดไล่ยุง และค่อนข้างปลอดภัยต่อมนุษย์ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(7) การใช้ตาข่ายกันยุงกัด หรือ การใช้มุ้งลวด

หมายถึง การใช้ตาข่ายกันยุงกัดทั่วไปในเขตเมือง หรือตามชนบทบางแห่งก็สามารถซื้อหาได้สะดวก ตาข่ายอาจทำด้วยไนลอนหรือโลหะ โดยเฉพาะการทำตาข่ายป้องกันที่ประตูหน้าต่าง ลวดที่ใช้ทำตาข่าย ขนาดของตาข่ายที่เหมาะสม คือ 16-18 รูต่อนิ้วการป้องกันตนเอง (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(8) การกินยาป้องกัน

การกินยาก่อนเข้าแหล่งระบาดของมาลาเรีย ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคมาลาเรียแต่อย่างใด เนื่องจากเชื้อมาลาเรียในประเทศไทยคือต่อยหลายขนาน ทำให้ไม่มียาที่มีประสิทธิภาพสูง มีฤทธิ์ข้างเคียงน้อยและเหมาะสมที่จะใช้เป็นการรับประทานป้องกันมาลาเรียสำหรับประชาชนทั่วไป การกินยาเป็นเพียงแต่กวดอาการไว้เท่านั้น เมื่อหยุดกินยาเชื้อจะออกมาในกระแสเลือดและเกิดอาการของโรคได้อีก ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้กินยาป้องกัน (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(9) การสุขศึกษา

การสุขศึกษา เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีกิจกรรมดำเนินการอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องกระตุ้นให้มีการเรียนรู้และตระหนักถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เพื่อให้ความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจแก่ประชาชนและกลุ่มผู้นำในหมู่บ้านเกี่ยวกับสถานการณ์ไข้มาลาเรีย เช่น ชี้แจงความสำคัญของการพ่นสารเคมี การสุขศึกษาในโรงเรียน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรีย เช่น การเลี้ยงปลา ปล่อยปลา ประกวดเรียงความ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(10) การรณรงค์ป้องกันไข้มาลาเรีย

การรณรงค์ไข้มาลาเรีย จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนพฤษภาคม เป็นการดำเนินการหลายกิจกรรมพร้อมกันเพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจไปสู่ประชาชนให้มองเห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ประชาชนได้เห็น ได้ยิน ได้ฟัง ได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นเตือนประชาชน กลุ่มผู้นำ อาสาสมัครให้ตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน และพร้อมที่จะป้องกันตนเองและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

(11) การมีส่วนร่วมของชุมชน

เป็นการจัดให้มีกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคโดยประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างเต็มที่จนสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด โดยเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้สมเหตุผลทางวิชาการ สังคมยอมรับและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ดำเนินการครอบคลุมประชาชนทุกคนและทุกครัวเรือนในชุมชน ประชาชนจึงควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาไข้มาลาเรียในหมู่บ้านให้ลดน้อยหรือหมดไปจากหมู่บ้าน การส่งเสริมการป้องกันตนเอง และรู้จักใช้มุ้ง ชุบสารเคมี ตลอดจนนำมุ้งและยาทากันไปใช้ในกรณีต้องเข้าไปพักแรมในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการติดไข้มาลาเรีย (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

2) มาตรการต่อเชื้อมาลาเรีย

เป็นมาตรการที่ดำเนินการต่อเชื้อมาลาเรียเฉพาะในผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การบำบัดรักษา ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้หายขาดจากโรค เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อระยะติดต่อไปสู่บุคคลอื่น

(1) การค้นหาผู้ป่วย

เป็นการค้นหาผู้ที่มีเชื้อมาลาเรียในกระแสโลหิตที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ โดยการเจาะโลหิต ตรวจสอบหาเชื้อมาลาเรีย เพื่อค้นหาแหล่งรังโรค ให้การบำบัดรักษาและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตัดวงจรการแพร่โรค และการตรวจโลหิตติดตามสำหรับผู้ที่เคยพบเชื้อมาลาเรีย (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

(1.1) การค้นหาผู้ป่วยทางตรง

เป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดยเจ้าหน้าที่เดินทางเข้าไปเจาะโลหิตในหมู่บ้าน ซึ่งอาจดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ หรือเป็นกิจกรรมเฉพาะกิจเมื่อมีไข้สูงผิดปกติ หรือคาดว่าจะมีไข้สูงผิดปกติ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยวิธีพิเศษ มาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่ การเจาะโลหิตหมู่ การเจาะโลหิตขณะไปสอบประวัติผู้ป่วย (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

(1.2) การค้นหาผู้ป่วยทางอ้อม เป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรับ โดยประชาชนเป็นผู้มารับบริการตรวจรักษาที่สถานบริการต่าง ๆ ในลักษณะเจาะโลหิตตรวจรักษาทันที หรือเจาะโลหิตส่งตรวจและรักษาภายใน 7 วัน เช่น มาลาเรียคลินิก หรือ มาลาเรียคลินิกชุมชน โรงพยาบาล สถานีอนามัย เป็นผู้ให้บริการเจาะโลหิตส่งตรวจเพื่อบำบัดรักษาภายใน 7 วัน (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(2) การติดตามผลการรักษาผู้ป่วย

คือการติดตามเจาะโลหิตผู้ป่วย เพื่อตรวจซ้ำในระยะ 1-3 เดือน เพื่อติดตามผลการรักษาหลังจากผู้ป่วยได้รับยารักษาชั้นหายขาดแล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรายนั้นหายขาดจากโรคมาลาเรีย สำหรับรายที่ตรวจพบเชื้อซ้ำอีก จะได้รับการรักษาซ้ำเพื่อมิให้กลับป่วยขึ้นอีก และไม่ให้แพร่โรคไปสู่ผู้อื่น (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(3) การสอบประวัติผู้ป่วย

การสอบถามผู้ป่วยที่พบเชื้อมาลาเรียทุกรายเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์มรายงาน เพื่อทราบสาเหตุและชนิดของการติดเชื้อ เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมโรคต่อไป

3) มาตรการต่อยุงพาหะ

มาตรการควบคุมยุงพาหะนำไข้มมาลาเรีย มีการควบคุมทั้งยุงพาหะตัวเต็มวัย และลูกน้ำยุงพาหะ โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน 3 ประการ คือ เพื่อลดความหนาแน่นของยุงพาหะ เพื่อลดอายุขัยของยุงพาหะ และเพื่อลดการสัมผัสระหว่างคนและยุงพาหะ กิจกรรมในการควบคุมยุงพาหะพิจารณาตามความเหมาะสมทางด้านระบาดวิทยา กีฏวิทยา ประชากร สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ มีกิจกรรมหลายลักษณะที่ใช้ดำเนินการ ได้แก่ (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(1) การพ่นเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง

เป็นการพ่นเคมีให้มีฤทธิ์ตกค้างบนพื้นผิว อาคาร บ้านเรือน กระท่อมเพิง ที่พักอาศัย เฉพาะพื้นผิวที่ยุงพาหะในพื้นที่ชอบเกาะพัก เป็นมาตรการสำคัญที่ใช้ควบคุมยุงพาหะของห้องที่มีการแพร่เชื้อสูง หรือห้องที่ที่อาจจะเกิดการตายด้วยมาลาเรียได้ โดยพ่นเคมีก่อนฤดูการแพร่เชื้อหนึ่งเดือน และพ่นทันทีสำหรับห้องที่ซึ่งไม่มีการแพร่เชื้อที่พบว่ากลับมีการแพร่เชื้ออีก สารเคมีที่ใช้ คือ เดลตาเมทรินร้อยละ 5 wdp. พ่นบนพื้นผิวภายในอาคารบ้านเรือนให้มีสารออกฤทธิ์ติดพื้นผิวขนาด 20 มิลลิกรัมต่อตารางเมตรปีละ 1 หรือ 2 รอบ (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(2) การใช้มุ้งซุบสารเคมี

มุ้งที่ซุบสารเคมีใช้สำหรับการควบคุมยุงพาหะระยะตัวเต็มวัย มักดำเนินการในกลุ่มบ้านหรือหมู่บ้านที่สำรวจแล้วพบว่ามีการใช้มุ้งร้อยละ 70.00 ของหลังคาเรือนขึ้นไป หรือเป็นห้องที่มีประชาชนใช้มุ้งอัตราส่วนไม่เกิน 3 คนต่อมุ้ง 1 หลัง สารเคมีที่ใช้ซุบมุ้ง คือ เพอร์เมทรินร้อยละ 10 ชนิดน้ำมัน ใช้ซุบมุ้งให้มีสารออกฤทธิ์ขนาด 300 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร ต้องทำให้เสร็จก่อนฤดูกาลแพร่เชื้อไม่เกิน 1 เดือน โดยทำ 1-2 รอบต่อปี (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(3) การพ่นหมอกควัน

เป็นการใช้เครื่องพ่นสารเคมีชนิดเป็นฝอยละอองผ่านความร้อนออกมาเป็นควันเมื่อถูกกับยุงพาหะทำให้ตายทันที ดำเนินการในห้องที่มีการแพร่เชื้อ หรือถ้ามีการพบผู้ป่วยมาลาเรียมากผิดปกติ หรือถ้ามีการระบาดของไข้มาลาเรียในห้องที่ไม่มีการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียแล้ว พ่น 4-6 ครั้ง ทุก ๆ 1 สัปดาห์ พ่นในเวลาที่ยุงพาหะออกหากิน เช่น พลบค่ำ สารเคมีที่ใช้พ่นหมอกควัน คือ สารเคมีกลุ่มไพริทรอยด์ เช่น เดลตาเมทรินร้อยละ 0.50 ชนิดน้ำมัน (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(4) การควบคุมทางชีววิธี

การนำสิ่งมีชีวิตมาใช้ควบคุมยุงพาหะโดยเฉพาะในระยะที่เป็นลูกน้ำ โดยใช้ปลาหางนกยูง ปลาแกมบูเซีย และปลาหัวตะกั่ว ปล่อยในแหล่งน้ำที่พบหรือสงสัยว่าจะมีการเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ (ยกเว้นแหล่งน้ำของยุง An.dirus ซึ่งมักค้นหาไม่พบ) และปล่อยในฤดูกาล ที่มีแหล่งน้ำเหมาะสมซึ่งปลาสามารถมีชีวิตอยู่ และขยายพันธุ์ได้ และปล่อยซ้ำที่เดิมแห่งละ 3-4 ครั้ง ๆ ละประมาณ 100-200 ตัว ทุก ๆ 1 เดือน (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(5) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Environmental management)

การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมยุงพาหะมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันมิให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะ หรือลดปริมาณของยุงพาหะลงซึ่งจะมีผลถึงการลดการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ลงด้วย มีแบบเปลี่ยนแปลงที่ถาวร ได้แก่ การระบายน้ำ การกลบถมแหล่งเพาะพันธุ์ การปรับสภาพและระดับผิวดิน และการเปลี่ยนแปลงชั่วคราว เช่น การเปลี่ยนความเป็นกรดต่างของน้ำการระบายน้ำ การปรับระดับน้ำ การผันกระแสน้ำ เป็นต้น (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

(6) การใช้สารฆ่าลูกน้ำ

เป็นการใช้สารเคมีหรือใช้จุลินทรีย์บางชนิด ใส่ในแหล่งน้ำแล้วสามารถฆ่าลูกน้ำในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะได้ สารเคมีต้องไม่เป็นอันตรายต่อคนหรือสัตว์น้ำ ปัจจุบันสารเคมีที่ใช้ควบคุมลูกน้ำยุงพาหะคือ ทีมีฟอส (Temephos) หรืออะเบท (Abate) ใช้ในขนาด 1 ส่วนต่อน้ำ

หนึ่งล้านส่วน (1 ppm=part per million) ดำเนินการในแหล่งน้ำแห่งละ 4-6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ และควรทำในช่วงก่อนมีการแพร่เชื้อสูง หรือมีผู้ป่วยเกิดขึ้นมาก ปัจจุบันนี้มีพื้นที่ที่เหมาะสมในการเลือกใช้วิธีนี้น้อยมาก (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ที่จะสามารถดำเนินการให้สำเร็จได้นั้น ต้องเข้าใจ แนวคิดของการระบาดของโรคมาลาเรีย ซึ่งบริบทแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน รูปแบบการดำเนินการจึงต่างกัน และการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัดเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่การที่จะป้องกันการระบาดของโรคมาลาเรียได้ ต้องใช้มาตรการต่าง ๆ เข้ามาช่วยเสริมความเข้มแข็ง มี 3 มาตรการคือ 1) มาตรการต่อคน เช่น การให้สุขศึกษา การให้คำแนะนำในการป้องกันตนเอง การใช้ยาทากันยุง การนอนในมุ้ง เป็นต้น 2) มาตรการต่อเชื้อ เช่น การค้นหาผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม การติดตามผลการรักษา การสอบสวนโรค เป็นต้น และ 3) มาตรการต่อยุง เช่น การพ่นสารเคมีชนิดตกค้าง การใช้มุ้งชุบน้ำยาเคมี การพ่นหมอกควัน ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาเพื่อเป็นการลดการสัมผัสระหว่างคน ยุงพาหะ และเชื้อมาลาเรีย ดังนั้น พื้นที่ของตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาพัฒนารูปแบบของระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย เพื่อให้เกิดความสำเร็จ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลแก่ประชาชน

2.2 แนวคิดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค

นิยามของการเฝ้าระวัง

องค์การอนามัยโลก (1978) ได้ให้คำจำกัดความของการเฝ้าระวังเป็นกระบวนการพินิจพิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ของการเกิดและการกระจายของโรคหรือปัญหาสุขภาพการเฝ้าระวังมีความสำคัญ และจำเป็นต่อการควบคุม และป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรวบรวม วิเคราะห์ แปลผลข้อมูล และเผยแพร่ข้อมูลสู่การปฏิบัติ (ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และวิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, 2549)

หมายความว่า การเฝ้าระวังคือ การติดตาม การสังเกต พินิจพิจารณา ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิด การกระจายของโรค หรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้ง ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์แปลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ใช้ ประโยชน์ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรค อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2557)

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้ให้คำนิยามของการเฝ้าระวังทางสาธารณสุข หมายถึง กระบวนการจัดเก็บ วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูล ทางสาธารณสุขที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีระบบรวมถึงการนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปเผยแพร่และใช้ให้เกิดประโยชน์ ในด้านการวางแผน การจัดการมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข รวมไปถึงการประเมินผลมาตรการ อย่างทันท่วงที

ในทางระบาดวิทยาการเฝ้าระวัง หมายถึง การติดตามสังเกตพินิจพิจารณาลักษณะการเปลี่ยนแปลง ของการเกิด การกระจายของโรค และเหตุการณ์หรือปัญหาสาธารณสุข รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการที่เป็นระบบและมีขั้นตอน อันประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ แปลผล และกระจายข้อมูลไปสู่ผู้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลเหล่านั้น เพื่อประกอบการวางแผน โครงการ การปฏิบัติงาน ตลอดจนการกำหนดนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ (วันชัย อาจเขียนและคณะ, 2558) ซึ่งในทางระบาดวิทยาได้จำแนกลักษณะของการดำเนินงานของการเฝ้าระวัง ออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillances) เป็นการค้นหา เชิงรุกเพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้ข้อมูลการเกิดโรคมามากขึ้น เป็นการดำเนินงานโดยการลงพื้นที่เพื่อรวบรวม ข้อมูล ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นระบบที่ทำควบคู่ไปกับการเฝ้าระวังในรูปแบบปกติ และ 2) การเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillances) เป็นการเฝ้าระวังที่ทำเป็นประจำ โดยกำหนดให้ผู้บริการในสถานบริการสาธารณสุข เมื่อพบโรคหรือปัญหาที่อยู่ในข่ายการเฝ้าระวัง เป็นการตั้งรับในสถานบริการ (คำนวนณ อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2557)

ระบบการเฝ้าระวังโรคแต่ละระบบได้ถูกออกแบบมาเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไปซึ่งวัตถุประสงค์จำเพาะของระบบการเฝ้าระวังโรค ได้แก่ (คำนวนณ อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2557)

1. เพื่อให้สามารถระบุการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว เช่น การเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ เพื่อให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดนกให้หวั่นใหญ่และโรคติดต่อทางเดินหายใจได้อย่างรวดเร็ว จะช่วยให้สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคให้จำกัดอยู่ภายในบริเวณแคบ ๆ ได้
2. เพื่อประเมินผลมาตรการควบคุมและป้องกันโรค เช่น การเฝ้าระวังโรคโปลิโอ (Poliomyelitis) เพื่อติดตามดูว่าอัตราการป่วยลดลงหลังจากการรณรงค์ทำวัคซีนในระดับประเทศ การเฝ้าระวังระดับภูมิคุ้มกันที่สามารรถต้านทานต่อการสัมผัสเชื้อได้หรือไม่ เป็นการยืนยันว่า มาตรการควบคุมโรคโดยการใช้วัคซีนได้ผลดีเพียงใด
3. เพื่อระบุโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เช่น การค้นพบโรคเอดส์ซึ่งเริ่มต้นจากการเฝ้าระวังการจ่ายยารักษาโรคติดเชื้อราในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือการค้นพบโรคไข้สมองอักเสบจากเชื้อ West Nile virus หรือเชื้อ Nipah virus ที่เป็นโรคใหม่ และในกรณีของโรคที่มีอัตราการเกิด

โรคค่อนข้างคงที่ การเฝ้าระวังชนิดของเชื้อโรค อาจช่วยระบุการอุบัติซ้ำของเชื้อที่เคยรักษาได้ด้วยยาก่อนหน้านี้ เช่น การเฝ้าระวังชนิดของเชื้อมาลาเรียจะทำให้ทราบว่าเชื้อชนิดใดที่กำลังระบาด

4. เพื่อทำนายแนวโน้มการเกิดโรคในอนาคต ทั้งนี้แนวโน้มการเกิดโรคหมายถึงจำนวนผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะโรคที่ผู้ป่วยมีอาการป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เช่น โรคเอดส์หรือวัณโรค

5. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของมาตรการควบคุมและป้องกันโรค เช่น การเฝ้าระวังการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ทราบว่า การติดตามให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบมีความสำคัญพอ ๆ กับการให้ผู้ป่วยได้รับยา เนื่องจากอัตราการหายจากโรคเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีการติดตามให้ผู้ป่วยรับประทานยาจนครบ

6. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคเป็นฐานข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective) ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคได้ ทั้งการศึกษาโรคที่เกิดในปัจจุบัน (Cohort study) และโรคที่สงสัยว่ามีมาตั้งแต่ในอดีต (Retrospective cohort study) ข้อมูลในลักษณะนี้สามารถใช้คำนวณความเสี่ยงของการเกิดโรคในประชากรกลุ่มต่างๆ ได้ด้วย

7. เพื่อยืนยันการปลอดโรคตามข้อกำหนดของทั้งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (World Organization for Animal Health หรือ Office International des Epizooties: OIE) นั้น การประกาศเขตปลอดโรคในประเทศใดหรือบริเวณใดจะต้องมีการเฝ้าระวังโรค เพื่อพิสูจน์ว่าไม่มีการเกิดโรคในบริเวณนั้นจริง นอกจากนี้สำหรับโรคระบาดสัตว์ เช่น โรคปากและเท้าเปื่อย จะต้องทำการเฝ้าระวังระดับภูมิคุ้มกันของสัตว์ที่ไม่ได้รับวัคซีนเพื่อพิสูจน์ว่าไม่มีการสัมผัสเชื้อจากสิ่งแวดล้อมหรือจากสัตว์ตัวอื่นอีกด้วย

2.2.1 ประเภทของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

ธนรักษ์ พลิพัฒน์ (2557) ได้แยกประเภทของการเฝ้าระวังดังนี้

1. การเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive surveillance) เป็นวิธีการนิยมใช้กันมากที่สุด วิธีการเฝ้าระวังชนิดนี้ ผู้ที่ต้องการข้อมูลจะเป็นผู้ดำเนินการออกแบบระบบร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เมื่อมีการพัฒนาระบบเรียบร้อยแล้วก็จะปล่อยให้เกิดการดำเนินการไปตามปกติ ไม่เร่งรัดหรือแทรกแซงกลไกหรือวิธีการใด ๆ ที่จะทำให้การรายงานมีความครบถ้วนและสมบูรณ์ เป็นรายงานประจำ เช่น ระบบเฝ้าระวังด้วยบัตรรายงานผู้ป่วย รง. 506

2. การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance) เป็นระบบเฝ้าระวังมุ่งเน้นให้ระบบสามารถตรวจจับโรค เหตุการณ์ที่ผิดปกติ เป็นการค้นหาเชิงรุก เพิ่มโอกาสที่จะได้ข้อมูลการเกิดโรค ระบบจะต้องรายงานเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นทุกราย ใช้ทรัพยากรที่มีต้นทุนสูงและจำนวนมาก ไม่นำมาใช้

ในภาวะปกติ มักจะนำมาใช้เมื่อเกิดโรคใหม่ ๆ หรือโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เช่น ในระยะที่มีการระบาดของอหิวาตกโรค การเฝ้าระวังโรคซาร์ โรคไข้หวัดนก เน้นการค้นหาผู้ป่วยโดยเร็ว

3. การเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่ (Sentinel Surveillance) การใช้ชนิดกลุ่มตัวอย่างที่จะเฝ้าระวังเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ต้องการสะท้อนปัญหา เช่น HIV serosurveillance

4. การเฝ้าระวังเฉพาะเหตุการณ์ (Special Surveillance) การจัดทำมีระบบเฝ้าระวังที่รวดเร็ว มีความน่าเชื่อถือมีรายละเอียดและความจำเพาะ เช่น การเฝ้าระวังพิเศษในภาวะภัยพิบัติ โดยตั้งระบบเฝ้าระวังโรคหลังเกิดสึนามิที่ภาคใต้ หรืออุทกภัยประโยชน์ ประโยชน์ของข้อมูลของข้อมูลเฝ้า ระวัง

5. การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance) การเฝ้าระวังเหตุการณ์ หมายถึง การรับแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติอย่างรวดเร็ว โดย มีการจัดการที่เป็นระบบเพื่อให้ได้ข่าวสาร ข้อมูลการเกิดโรค และภัยสุขภาพ จากแหล่งข่าวชนิดต่าง ๆ ทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ มีการตอบสนองที่รวดเร็ว ระบบเฝ้าระวังนี้จะช่วยเสริมประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรค ในระบบปกติที่เป็น Case-based surveillance เช่น รง. 506

ในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรียให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วยทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดบุคลากรทางสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายต้องมีความรู้ทางด้านระบาดวิทยาและควบคุมโรคโดยเฉพาะ ผู้ปฏิบัติงานสามารถที่จะประยุกต์ใช้กลวิธีทางระบาดวิทยา เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการทำงานให้สำเร็จได้ มีการแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ เช่น โรคคอตีบ ระบาดที่ภาคอีสานใน พ.ศ. 2555 ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ค.ศ. 2012 (MERS - CoV) โรคไข้หวัดนกที่ระบาดที่ประเทศจีน ใน พ.ศ. 2556 โรคมมาลาเรียระบาด ใน พ.ศ. 2557-2558 เป็นต้น สามารถประยุกต์ใช้กรอบของการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ทางระบาดวิทยาได้ เพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อประชาชน (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์และคณะ, 2557)

2.2.2 โรคหรือปัญหาทางสุขภาพสามารถป้องกันและควบคุมได้

ค่านวน อึ้งชูศักดิ์ กล่าวว่า โดยหลักวิชาการเราสามารถที่จะกำหนดมาตรการที่จะนำมาป้องกันและบรรเทาปัญหาของโรคภัยไข้เจ็บในแต่ละบุคคลได้โดยแบ่งเป็น 4 ระดับง่าย ๆ ดังนี้

1) Primordial prevention หรือการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เช่น การส่งเสริมให้ประชาชนหมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนัก ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพื่อจะได้ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือด ในภาษาทางระบาดเรารู้ว่าเป็น การป้องกันโดยการลดความเสี่ยง (Risk reduction)

2) Primary prevention ได้แก่การใช้มาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บหรือการป่วย ในนิยามทางระบาดวิทยาคือการลดการป่วยรายใหม่ (Incidence reduction) ซึ่งมาตรการในระดับนี้ คือ

(1) มาตรการป้องกันเฉพาะโรค (Specific Health Protection) เช่น การส่งเสริมให้ใส่หมวกกันน็อคขณะขับจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดเวลาขับรถ การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค

(2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคหัด

(3) การทานยาป้องกันล่วงหน้า (Prophylaxis) การให้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันมิให้ลูกติดเชื้อเอชไอวีจากแม่

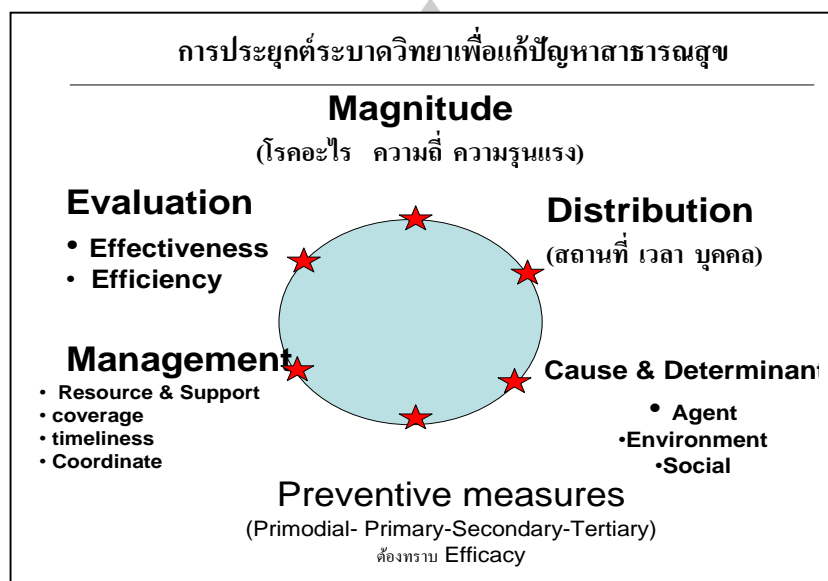
3) Secondary prevention คือ การใช้มาตรการในคนที่ป่วยแล้วเพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต จุดมุ่งหมายอยู่ที่การค้นหาผู้ป่วยและตรวจให้พบในระยะแรก ๆ เพื่อจะได้รับให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและให้การรักษจะได้ชะลอการป่วยออกไป หรือไม่ให้ป่วยมาก หรือลดระยะเวลาการป่วย หรือลดการเสียชีวิต คือการลดความชุกของการป่วย (Prevalence reduction) เช่น การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และให้การดูแลที่เหมาะสม จะทำให้ควบคุมระดับความดันได้ดี ไม่เกิดความเสียหายต่ออวัยวะต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก

4) Tertiary prevention ในกรณีที่ป่วยจนเกิดความพิการและการสูญเสียคุณภาพชีวิต ก็จะใช้มาตรการเพื่อฟื้นฟู (Rehabilitation) ให้มีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงของเดิม เช่น การใช้กายอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมถึงการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ การดูแลรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดชนิดฉีดในบางประเทศก็ใช้มาตรการให้สาร Methadone ทดแทนตลอดทุกวันแทน ทางระบาดวิทยาอาจเรียกว่าเป็นการลดความพิการ (Disability reduction)

การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในทุกระดับ แต่ในบรรดาการป้องกันมิให้เกิดโรคในแต่ละปัจเจกบุคคลทั้ง 4 ระดับนั้น การลงทุนทำ Primordial และ Primary prevention จะได้ประโยชน์มากที่สุด แต่เป็นที่น่าเสียดายเนื่องจากการป้องกันในสองระดับนี้ยังทำกันน้อย เราจึงมีผู้ป่วยจำนวนมาก เลยต้องไปคลุกอยู่กับการทำ Secondary หรือ Tertiary prevention ซึ่งได้แก่การรักษาพยาบาลต่าง ๆ เป็นการลงทุนสูงและการแก้ไขปัญหาก็ปลายเหตุ แต่ไม่ทำก็ไม่ได้ ดังนั้นระบบสุขภาพที่ดีจึงต้องทำทั้งหมด แต่ต้องพยายามทำการป้องกันให้มากขึ้นเรื่อย ๆ (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2557)

2.2.2.2 การประยุกต์ระบาดวิทยาเพื่อการควบคุมโรค (Disease Control) และการแก้ปัญหาทางสาธารณสุขอื่น ๆ

การประยุกต์ใช้แนวคิดการป้องกันทั้ง 4 ระดับเข้ากับโรคใดโรคหนึ่งหรือกลุ่มโรคอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในกลุ่มประชากรหรือชุมชนแทนที่จะเป็นปัจเจกบุคคล เราเรียกการดำเนินงานแบบนี้ว่า การควบคุมโรค (Disease Control) ดังนั้น การควบคุมโรคจะครอบคลุมการป้องกันโรคด้วย เป็นการดำเนินงานตั้งแต่ลดความเสี่ยงในชุมชน ลดการแพร่ระบาด ลดอัตราป่วย อัตราตาย และความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคมจากโรคใดโรคหนึ่ง (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์และคณะ, 2557)



ที่มา : คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ (2549)

ภาพประกอบ 4 วงจรการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ความรู้และเครื่องมือทางระบาดวิทยา

การควบคุมโรคใด ๆ ต้องตอบคำถามที่สำคัญอย่างน้อย 6 ข้อ ดังนี้ Magnitude หรือขนาดของปัญหา เพื่อให้ทราบว่า ณ ขณะใดขณะหนึ่งขนาดของปัญหาของโรคนั้น ๆ ใหญ่โตเพียงใด ดูจากความถี่และความรุนแรงของโรค โดยใช้วิธีการวัดความถี่และความรุนแรงของโรคอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่วนใหญ่จะวัดเป็นอัตราต่อพันหรือต่อประชากรแสนคน และวัดเป็นรายใหม่ (Incidence) หรือทุกรายไม่สนใจว่าเก่าหรือไม่ (Prevalence) การทราบขนาดปัญหาจะสามารถทำให้ไปเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ เพื่อจัดลำดับความสำคัญ (Prioritization) ในกรณีที่มีข้อจำกัดทางด้านทรัพยากร

1. Distribution จำเป็นต้องทราบแบบแผนการกระจายของโรคว่าเกิดมากกับใคร ที่ไหน เมื่อไร เพื่อนำมาตรการควบคุมโรคไปใช้ให้เหมาะกับเวลา สถานที่ บุคคล
2. Cause and Determinant จำเป็นต้องทราบว่าอะไรคือสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค เพื่อคิดค้นมาตรการป้องกันควบคุมโรคตั้งแต่ที่ต้นน้ำจนถึงปลายทาง

3. Preventive measures ต้องทบทวนว่ามีมาตรการในการป้องกันในระดับไหนบ้าง และประสิทธิผลหรือความสามารถของมาตรการนั้นในการลดการติดเชื้อหรือการป่วยลงไปทางการทดลองหรือทดสอบ (Efficacy) เป็นอย่างไร หากนำมาใช้จริงน่าจะมีประสิทธิภาพจริงเท่าใด

4. Disease Control Program คือระบบการนำมาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสมลงดำเนินการให้ครอบคลุมในกลุ่มชุมชนหรือกลุ่มประชากรเป้าหมายอย่างรวดเร็วทันเวลา มีประสิทธิภาพ ควรจะต้องบริหารจัดการอย่างไร

5. Program Evaluation คือการติดตามประเมินผลว่าผลการดำเนินงานได้ผลหรือไม่ ซึ่งหากได้ผลจริง ขนาดปัญหาจะลดลงไปเรื่อย ๆ หากไม่ได้ผลก็จะได้มีการปรับเปลี่ยน

เราสามารถผูกโยงความสัมพันธ์ของคำถามทั้ง 6 ข้อดังกล่าวในรูปที่ 4 แต่ในการตอบคำถามทั้ง 6 นักระบาดวิทยาจำเป็นต้องมีเครื่องมือ (Tools) หรืออาวุธประจำกายประจำหน่วย 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย

1. การเฝ้าระวัง (Surveillance) เพื่อให้ทราบสถานการณ์ แนวโน้ม และแบบแผนการเกิดโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โรคจากการบาดเจ็บ หน้าที่การเฝ้าระวังก็เหมือนหน่วยข่าวกรองที่ต้องหาข่าวติดตามความเคลื่อนไหวของข้าศึกตลอดเวลา ให้อู่วางแผนทำอะไร

2. การสอบสวนโรค (Investigation) เพื่อให้ทราบสาเหตุของการเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยงหรือกลไกการเกิดแพรระบาด นักระบาดวิทยาที่ทำหน้าที่สอบสวนโรคก็เหมือนนักสืบที่คลี่คลายปมปริศนาคดีฆาตกรรมหรือการก่อการร้ายต่าง ๆ เพื่อจับตัวผู้ก่อการร้ายและทำลายเครือข่ายกระบวนกร ตลอดจนอุดจุดอ่อนของระบบป้องกันควบคุมโรคที่ใช้อยู่

3. การศึกษาทางระบาดวิทยา (Review and Research) เพื่อค้นหามาตรการที่เหมาะสม สำหรับการควบคุมโรค หรือทำความเข้าใจในเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนขึ้น บทบาทหน้าที่นี้ก็เหมือนกับนักวิจัยแต่มักจะเป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาคสนาม เช่นการทดสอบประสิทธิภาพของมาตรการต่าง ๆ (Field Trial) (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์และคณะ, 2557)

โดยหลักวิชาการเราสามารถที่จะกำหนดมาตรการที่จะนำมาป้องกันและบรรเทาปัญหาของโรคภัยไข้เจ็บในแต่ละบุคคลได้โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 1) Primordial prevention หรือการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) 2) Primary prevention ได้แก่การใช้มาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บหรือการป่วยประกอบด้วย มาตรการป้องกันเฉพาะโรค การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การทานยาป้องกันล่วงหน้า 3) Secondary prevention คือการลดความชุกของการป่วย และ 4) Tertiary prevention คือการใช้มาตรการเพื่อฟื้นฟู (Rehabilitation) ให้มีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงของเดิม ดังนั้น เมื่อเราทราบปัญหาเรื่องการระบาดของโรคมาลาเรียแล้ว ซึ่งต้องใช้องค์ความรู้ที่

เฉพาะด้าน ในการจัดการกับปัญหานี้ เราสามารถประยุกต์แนวคิดทางระบาดวิทยาในการป้องกันโรค มาลาเรียในพื้นที่ของตำบลห้วยข่า อำเภอบุญพิทักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) (District Health Board: DHB) ซึ่งควรมีมาจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ไม่ควรมี จำนวนที่มากเกินไปเพื่อความคล่องตัวในการดำเนินการร่วมกันในรูปของคณะกรรมการฯ และควรมี จำนวนมากพอ เพื่อครอบคลุมความเป็นตัวแทนขององค์ประกอบต่าง ๆ ได้ครบถ้วน

ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญของคณะกรรมการฯ จากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ควรประกอบด้วย (เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1. ภาครัฐ

ตัวแทนของภาครัฐจากส่วนกลาง ให้ความสำคัญกับภาคส่วนทางด้านมหาดไทย สุขภาพพัฒนาสังคม การศึกษา และเกษตร ที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอ แนวโน้มของพัฒนาการเป็น คณะกรรมการโดยตำแหน่งซึ่งควรมีอย่างน้อย 3 ตำแหน่ง ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ (วาระของการเป็นคณะกรรมการตามการดำรงตำแหน่งทาง ราชการ) ตัวของภาครัฐจากส่วนท้องถิ่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้านที่อยู่ใน เขตพื้นที่อำเภอ (วาระของการเป็นคณะกรรมการตามการดำรงตำแหน่งทางราชการ)

2. ภาคเอกชน

ตัวแทนนักธุรกิจ ให้ความสำคัญกับนักธุรกิจทั่วไปที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอ เป็น คณะกรรมการผ่านการสรรหา (คัดเลือก) วาระของการเป็นคณะกรรมการ มีการกำหนดวาระเช่น 4 ปี หรือ เท่ากับระยะเวลาของวาระของการดำรงตำแหน่งทางการเมืองของการเมืองในระดับท้องถิ่น ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพทางสุขภาพในภาคเอกชน เช่นเจ้าของกิจการหรือ ผู้ให้บริการของ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านขายยา หรือสถานบริการที่ให้บริการทางด้านสุขภาพที่อยู่ในเขต พื้นที่อำเภอ

3. ภาคประชาชน

ตัวแทนประชาชนทั่วไป ให้ความสำคัญกับประชาชนทั่วไปในเขตพื้นที่อำเภอใน ความหมายของการเป็น “ผู้นำโดยธรรมชาติ” ที่ไม่จำเป็นต้องเป็นนักการเมือง “ปราชญ์ชาวบ้าน” “ผู้นำทางศาสนา” ตัวแทนชมรมหรือองค์กรภาคประชาสังคม เป็นคณะกรรมการผ่านการสรรหา (คัดเลือก) วาระของการเป็นคณะกรรมการ มีการกำหนดวาระเช่น 4 ปี หรือ เท่ากับระยะเวลาของ วาระของการดำรงตำแหน่งทางการเมืองของการเมืองในระดับท้องถิ่น

บทบาทหน้าที่

บทบาทของ พชอ. ในการทำหน้าที่ “กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม” เพื่อให้ “การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน” “คนภายในอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมสำคัญ เพื่อสุขภาวะ ของประชาชนทุกคนภายในอำเภอ โดยแบ่งได้เป็น 4 ประการ ดังนี้

1. กระตุ้นในภาพรวม การรับรู้และประเมินสภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะคุกคาม และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและสุขภาวะ วางแผน ดำเนินการ ขับเคลื่อน ให้ความสำคัญกับศักยภาพของรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วม เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะคุกคามทางสุขภาพ เพื่อสุขภาวะของประชาชน ตามพลวัตรในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอหรือพื้นที่

2. เติมส่วนขาด ในส่วนที่ยังไม่สามารถครอบคลุมตามความจำเป็นทางสุขภาพของพื้นที่อำเภอจากทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรหรือสนับสนุนจากส่วนกลาง

3. สร้างการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบสุขภาพอำเภอทั้งจากภาครัฐภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยทำให้การเชื่อมโยงระหว่างแพทย์ ทีมแนวราบ แนวตั้ง และภาคีเครือข่าย (Matrix Teams/Links/Networks) สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนได้อย่างเป็นระบบทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน

4. ติดตามและให้ความสำคัญกับสถานะและความอยู่รอดทางการเงินในภาพรวมของ พชอ. รับรู้สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิ ในชุมชน ทีมผู้ให้บริการ ให้การดูแลที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของทีมแนวราบ แนวตั้งและภาค

ทั้งนี้การทำหน้าที่ “กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของ DHB” ควรดำเนินการด้วยกรรมวิธีมีแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวมแผนปฏิบัติการกระบวนการควบคุม กำกับ ประเมิน สถานการณ์และการประเมินผลอย่างไรก็ตามในการทำให้ระบบสุขภาพอำเภอมีคุณลักษณะที่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ จากระบบที่มี “โรงพยาบาลเป็นฐานและโรคเป็นศูนย์กลาง” สู่ระบบที่มี “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” และทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” เพื่อ “สุขภาวะของประชาชนทุกคนในอำเภอ DHB ควรทำหน้าที่ได้ครบทั้ง 4 ประการ

การใช้แนวคิดของการทำงานรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) มีคุณลักษณะของการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักยภาพของรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาวะของประชาชนทุกคน พชอ.เป็นแนวคิดที่สามารถนำมาเป็นรูปแบบในการดำเนินการในพื้นที่ตำบลห้วยข่า เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้มองเห็นปัญหา คือ โรคมาลาเรีย ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ของพื้นที่ และประชาชนสามารถร่วมมือกัน เป็นผู้ขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาภาวะคุกคามของโรคมาลาเรียกับสุขภาพของตนเองนั้น คณะกรรมการที่ถูก

จัดตั้งขึ้นมานั้น อันประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ประชาชน อสม. นายกองค้การบริหารส่วนตำบล และ อาสาสมัครมาลาเรีย ในพื้นที่ ซึ่งเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ย่อมต้องรู้บริบทของพื้นที่ตนเองเป็นอย่างดี และสามารถที่จะวางแผน กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาโรคมาลาเรีย โดยการพัฒนาระบบ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก ซึ่งเป็นของประชาชน ในพื้นที่ของตนเอง โดยใช้แนวคิด พชอ. อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อชุมชนอย่างยั่งยืน

2.4 แนวคิดการดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT)

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) เป็นกลไกสำคัญในการรับมือกับโรคและภัยคุกคามที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชาชน พ.ศ. 2548 เริ่มมีการจัดตั้งทีม SRRT ระดับอำเภอ จังหวัด เขต และส่วนกลาง จำนวน 1,030 ทีม และใน พ.ศ. 2554 กรมควบคุมโรคได้กำหนดให้มีระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์สำหรับ SRRT เครือข่ายระดับตำบล จำนวน 2,775 ทีม และขยายผลเต็มพื้นที่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ภารกิจสำคัญของทีม SRRT คือ การป้องกันควบคุมโรค เน้นการเฝ้าระวัง หยุดหรือจำกัดการแพร่ระบาดและสอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation, IHR 2005) และนโยบายอำเภอควบคุมโรค เข้มแข็งแบบยั่งยืน (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2555)

ความหมายของทีม (SRRT)

SRRT (Surveillance and Rapid Response Team) คือ ทีมงานเชิงระบาดวิทยาที่ต้อง Surveillance คือ ทีมเฝ้าระวังว่าเริ่มมีสัญญาณของปัญหาหรือไม่ การเฝ้าระวังนี้ต้องมีเครือข่ายของทีมที่กว้างขวาง ต้องเป็นทีมที่ประกอบด้วยทุกคนในองค์กรซึ่งอาจต้องสร้างเครือข่ายไปยังหน่วยบริการข้างเคียง หน่วยบริการที่ต่ำกว่า และหน่วยบริการที่เหนือกว่า รวมถึงเครือข่ายอื่น ๆ ทีมงานจะต้องถูกฝึกให้เป็นคนที่รับรู้ต่อสัญญาณแม้จะมีเพียงเล็กน้อยก็ตาม อาจไม่ Specificity สูง แต่ต้อง Sensitivity สูง

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เป็นทีมปฏิบัติการประจำหน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศตั้งแต่ระดับอำเภอจนถึงส่วนกลาง มีทุกระดับมีภารกิจเดียวกัน คือการเฝ้าระวังและตอบสนอง (response) ต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (public health emergency) แต่ละระดับต่างกันด้วยบทบาทและขอบเขตของงาน (บุญมา อุยาสงค์, 2557)

การบังคับบัญชาของหน่วยงานต่างสังกัด แต่ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย ประสานงาน และส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทีม SRRT แต่ละทีมมีความชำนาญต่างกัน อันเนื่องจากประสบการณ์ที่มีต่อปัญหาในพื้นที่ไม่เหมือนกัน การจัดการความรู้ (knowledge management: KM) จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างทีม SRRT รวมถึงช่วยเพิ่มศักยภาพในการตอบสนองต่อปัญหาภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ศรัญญา ดวงสิงห์ชัย, 2557)

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) หมายถึง ทีมที่มีภารกิจในการตอบสนองเหตุการณ์เน้นการเฝ้าระวังโรคเพื่อหยุด หรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็วแต่ไม่ได้มีภารกิจในการควบคุมโรคจนเสร็จสมบูรณ์ ทั้งนี้ไม่ได้มีภารกิจในการกักตัว รักษาพยาบาล บรรเทาทุกข์ หรือฟื้นฟูสภาพทั้งกายใจและสิ่งแวดล้อมแต่ให้ข้อเสนอแนะประสานและปฏิบัติงานร่วมกับทีมหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่เฉพาะได้ (บุญมา อุยาสงค์, 2557)

ดังนั้น ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) หมายถึง ทีมงานทางสาธารณสุขที่มีภารกิจในการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็ว รุนแรงตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency) สอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ทันการณ์ ทันเวลา ควบคุมโรคเร็ว เพื่อหยุดยั้งหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคหรือภัยสุขภาพ ไม่ให้ขยายวง และแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคตลอดจนร่วมมือกันในการเฝ้าระวังตรวจจับการระบาด

1. ชีตความสามารถของทีม SRRT

หน่วยงานทุกแห่งที่มีพื้นที่รับผิดชอบในการป้องกันควบคุมโรค ต้องมีทีม SRRT ประจำตั้งแต่ระดับอำเภอ, จังหวัด, เขต (ทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรค) และประเทศหรือส่วนกลาง (ทีมกรมควบคุมโรค) รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งขีดความสามารถของทีมเป็น 3 ระดับ (ศรัญญา ดวงสิงห์ชัย, 2557) คือ

1.1 ความสามารถทางระบาดวิทยาพื้นฐาน เป็นพื้นฐานของทีมทุกทีมที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจหลักการทางระบาดวิทยา สามารถทำการเฝ้าระวังโรคและสอบสวนโรคเบื้องต้นได้

1.2 ความสามารถในการเฝ้าระวังสอบสวนโรครายที่ได้มาตรฐาน เป็นความสามารถในการจัดการปัญหาโรครายที่พบบ่อยในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น อาหารเป็นพิษ อหิวาตกโรค ไข้เลือดออก มาลาเรีย ซึ่งกำหนดให้ทีมระดับอำเภอและจังหวัดมีขีดความสามารถขั้นต่ำระดับนี้ โดยทีมระดับจังหวัดอาจเพิ่มความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ และสนับสนุนทีมระดับอำเภอ

1.3 ความสามารถในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่รุนแรง เป็นความสามารถในการตอบสนองต่อโรครายที่ยังยากซับซ้อน รุนแรงหรือแปลกใหม่ เช่น โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อารุชชีวะภาพ สารเคมีรั่วจากโรงงานอุตสาหกรรม วิทยาศาสตร์ ฯ กำหนดให้ทีมระดับเขตและ

ส่วนกลางมีขีดความสามารถระดับนี้ โดยทีมระดับเขตเป็นทีมด้านหน้าของกรมควบคุมโรคที่ประจำในพื้นที่ กรณีที่ต้องใช้ทีมที่มีความเชี่ยวชาญสูงจากส่วนกลาง ทีมระดับเขตต้องสามารถดำเนินงานบางส่วนล่วงหน้าได้ทันที

องค์ประกอบทีม SRRT ควรมีสมาชิกขั้นต่ำสุด 4 คน ประกอบด้วย บุคลากร 3 ส่วน (ศรัณญา ดวงสิงห์ชัย, 2557) คือ

1. หัวหน้าทีมหรือผู้บริหารทีม เป็นผู้นำทีมออกปฏิบัติงานในพื้นที่ หรืออำนวยความสะดวกให้ทีมออกปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น
2. แกนหลักของทีม (Core group) เป็นกลุ่มบุคลากรที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังโรคในยามปกติ และเมื่อมีการระบาดของโรค จะเป็นแกนหลักในการระดมทีมออกปฏิบัติงานได้รวดเร็วทันที
3. ผู้ร่วมทีมเป็นกลุ่มบุคลากรที่ยามปกติมีหน้าที่ภารกิจของตนเอง เช่น แพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักวิชาการด้านควบคุมโรค นักวิชาการด้านสุขาภิบาล นักวิชาการด้านสุขศึกษา ฯลฯ การปฏิบัติงานของทีม SRRT บางครั้งจำเป็นต้องร่วมกับทีมของหน่วยงานอื่น หรือภาคเอกชน สนธิกำลังเป็นทีมขนาดใหญ่ ภายใต้การอำนวยความสะดวกของผู้บัญชาการเหตุการณ์ที่แต่งตั้งขึ้นเฉพาะกรณี

บทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาล หัวหน้าที่หัวหน้าทีม

1. ตรวจสอบและวิเคราะห์ข่าวเหตุการณ์
2. รับและส่งข่าวกับทีมระดับอำเภอ
3. ร่วมสอบสวนโรคในฐานะสมาชิกทีม SRRT ระดับอำเภอ

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่

1. ประสานงานกับ อสม. ทั้งตำบลในการหาข่าวเหตุการณ์
2. ดำเนินการเบื้องต้นเพื่อควบคุมการระบาดของโรค
3. สนับสนุนการสอบสวนโรคของทีม SRRT ระดับอำเภอ

บุคลากรท้องถิ่นจาก อบต.หรือเทศบาล ทำหน้าที่

1. เฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติที่มีผู้แจ้งต่อ อบต.หรือเทศบาล
2. ประสานงาน อบต. หรือเทศบาล เพื่อสนับสนุนกำลังคน วัสดุอุปกรณ์

ยานพาหนะ และงบประมาณในการปฏิบัติงาน

บุคลากรอื่น ทำหน้าที่ช่วยกันเฝ้าระวังเหตุการณ์และประสานสนับสนุนการสอบสวนควบคุมโรค (นิภาพรรณ สฤกษ์คือภีร์รักษ์ และคณะ, 2555)

วัตถุประสงค์การอบรมระดับตำบลหรือพื้นที่

1. เข้าใจหลักการเฝ้าระวังเหตุการณ์และทำงานกับเครือข่ายในระดับตำบลเพื่อ
แจ้งข่าวเหตุการณ์ผิดปกติ
2. รู้จักชนิดของเหตุการณ์ผิดปกติทางด้านสาธารณสุข
3. สามารถตรวจสอบข่าวเบื้องต้นที่ได้รับแจ้งจากแหล่งข่าวและดำเนินการ
ตอบสนองได้เหมาะสม

4. มีทักษะการทำงานจริงในการป้องกันและควบคุมโรค
เป้าหมายของการพัฒนาเครือข่าย SRRT ตำบล 3 ร.

1. รู้เร็ว (ตรวจสอบ)
2. รายงานเร็ว (แจ้งข่าว)
3. ควบคุมเร็ว (จำกัดการระบาด)

หลักพื้นฐานการพัฒนา SRRT

ระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนระดับอำเภอและสร้างความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังป้องกัน
โรค การบูรณาการระดับอำเภอและพื้นที่ เข้มแข็งการเฝ้าระวังป้องกันโรค เป็นบทบาทภารกิจ
ด้านสาธารณสุขและด้านสังคมของพื้นที่ สอดคล้องกับการกระจายอำนาจ และการปรับโครงสร้างการ
ทำงานระดับพื้นที่ของ DHB (นิภาพรรณ สฤชคือภิรักษ์ และคณะ, 2555) ดังนี้

1. ทีม SRRT ระดับพื้นที่ตำบลเป็นส่วนหนึ่งของทีมบูรณาการระดับอำเภอ เกิด
ความเข้มแข็งของทีมเฝ้าระวังป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ และภาคีเครือข่าย
ในพื้นที่ ประชาชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน เทศบาล เทศบาลเมือง มีภารกิจการเฝ้าระวัง
ป้องกันโรค ภัยสุขภาพ ด้านสาธารณสุขและด้านสังคม เป็นผู้บริหารจัดการ ทีมท้องถิ่นเข้มแข็ง ทีม
เฝ้าระวังป้องกันโรคและ SRRT ระดับพื้นที่ต้องมีศักยภาพหลักด้านการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเชิง
เหตุการณ์เน้น Event Based Surveillance และการรายงานโรคเพื่อการประสานการควบคุมโรค
รวดเร็ว โดยมี SRRT ระดับอำเภอและ SRRT ระดับจังหวัดเป็นพี่เลี้ยงด้านการสอบสวนโรค และงาน
วิชาการ

2. SRRT ระดับอำเภอและ SRRT ระดับจังหวัด มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและ
ผู้สนับสนุนด้านการสอบสวนป้องกัน ควบคุมโรคทั้งในด้านวิชาการและทรัพยากร ตามความจำเป็น
และมีมาตรฐานตามหลักการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ของแนวทางการพัฒนามาตรฐานกฎ
อนามัยสากล International Health Regulation

เหตุการณ์ผิดปกติที่ต้องแจ้งข่าว (นิภาพรรณ สฤชคือภิรักษ์ และคณะ, 2555)

1. ผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน มีหลายรายพร้อม ๆ กัน
2. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ

3. ผู้ป่วยเป็นโรคที่มีความสำคัญตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เช่น ไข้เลือดออก มาลาเรีย อหิวาตกโรค ไข้หวัดนก เมอร์ ซาร์ เป็นต้น

4. เหตุการณ์ผิดปกติในสัตว์และสิ่งแวดล้อม

บุคคลที่สามารถแจ้งข่าวประกอบด้วย (นิภาพรรณ สฤกษ์คือภักษ์ และคณะ, 2555)

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
3. เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ครอบครัวผู้ป่วย หรือผู้ป่วยเอง
4. ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกในชุมชน ครูอนามัย พนักงานบริษัท ทหาร ตำรวจ อื่น ๆ
5. ผู้สื่อข่าวในพื้นที่ ผู้ดำเนินรายการวิทยุชุมชน
6. อาสาสมัครอื่น ๆ เช่น อาสาสมัครปศุสัตว์อาสาชุมชน
7. คลินิกเอกชน ร้านขายยา เจ้าของคลินิก
8. ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย กลุ่มเยาวชน กลุ่มสตรี พระ

ระบบข้อมูลข่าวสารทางระบาดวิทยาที่ดี

มีการมอบหมายให้มีบุคลากรรับผิดชอบเรื่องการเฝ้าระวังโรคและบุคคลดังกล่าว ผ่านการอบรมเบื้องต้นตามที่จังหวัดกำหนด มีรายงานการเกิดโรคที่สำคัญของพื้นที่และของประเทศ จากโรงพยาบาลต่าง ๆ และ รพ.สต. ครบถ้วน ทันเวลา ใช้เทคโนโลยี/คอมพิวเตอร์หรือที่เหมาะสมกับพื้นที่ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลและมีการนำเสนอข้อมูลให้คณะกรรมการสม่าเสมอ ตรวจสอบ เหตุการณ์ความผิดปกติที่ต้องดำเนินการสอบสวนหรือควบคุมโรค (นิภาพรรณ สฤกษ์คือภักษ์ และคณะ, 2555)

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว SRRT ระดับพื้นที่หรือตำบล (นิภาพรรณ สฤกษ์คือภักษ์ และคณะ, 2555)

1. ทีม SRRT ระดับพื้นที่หรือตำบลครบ ทุก ๆ รพ.สต.
2. หัวหน้าทีม SRRT ระดับระดับพื้นที่หรือตำบล ผ่านการฝึกอบรมเบื้องต้น
3. มีงบประมาณ ยานพาหนะและสิ่งสนับสนุน สำหรับการปฏิบัติการ ในและนอกเวลาราชการ ที่เพียงพอ
4. SRRT มีการตรวจสอบ/แจ้งเหตุสงสัยการระบาด
5. มีการวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
6. มีเป้าหมายและแผนปฏิบัติการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และปัญหาสาธารณสุขตามนโยบายอย่างน้อยอย่างละหนึ่งโรค
7. มีปฏิทินปฏิบัติการรณรงค์ร่วมมือกับท้องถิ่นและภาคประชาชนในการควบคุมป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพตามความเป็นจริง

8. มีแผนปฏิบัติการและซ่อมรับเหตุฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระดับตำบล
อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

9. มีผลการประเมินหรือทบทวนการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาเพื่อปรับแผนการ
ดำเนินงานปีถัดไป

สรุป ดังนั้นทีม SRRT จึงเป็นทีมงานประจำ 48 หน่วยงานที่มีพื้นที่รับผิดชอบในการเฝ้า
ระวัง การป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด มีภารกิจในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อ
การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การปฏิบัติงานของทีม SRRT จะต้องใช้
องค์ความรู้เฉพาะด้านทางระบาดวิทยา ที่เป็นองค์ความรู้ทางระบาดวิทยาของโรคและภัยสุขภาพเฉพาะ
โรคหรือภัยนั้น ๆ และความรู้ด้านหรือขั้นตอนหรือวิธีการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคขอบเขตของ
ความรู้ที่ใช้ส่วนหนึ่งเป็นความรู้ที่เป็นทฤษฎี และหลักการทั่วไป อีกส่วนหนึ่งเป็นความรู้และเทคนิค
เฉพาะพื้นที่ ที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ขณะปฏิบัติงาน การจัดการความรู้จึงเป็นเครื่องมือ
สำคัญที่จะทำ 48 ให้เกิดการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้จากสมาชิกทีม SRRT และทีม SRRT ใน
พื้นที่ซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานในการเฝ้าระวังโรคติดต่อ ซึ่งโรคมาลาเรียก็เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตาม
พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ดังนั้น หากทีม SRRT ในระดับพื้นที่ มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ
ในด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรคจะสามารถ นำองค์ความรู้และประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ในการ
เฝ้าระวังและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้อย่าง
มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล ทั้งในด้าน ความครบถ้วน สมบูรณ์ ทันเวลา ทันเหตุการณ์

2.5 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 132 ตอนที่
86 ก เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2558 ซึ่งจะมีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วัน
ประกาศในราชกิจจานุเบกษา (6 มีนาคม 2559) มีทั้งหมด 9 หมวด 60 มาตรา พระราชบัญญัติ
โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งด้านกฎหมายในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค
ซึ่งกลไกการดำเนินงานมีทั้ง ระดับประเทศ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่

บทนิยามที่สำคัญ

“โรคติดต่อ” หมายความว่า โรคที่เกิดจากเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อโรค ซึ่งสามารถแพร่
โดยทางตรงหรือทางอ้อมมาสู่คน

“โรคติดต่ออันตราย” หมายความว่า โรคติดต่อที่มีความรุนแรงสูงและ สามารถแพร่ไปสู่
ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว

“โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง” หมายความว่า โรคติดต่อที่ต้องมีการติดตาม ตรวจสอบ หรือจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

“โรคระบาด” หมายความว่า โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุของ การเกิดโรคแน่ชัด ซึ่งอาจแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง หรือมีภาวะ ของการเกิดโรคมามากผิดปกติกว่าที่เคย เป็นมา

โครงสร้างคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ
2. คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร
3. คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด มีไม่น้อยกว่า 18 คน ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการ จังหวัด เป็นประธาน ปลัดจังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด ปศุสัตว์จังหวัด หัวหน้าสำนักงานป้องกันและ บรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่รับผิดชอบในเขตจังหวัด และ นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง นายกเทศมนตรี และนายกองค้การ บริหารส่วนตำบล อย่างละ 1 คน เป็นกรรมการจากหน่วยงานด้านส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ อย่างละ 2 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็น กรรมการและเลขานุการ ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรค จำนวนไม่เกิน 2 คนเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ *องค์ประกอบของคณะกรรมการ แต่ละชุดกรรมการนั้น ขออธิบายเฉพาะคณะกรรมการ โรคติดต่อจังหวัดด้วยเป็นคณะกรรมการที่ ขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับพื้นที่

4. หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ
5. คณะทำงานประจำช่องทางเข้าออก
6. คณะกรรมการด้านวิชาการ ในส่วนของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และ กรุงเทพมหานคร ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดโดยความ เห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครโดยความเห็นชอบของ คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร แล้วแต่ กรณี ต้องดำเนินการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ขึ้นในทุกอำเภอหรือเขตอย่างน้อยหนึ่ง หน่วย เพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวนโรค ป้องกันและควบคุม โรคติดต่ออันตรายหรือโรค ระบาด ซึ่งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่ออย่างน้อยต้องประกอบด้วยบุคคลดังนี้

1. เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 1 คน
2. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และการสาธารณสุข จำนวน 2 คน และหรือ
3. เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานภาคเอกชนตามที่ผู้ว่าราชการ

เห็นสมควร

การเฝ้าระวังโรคติดต่อ กรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังหรือโรคระบาด ตามนิยามกฎหมายเกิดขึ้น ให้บุคคลดังต่อไปนี้แจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เจ้าบ้านหรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาลในกรณีที่พบผู้ที่เป็น หรือ มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อดังกล่าวเกิดขึ้นในบ้าน ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล ในกรณีที่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อดังกล่าวเกิดขึ้นในสถานพยาบาล ผู้ทำการชันสูตรหรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร ในกรณีที่ได้มีการชันสูตรทางการแพทย์ หรือทางการแพทย์ตรวจพบว่ามีเชื้ออันเป็นเหตุของโรคติดต่อดังกล่าว เจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการหรือสถานที่อื่นใด ในกรณีที่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุ อันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อดังกล่าวเกิดขึ้นในสถานทีนั้น

การป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อ เมื่อเกิดโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดหรือมีเหตุสงสัยว่าได้เกิดโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด ในเขตพื้นที่ใดให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่นั้นมีอำนาจที่จะดำเนินการเองหรือออกคำสั่งเป็น หนังสือให้ผู้ใดดำเนินการ (ศูนย์กฎหมายกรมควบคุมโรค, 2558) ดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด หรือผู้ที่เป็นผู้สัมผัสโรค หรือพาหะ มารับการตรวจหรือรักษา หรือรับการชันสูตรทางการแพทย์ และเพื่อความปลอดภัยอาจดำเนินการ โดยการแยกกัก กันกัน หรือคุมไว้สังเกต ณ สถานที่ซึ่งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนด จนกว่าจะได้รับ การตรวจและชันสูตรทางการแพทย์ว่าพ้นระยะติดต่อของโรคหรือสิ้นสุดเหตุอันสงสัย

2. ให้ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะติดโรคได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามวัน เวลา สถานที่ ซึ่งเจ้าพนักงาน โรคติดต่อกำหนด เพื่อมิให้โรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดแพร่ออกไป

3. ให้นำศพหรือซากสัตว์ซึ่งตายหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าตายด้วยโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดไป รับการตรวจ หรือจัดการทางแพทย์

4. ให้เจ้าของ ผู้ครอบครอง หรือผู้พักอาศัยในบ้าน โรงเรือน สถานที่ หรือพาหนะที่มีโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาดเกิดขึ้น กำจัดความติดโรคหรือทำลายสิ่งใด ๆ ที่มีเชื้อโรคติดต่อหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่ามีเชื้อ โรคติดต่อ หรือแก้ไขปรับปรุงการสุขาภิบาลให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อการควบคุมและป้องกันการแพร่โรค

5. ห้ามผู้ใดเข้าไป หรือออกจากที่เอกเทศ เว้นแต่ ได้รับอนุญาตจาก เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

6. เข้าไปในบ้าน โรงเรือน สถานที่ หรือพาหนะที่มีหรือสงสัยว่ามีโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด เกิดขึ้นเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมมิให้มีการแพร่ของโรค กรณีที่มีเหตุจำเป็นเร่งด่วนเพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ของโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด ผู้ว่าราชการจังหวัดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร มีอำนาจในพื้นที่ความรับผิดชอบของตน

7. สั่งปิดตลาด สถานที่ประกอบหรือจำหน่ายอาหาร สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเครื่องดื่ม โรงงาน สถานที่ชุมนุมชน โรงมหรสพ สถานศึกษา หรือสถานที่อื่นใดไว้เป็นการชั่วคราว

8. สั่งให้ผู้ที่เป็หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดหยุดการประกอบอาชีพเป็นการชั่วคราว

9. สั่งห้ามผู้ที่เป็หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดเข้าไปในสถานที่ชุมนุมชน โรงมหรสพ สถานศึกษา หรือสถานที่อื่นใด เว้นแต่ได้รับอนุญาตจาก เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

อำนาจของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

1. มีหนังสือเรียกบุคคลใด ๆ มาให้ถ้อยคำหรือแจ้งข้อเท็จจริงหรือทำคำชี้แจงเป็นหนังสือ หรือให้ส่งเอกสาร หรือหลักฐานใดเพื่อตรวจสอบหรือเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา

2. เข้าไปในพาหนะ อาคาร หรือสถานที่ใด ๆ ในเวลาระหว่างพระอาทิตย์ขึ้นและพระอาทิตย์ตกหรือในเวลาทำการของอาคารหรือสถานที่นั้น เพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ และหากยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จในเวลาดังกล่าวให้สามารถดำเนินการต่อไปได้จนกว่าจะแล้วเสร็จ (ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค, 2558)

โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. 2559

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 และมาตรา 6 (1) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยคำแนะนำของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้โรคติดต่อดังต่อไปนี้เป็โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังโดยมี ชื่อและอาการสำคัญ ดังนี้

(6) ไข้มาลาเรีย (Malaria) มีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ร่างกายอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปวดท้อง อาเจียน ท้องร่วง และตับและม้ามโต ตาเหลือง หรือร่างกายซีด กรณีที่มีอาการรุนแรงการทำงานของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ จะสูญเสียหน้าที่ไป เช่น หมดสติ น้ำท่วมปอด หรือไตวาย ประกาศ ณ วันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ลงนาม (ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค, 2559)

สรุป พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งด้านกฎหมายในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ซึ่งกลไกการดำเนินงานมีทั้ง ระดับประเทศ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ ได้กำหนดโรคที่ต้องให้ความสำคัญทางสาธารณสุข คือ “โรคติดต่อ” “โรคติดต่ออันตราย” “โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง” “โรคระบาด” และกำหนดบทบาทของคณะกรรมการโรคติดต่อตามพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ยังได้กำหนดบทลงโทษของผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายนี้ด้วย จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในการปฏิบัติการเพื่อควบคุมโรคติดต่อซึ่งโรคมาลาเรียก็เป็นโรคติดต่อตามประกาศโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. 2559 ข้อ 1 วรรค (6) ผู้ปฏิบัติงานในการควบคุมโรคมีย่านหน้าที่ที่จะเข้าปฏิบัติงาน ในการเข้าควบคุม และป้องกันการระบาดของโรคมาลาเรียอีกด้วย ดังนั้น การใช้ประโยชน์จากพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จึงจะทำให้การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ในพื้นที่ตำบลห้วยขา อำเภอบุญทวี จังหวัดอุบลราชธานี ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล

2.6 แนวคิดและความสำคัญของกระบวนการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ความหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบของวิธีการศึกษาค้นคว้าแบบสะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานและในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2557) วิธีของการปฏิบัติการณ์นั้นจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อมีความร่วมมือของกลุ่มบุคคลที่จะพินิจพิจารณาการกระทำของตนเองและกลุ่มในการที่จะใช้การวิจัยเพื่อพัฒนาและเป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ในการปฏิบัติโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะช่วยให้ในการจัดหาแนวทางการทำงานที่เชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการ ปฏิบัติให้สามารถดำเนินควบคู่กันไปอย่างอาศัยประโยชน์ซึ่งกันและกันได้ทำให้เกิดกระบวนการทัศน์ใหม่ของการวิจัยและปฏิบัติ คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ ตลอดมาจากรความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าว สามารถสรุปลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ดังนี้ (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2557) ผู้วิจัย คือ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน สิ่งที่การวิจัย คือ ปฏิบัติการ ในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ การพัฒนาและค้นคว้าแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นการพัฒนาวิชาชีพ วิธีการวิจัยคือกระบวนการค้นคว้าข้อความรู้ที่มีขั้นตอน หลักสำคัญคือการศึกษาและการปฏิบัติโดยมีลักษณะสำคัญคือ

1. การสะท้อนผลกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของตนเองและผลที่เกิดขึ้น

2. การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องกับการปฏิบัติงานเพื่อร่วมงานที่มีส่วนในการวิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติงานและผลที่ได้รับ

3. กระบวนการที่มีการดำเนินงานเป็นวงจรต่อเนื่องและทำเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน

4. ผลที่ได้จากการวิจัยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติงานรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (สุวิมล ว่องวานิช, 2544) ได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการพบว่าการจัดประเภทของรูปแบบการทาวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

2.6.1 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

2.6.1.1 การวิจัยแบบทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยอย่างเคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย หรือนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจนและมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่แยกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2.6.1.2 การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่มีอีกรูปแบบการวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยแบบเป็นทางการ มุ่งเน้นตอบคำถามการวิจัยมากกว่า อีกรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้ บางครั้งพบว่าการรายงานเพียง 1-2 หน้า

2.6.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988: 169-170 อ้างถึงใน ชยุต ชำนาญเนา, 2557) รูปแบบมีดังนี้

2.6.2.1 การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของการปฏิบัติงานโดยอาศัยบุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วยในการวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลัก โดยผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิดวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัย มาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกส่วนใหญ่ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุมข้อค้นพบ ที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2.6.2.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) เป็นการวิจัย ที่มีนักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิผลการทำงานแล้วยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้

ปฏิบัติ สะท้อนและวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง ดังนั้นผู้ปฏิบัติจึงมีโอกาสเรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนในการนำเสนอความคิดเห็นในประเด็นปัญหาการวิจัยที่มาจากการปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

2.6.2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) เป็น การวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของ การวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบที่ 1 และแบบที่ 2 คือ นอกจากพัฒนาประสิทธิภาพ การทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ต้องการให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานในองค์กรให้ดีขึ้น ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่า เทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่ 2 เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนา ความสามารถ ด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติและนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์และพันธนาการ ทางความคิดเดิม จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิด ของการทำงานจาก ผู้ปฏิบัติถูกครอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรกมา เป็นแบบที่สองคือร่วมกันทำงาน (Cooperation) และรูปแบบที่สามซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิด การพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติการมากกว่าแบบอื่น ๆ

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยแบบเข้าไปมีส่วนร่วมและร่วมมือกันเป็นหมู่ คณะ เกิดจากกลุ่มที่มีความคิดเห็นร่วมกัน อธิบายส่วนที่ตนสนใจเกี่ยวข้อง สืบหาสิ่งที่คนอื่นคิดและ หาทางแก้ไข อภิปรายและช่วยกันตัดสินใจความเป็นไปได้ ในรูปโครงการของกลุ่มที่จะดำเนินการ ต่อไปนั้น มีอะไรบ้าง กำหนดแนวคิดร่วมกัน ดำเนินงานร่วมกัน วางแผนใหม่อย่างมีวิจารณ์ญาณ โดยอาศัยความเข้าใจและเหตุการณ์ในอดีตเป็นแนวทาง ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมี กระบวนการดำเนินการในลักษณะของการหมุนรอบตัวเป็นขั้น ๆ แบบเกลียวสว่านซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) อย่างรอบคอบเป็นระบบนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ เรียกว่า วงจร PAOR (สุวิมล ว่องวานิช, 2544)

ในวงจรการปฏิบัติงานโดยทั่วไปนั้นอาจจะไม่ปฏิบัติเช่นนี้เสมอไป แต่จะมีส่วน ต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นในระดับหนึ่ง ซึ่งในการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วย การวางแผน การ ปฏิบัติการการสังเกต การสะท้อนผล อย่างรอบคอบเป็นระบบและเข้มงวดกวดขันในการดำเนินงาน มากกว่าการปฏิบัติงานประจำวัน โดยนาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่หมุนไปในกระบวนการ เหล่านี้มาใช้เป็นเสมือนแหล่งให้เกิดการปรับปรุงและแหล่งความรู้ที่นักวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะต้องดำเนิน

กิจกรรมทั้งสิ้นนี้ด้วยความร่วมมือกันระหว่างกลุ่มตลอดกิจกรรมของการวิจัย โดยพิจารณาจุดสำคัญ ดังนี้ (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2557)

แผน คือ การปฏิบัติที่มีโครงสร้าง แนวทางปฏิบัติที่มีความคาดหวังในอนาคต ชำงหน้า โดยเหตุการณ์ทางสังคมนั้นไม่สามารถจะทำหรือกำหนดล่วงหน้าได้ และมีความเสี่ยงต่อความไม่แน่นอน มีความยืดหยุ่น เพื่อที่จะสามารถปรับให้เข้ากับเปลี่ยนแปลงและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ กิจกรรมหรือการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแผนจะต้องมี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรก จะต้องพิจารณาเกี่ยวกับความเสี่ยงอันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในสภาพจริง เช่นเกี่ยวกับสภาพของสิ่งต่างๆ และการเมือง ลักษณะที่สอง คือ กิจกรรมที่ถูกเลือกมา กำหนดในแผนจะต้องได้รับเลือกมาเนื่องจากกิจกรรมนั้นสามารถปฏิบัติได้ดีกว่ากิจกรรมอื่นๆ สามารถลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้และช่วยให้เกิดพลังในการปฏิบัติที่เหมาะสมกว่าและมีประสิทธิภาพสูงกว่าการปฏิบัติ (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2557)

การปฏิบัติ ตามความหมายที่ตั้งไว้ ณ ที่นี้เป็นสิ่งที่ละเอียด ใจและภายใต้การควบคุมเป็นการปฏิบัติงานจากแนวคิดหลากหลายอย่างไตร่ตรองและรอบคอบ และมีหลักฐานที่ได้รับ การวิจารณ์ และใช้การปฏิบัตินี้เป็นงานของการพัฒนาการปฏิบัติในขั้นต่อไป มีจุดปรารถนาเชิง การศึกษาอย่างละเอียดถี่ถ้วน การดำเนินตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้ย่อมมีเหตุผลและมีการควบคุม อย่างสมบูรณ์ แต่การปฏิบัติจากแนวทางที่ได้วางไว้นี้มีโอกาสของการเสี่ยงอยู่ด้วย เนื่องจากเป็นสิ่งที่ จะต้องสามารถแก้ไขได้ มีความยืดหยุ่นและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง การให้ข้อมูลจากกิจกรรมต้อง ต่อเนื่องและนำมาใช้ในกิจกรรมต่อไป แต่การทำงานที่ผ่านมาไม่จำเป็นต้องนำมาเป็นแนวทางสำหรับ ปัจจุบันเสมอไป การปรับปรุง เจริญต่อตรงและการประนีประนอมกันเป็นสิ่งจำเป็น แต่เป็นการ ประนีประนอมที่มีอยู่ในบริบทยุทธศาสตร์ การปฏิบัติที่มีการรายงานอย่างวิจารณ์กันภายหลัง อยู่บน พื้นฐานของผลที่ได้ในการปฏิบัติขั้นที่แล้วมา (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2557)

การสังเกต ลักษณะอาการอย่างหนึ่งที่นักวิจัยปฏิบัติการ แตกต่างไปจากงานวิจัย แบบอื่น คือการปฏิบัติงานมุ่งมั่นที่จะรวบรวมหลักฐาน ข้ออ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำของตน ทำหน้าที่ บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ได้จากเหตุการณ์ในปัจจุบัน การสังเกตอย่างรอบคอบและระมัดระวังเป็นสิ่ง ที่จำเป็นเนื่องจากการปฏิบัตินั้นจะมีข้อจำกัดจากการบีบบังคับของสภาพความเป็นจริง และข้อขัดข้อง ทั้งหมดเหล่านี้จะไม่เคยชัดเจนและบอกให้รู้ล่วงหน้าได้เลย จึงต้องมีการวางแผนจนกระทั่งได้ข้อมูล ต้องเปิดกว้าง มองหลายแง่มุมในหลายๆ ด้าน ผู้สังเกตจะต้องมีความไวในการจัดภาพหรือ เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น ต้องมีความยืดหยุ่นที่จะจัดเก็บข้อมูลลักษณะที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ด้วย ต้องรายงานผลการสังเกตอย่างครบถ้วนด้วย ต้องสังเกตกระบวนการปฏิบัติและผลของ การปฏิบัติ สังเกตการณ์และข้อขัดข้องการปฏิบัติ สังเกตวิธีการที่มีอิทธิพลหรือผลที่เกี่ยวข้อง และ ปัญหาอื่นที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินงาน สะท้อนภาพการกระทำที่สำคัญ

ฉายภาพสลับในสัมฤทธิ์ผลของการสะท้อนภาพการดำเนินงาน ข้อมูลจากการสังเกต จะช่วยให้เกิดการปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยเกิดความเข้าใจอย่างยิ่งขึ้น มีการปฏิบัติงานที่มียุทธศาสตร์และหลักฐาน รายงานที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามเนื้อหาสาระของการสังเกตจะเป็นเรื่องการรายงานผลการปฏิบัติงาน (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2557)

การสะท้อน การสะท้อนทำให้หวนคิดถึงการกระทำที่ได้บันทึกไว้จากการสังเกต เก็บข้อมูลแต่เป็นการกระทำที่ยังกระจัดกระเิง ซึ่งสะท้อนออกมาในรูปของกระบวนการปัญหาข้อขัดแย้งและแรงบีบบังคับที่ปรากฏในการปฏิบัติที่มียุทธศาสตร์ การสะท้อนเป็นลักษณะของความ เป็นไปได้ของสถานการณ์ทางสังคมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการกระทำที่ปฏิบัติลงไป โดยใช้การอภิปราย ร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงาน โดยวิธีนี้จะช่วยให้ได้ภาพสะท้อนของกลุ่มที่จะนำไปสู่การปรับสถานการณ์ การปรับปรุงโครงการ การสะท้อนภาพจะมีลักษณะเป็นการประเมินอย่างหนึ่ง เป็นสิ่งที่ประสงค หรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติต่อไป การสะท้อนข้อมูลจะช่วยให้การวางแผนการดำเนินงาน ในขั้นต่อไป สำหรับกลุ่มและแต่ละบุคคลในโครงการในการที่จะยอมรับจุดมุ่งหมายของการดำเนินการ ของกลุ่ม (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2557)

ประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการวิจัยที่เชื่อมช่องว่างทฤษฎีการ วิจัยและปฏิบัติการ ในกระบวนการตั้งแต่การกำหนดปัญหาการวิจัย การประสานงานร่วมมือกัน พัฒนารูปแบบการปฏิบัติการ ตลอดจนการนำไปปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นการวิจัยให้เข้าไปถึงพื้นที่ที่จะ วิจัยโดยตรง ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ ดังนั้น ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัย ปฏิบัติการ จึงเป็นความรู้ที่เป็นรากฐานในสถานการณ์ปฏิบัติจริง เป็นข้อค้นพบที่ได้จากกระบวนการ สืบค้นที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ ทำให้สามารถนำไปปรับปรุงและดัดแปลงความรู้พื้นฐานที่มีอยู่เดิมได้ และยังให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับขอบเขตของการใช้ความรู้ในการปฏิบัติด้วย สร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จะ นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติอย่างแท้จริง นอกจากนี้หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการเน้นการสะท้อนผล ทำให้การวิจัยแบบนี้ส่งเสริมบรรยากาศของการทำงานแบบประชาธิปไตยที่ ทุกฝ่ายเกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์และยอมรับในข้อค้นพบร่วมกัน (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2557)

ข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แม้การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมีคุณประโยชน์มากมาย แต่โดยธรรมชาติและหลักการ ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการก็ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของการวิจัยแบบนี้หลายประการ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้ การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการวิจัยส่งผลกระทบต่อขอบเขตและ ขนาดของงานวิจัย การวิจัยแบบนี้มักจะมีขนาดเล็กซึ่งมีผลต่อความเป็นตัวแทนของข้อค้นพบ จึงก่อให้เกิดข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงผลการวิจัย งานวิจัยทั่วไปไม่ยอมให้มีตัวแปรภายนอกส่งผล รบกวน แต่สำหรับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการมักมีประเด็นปัญหานี้ เนื่องจากสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

จะปล่อยให้ไปเป็นไปตามธรรมชาติ ข้อค้นพบที่ได้รับในบางครั้งไม่สามารถยืนยันได้หนักแน่นว่า เนื่องจากจากปัจจัยใด แต่ตราบดีที่ปัญหาเกิดขึ้นนั้นหมดไปก็ถือว่าการวิจัยครั้งนั้นประสบความสำเร็จ งานวิจัยถูกกำหนดด้วยเงื่อนไขที่มีเรื่องของคุณธรรม ทำให้การทดลองต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการ ปฏิบัติงานอาจทำได้ไม่เต็มที่ เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ว่าจะเป็นครู นักวิจัย หรือ นักวิชาการ ต้องทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนและตกลงในเรื่องนี้ให้เข้าใจตรงกัน (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2557)

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นรูปแบบของวิธีการศึกษาค้นคว้าแบบสะท้อน ตนเองเป็นหมุ่คณะของกลุ่มปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการ ปฏิบัติงานซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำแนกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) ผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก นำแนวคิด นำแผนงานหรือ อนาคตโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้มีส่วนร่วมเป็นผู้ปฏิบัติ 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม (Participatory Action Research) ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในลักษณะเป็น ความร่วมมือกันที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกันในการร่วมคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล 3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) ผู้วิจัยจะ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ผู้กระตุ้น ตั้งประเด็น กำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อน ผล โดยในทุกะดับของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะดำเนินการไปตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คือ หลักการทำ P-A-O-R Spiral Cycle จะเป็นวงจรแบบเกลียวสว่าน ไม่มีวันสิ้นสุด เริ่ม ตั้งแต่ ร่วมกันวางแผน ร่วมกันปฏิบัติ ร่วมกันสังเกตผล และร่วมกันสะท้อนผล ในการศึกษาการการ พัฒนากรดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุณยธิกริ จังหวัดอุบลราชธานี

2.7 งานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้อง

วีระพล โปธิจิตติ และคณะ (2547) ศูนย์อบรมโรคติดต่อฯ โดยแมลงพระพุทธรบาทจังหวัด สระบุรี ได้ดำเนินการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการควบคุมไข้ มาลาเรียและยุงพาหะด้วยวิธีมุ่งขูบ สารเคมีโดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมที่อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก การเลือกพื้นที่ อำเภออุ้มผาง จังหวัด ตาก เพื่อทำการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากอำเภออุ้มผางเป็นท้องที่ป่าเขาสูง เดินทางเข้าถึงยากการ คมนาคมเข้าถึงได้ไม่ตลอดปี การรักษา ควบคุมและป้องกันโรคเป็นไปด้วยความล่าช้า จึงเป็นพื้นที่ ที่มี ความเหมาะสมที่จะดำเนินการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและความเป็นไปได้ในการ ดำเนินงานควบคุมยุงพาหะ ศึกษาในท้องที่อำเภออุ้มผางทั้งหมด 6 ตำบล 35 หมู่บ้าน 63 กลุ่มบ้าน วิธีดำเนินการที่สำคัญคือการจัดอบรมมาลาเรียชุมชนระดับหมู่บ้าน 35 หมู่บ้านหลังจากนั้นทำการ

คัดเลือกลามาลาเรียชุมชนระดับกลุ่มบ้านเพื่อเข้ารับการฝึกปฏิบัติชุบมุ้งโดยให้ประชาชนนำมุ้งของตนเองมาชุบส่วนหนึ่งและโครงการสนับสนุนมุ้งอีกส่วนหนึ่งโดยมุ้งที่ใช้ชุบสารเคมีนั้นเป็นมุ้งผ้าฝ้ายหรือมุ้งไนลอนก็ได้ สารเคมีที่ใช้ชุบคือไบเฟนทริน (Bifenthrin) ร้อยละ 2.00 EC ซึ่งอยู่ในกลุ่มไพเรทรอยด์สังเคราะห์ (Synthetic pyrethroid) เป็นสารเคมีฆ่าแมลงชนิดไม่มีความระคายเคือง (Non-irritation) มีความปลอดภัยสูงใช้ ในขนาด 25 มิลลิกรัมต่อตารางเมตรซึ่งใช้ในอัตราที่ต่ำกว่าสารเคมีเพอร์เมทริน (Permethrin) ถึง 12 เท่า การฝึกปฏิบัติชุบมุ้งมี 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มบ้านที่ชุบมุ้งมีคุณภาพระดับดีมากคือกลุ่มบ้านที่ชุบมุ้งได้มากกว่าร้อยละ 80.00 ของแผนชุบมุ้งที่กำหนดไว้ รอบแรกร้อยละ 39.70 รอบที่สอง ร้อยละ 50.80 อัตราใช้มาลาเรียในอำเภออุ้มผางลดลงจาก 49.30 ต่อประชากรพันคน ใน พ.ศ. 2546 เหลือ 18.20 ต่อประชากรพันคน ใน พ.ศ. 2547 ผู้นำชุมชนยอมรับการชุบมุ้งโดยเห็นด้วยอย่างมากและเห็นด้วยร้อยละ 48.10 และ 51.90 ตามลำดับหัวหน้าครอบครัวให้ความร่วมมือในการชุบมุ้งร้อยละ 95.70 และใช้มุ้งชุบกางนอนเป็นประจำร้อยละ 87.40

ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร์ และคณะ (2551) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาโรคไข้ มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรีย ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรวดเร็วของการมารับการรักษาไข้มาลาเรีย และปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไข้มาลาเรียที่มารับการรักษา ณ มาลาเรียคลินิก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 276 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ในระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 31 มีนาคม 2551 การศึกษาความรวดเร็วของการมารับการรักษาของผู้ป่วยมาลาเรียพบว่า ผู้ป่วยมาลาเรียได้รับการรักษาภายใน 5 วัน ร้อยละ 51.09 และมารับการรักษาซ้ำเกิน 5 วัน ร้อยละ 48.91 โดยเฉลี่ยผู้ป่วยได้รับการรักษาภายใน 6.08 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายของสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลงกรมควบคุมโรคที่กำหนดไว้ ไม่เกิน 5 วัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.00$) แสดงว่าในปัจจุบันผู้ป่วยมาลาเรียมีความรวดเร็วของการได้รับการรักษา ไข้มาลาเรียเกิน 5 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 6 วัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ เพศ อาชีพ การรับรู้ความรุนแรง ลักษณะการเดินทาง พาหนะที่ใช้ในการเดินทางระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความตระหนักในการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ประสบการณ์ป่วยเป็นไข้มาลาเรีย และการรักษาก่อนมารับบริการ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การสมรส ระดับรายได้ ความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย การป้องกันไข้มาลาเรีย ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษาระยะเวลาการป่วยครั้งสุดท้าย ความพึงพอใจในสถานบริการ อาการแสดง และชนิดเชื้อมาลาเรีย

คันธวตม์ พลอยอุบล (2551) ศึกษาการรับรู้และบทบาทที่ปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมโรคมาลาเรีย จังหวัดยะลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และบทบาทของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจริง ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในการทำงานและสนับสนุนการจัดสรรภาระหน้าที่ในการควบคุมโรคมาลาเรียและการประสานงานระหว่างบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างเป็นระบบรวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรีย

ศัทธิตยา พลอยวงษ์ (2552) การสำรวจการใช้มุ้งชุบสารเคมีป้องกันยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย ของประชาชน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เพื่อสำรวจการใช้มุ้งชุบสารเคมีกางนอนของประชาชนในการป้องกัน โรคไข้มาลาเรียและศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้มุ้งชุบสารเคมีกางนอนของประชาชน โดยได้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 100.00 หลังคาเรือน ใน 4 หมู่บ้าน นิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในพื้นที่นี้มีมุ้งใช้ถึงร้อยละ 97.00 โดยในจำนวนนี้ชุบมุ้ง ด้วยสารเคมีถึงร้อยละ 95.00 และส่วนใหญ่ใช้มุ้งชุบสารเคมีกางนอนเป็นประจำ ร้อยละ 95.80 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนให้ความสำคัญของการใช้มุ้งชุบสารเคมีในการป้องกันยุงพาหะนำโรคมาลาเรีย ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการใช้มุ้งชุบสารเคมีโดยรวมอยู่ใน ระดับพึงพอใจมาก แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้มุ้งชุบสารเคมีกางนอน ซึ่งเป็น มาตรการที่ใช้ป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียที่ดีที่สุดมาตรการหนึ่ง และปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญ ในการสนับสนุนให้ประชาชนใช้มุ้งชุบสารเคมี คือ การที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการชุบมุ้ง ซึ่งเป็นนโยบายของภาครัฐ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ หน่วยควบคุมโรคติดต่ออำเภอโดยแมลง จะบริการชุบมุ้งให้กับประชาชนโดยไม่เรียกเก็บเงิน

สุนีย์ เจ๊ะกะบาชอ (2552) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของผู้ประกอบอาชีพกรีดยาง อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติขณะทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันยุงกัด พบว่าประชาชนมีการทายากันยุง ร้อยละ 22.5 สวมเสื้อผ้ามิดชิด ร้อยละ 21.6 และการใช้ยาจุดกันยุง ร้อยละ 11.9 และจากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับการทายากันยุง การสวมเสื้อผ้ามิดชิด และการใช้ยาจุดกันยุง พบว่า การทายากันยุงมีความสัมพันธ์กับ ประวัติเจ็บป่วยเป็นโรคมาลาเรีย การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรง การสวมเสื้อผ้ามิดชิดมีความสัมพันธ์กับประวัติการเจ็บป่วย และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การใช้ยาจุดกันยุงมีความสัมพันธ์กับการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การได้รับการสนับสนุนจาก

ภาครัฐ การได้มาซึ่งวัสดุป้องกันยุงกัดไม่มีความสัมพันธ์กับการทายากันยุง การสวมเสื้อผ้ามิดชิด และการใช้ยาจุดกันยุง

นันทวี เนียมนุ้ย (2555) โรคมalariaเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลกในหลายพื้นที่ มีรายงานการระบาดเกิดขึ้นใหม่แม้ในอดีต จะพบการติดเชื้อลดน้อยลงแล้วทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยสำคัญ ได้แก่คนเชื้อmalarareื้อและยุงพาหะประกอบกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งไม่เอื้ออำนวยให้มาตรการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการติดต่อยารักษาของเชื้อmalarareื้อทำให้การรักษาผู้ติดเชื้อไม่ได้ผลเท่าที่ควรซึ่งในปัจจุบันเชื้อติดต่อยาพบได้มากขึ้นและแพร่กระจายไปในหลายพื้นที่ทั่วโลกจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งนี้เพื่อยับยั้งความรุนแรงและผลกระทบต่อมวลมนุษยชาติทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ชานาญ ปินนา (2556) ศึกษาการประเมินผลโครงการกองทุนโลกด้านmalarareื้อรอบที่ 7 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการโดยวัดการเปลี่ยนแปลงของอัตราป่วย (Annual Parasite Incidence: API) และอัตราตรวจพบเชื้อmalarareื้อ (Malaria Positive Rate: MPR) ในทุกหมู่บ้านพื้นที่แพร่เชื้อmalarareื้อที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 460 แห่งเปรียบเทียบระหว่างปีที่ 2 (พ.ศ. 2553) และปีที่ 3 (พ.ศ. 2554) โดยแยกอธิบายเป็นรายจังหวัด รายกลุ่มจังหวัดพื้นที่ติดชายแดนและในภาพรวมของประเทศนอกจากนี้ยังได้จัดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหมู่บ้านเป้าหมายโครงการถึงความร่วมมือของชุมชนในการร่วมดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรังเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับผลสำเร็จที่หมู่บ้านนั้นสามารถลดอัตราป่วยได้ตามเป้าหมาย ผลการศึกษาพบว่าในจำนวนทั้งหมด 28 จังหวัด มี 4 จังหวัดที่อัตราป่วยด้วยโรคมalariaเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ จังหวัดตาก กาญจนบุรี ราชบุรี และสุรินทร์ รวมทั้งกลุ่มจังหวัดที่ติดชายแดนไทย-เมียนมาร์ และชายแดนไทย-กัมพูชา และในภาพรวมของประเทศส่วนการวิเคราะห์อัตราตรวจพบเชื้อmalarareื้อพบว่าทั้งการเปรียบเทียบรายจังหวัดรายกลุ่มจังหวัดและในภาพรวมทั้งประเทศอัตราตรวจพบเชื้อmalarareื้อไม่ ลดลง นอกจากนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือของชุมชนกับผลสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคมalariaเรื้อรัง ($p > 0.05$) สรุปผลการศึกษาได้ว่าโครงการกองทุนโลกด้านmalarareื้อในระยะครึ่งทางสามารถลดอัตราป่วยโรคมalariaเรื้อรังได้เป็นบางจังหวัด

ปรีชา ปิยะพันธ์ (2556) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคมalariaเรื้อรังและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมalariaเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 408 คน คัดเลือกโดย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคมalariaเรื้อรัง อยู่ในระดับไม่เหมาะสม (ร้อยละ 62.20) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมalariaเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้นการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อรังควรส่งเสริมให้ประชาชนมีเจตคติที่ดีทั้งใน

ระดับครอบครัวและชุมชนพัฒนาสื่อให้มีคุณภาพ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรคให้เพียงพอสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในระดับครอบครัวชุมชนซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคมมาลาเรียที่ดีมีประสิทธิภาพและเหมาะสมยั่งยืนต่อไป

สิทธิพร ภัทรดิลลภรณ์ (2557) การติดยาของเชื้อมาลาเรียเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและในการควบคุมโรคมมาลาเรียส่วนหนึ่งเกิดจากความหลากหลายทางพันธุกรรมของเชื้อมาลาเรียตามธรรมชาติโดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวงจรชีวิตและพันธุศาสตร์ของเชื้อมาลาเรียตลอดจนการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยทางพันธุศาสตร์ในการคัดเลือกยาที่มีประสิทธิภาพตลอดจนในการค้นหาอินเป้าหมายของเชื้อมาลาเรียสู่การพัฒนาที่เหมาะสม ดังนั้นงานวิจัยพัฒนาการรักษาโรคมมาลาเรียใหม่ ๆ ตลอดจนงานวิจัยพัฒนาวัคซีนต้านเชื้อมาลาเรียจึงมีความจำเป็นเพื่อให้การป้องกันโรคมมาลาเรียดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลในการควบคุมโรคมมาลาเรียและการประยุกต์ใช้ความรู้ พันธุศาสตร์เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการติดยาและหาเป้าหมายที่เหมาะสมในการพัฒนายาต้านมาลาเรียในอนาคต

วันชัย สีหะวงษ์ และคณะ (2557) ศึกษาพฤติกรรมกำบังคุ้มกันควบคุมโรคมมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชาเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 14 เพื่อศึกษาพฤติกรรมกำบังคุ้มกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยงการรับรู้ข่าวสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังคุ้มกันป้องกันโรคมมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ชายแดนไทยลาวและกัมพูชาเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 14 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ชายแดนประเทศไทย-ลาวและกัมพูชาเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 14 รวม 5 จังหวัดได้ แก่ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหารและนครพนม จำนวน 382 คน พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.80) ประชาชนได้ รับรู้ข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 97.60) ระดับคะแนนความรู้การป้องกันโรคมมาลาเรียอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 62.00 (237 คน) พฤติกรรมกำบังคุ้มกันโรคมมาลาเรียที่ปฏิบัติประจำมากที่สุดคือการนอนกางมุ้งร้อยละ 91.40 ประชาชนตามแนวชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชา ในแต่ละกลุ่มอายุและระดับความรู้มีพฤติกรรมกำบังคุ้มกันควบคุมโรคมมาลาเรียแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ส่วนระดับการศึกษาไม่มีพฤติกรรมกำบังคุ้มกันควบคุมโรคมมาลาเรียไม่แตกต่างกัน การรับรู้ความเสี่ยงความรุนแรงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังคุ้มกันโรคมมาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชามากที่สุดรองลงมา คือ ความรู้เรื่องโรคมมาลาเรียการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง มีความสัมพันธ์ร่วมกันกับพฤติกรรมกำบังคุ้มกันโรคมมาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชาร้อยละ 68.00 โดยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยควรณรงค์/สาธิตหรือการปฏิบัติเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตัวของประชาชนที่ถูกต้องและใช้ความร่วมมือระหว่าง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาลาเรียในพื้นที่ชายแดนเช่นอาสาสมัคร มาลาเรียสถานือนามัย เป็นต้น

บุญมา อุยาสงค์ (2557) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรียโดยทีม SRRT ของ อาสาสมัครในเมืองต๋มลาน แขวงสาละวัน สาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว พบว่า ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดังกล่าวทำให้อาสาสมัคร และประชาชนมีความรู้ การปฏิบัติตัว ในการป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.05 และต้องมีกระบวนการที่ชัดเจนเป็นรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้ง่ายโดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การบริหารจัดการ การทำงานแบบเชิงรุกประสานงานด้วยเทคโนโลยี การสื่อสารที่ชัดเจน การเอาใจใส่ในการประสานงาน และการคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

วันทนา กลางบุรัมย์ (2557) ผลสัมฤทธิ์หลังการประชุม พบว่า ผู้เข้าประชุมมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้หลังการประชุมสูงกว่าก่อนประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) สามารถจำแนกการมีส่วนร่วม แรงบันดาลใจ และความตระหนัก ต่อการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ได้ ร้อยละ 54.7 39.6 และ 32.8 ตามลำดับรูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย โดยบูรณาการสิ่งแวดล้อมศึกษาจากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ามีการใช้จิตอาสาเป็นกลยุทธ์หลักในการ ขับเคลื่อนกิจกรรม โดยมี อสม. และกลุ่มเยาวชน ในหมู่บ้านเป็นจิตอาสาหลัก ในการดำเนินการ ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งมี รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบ หลักในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน

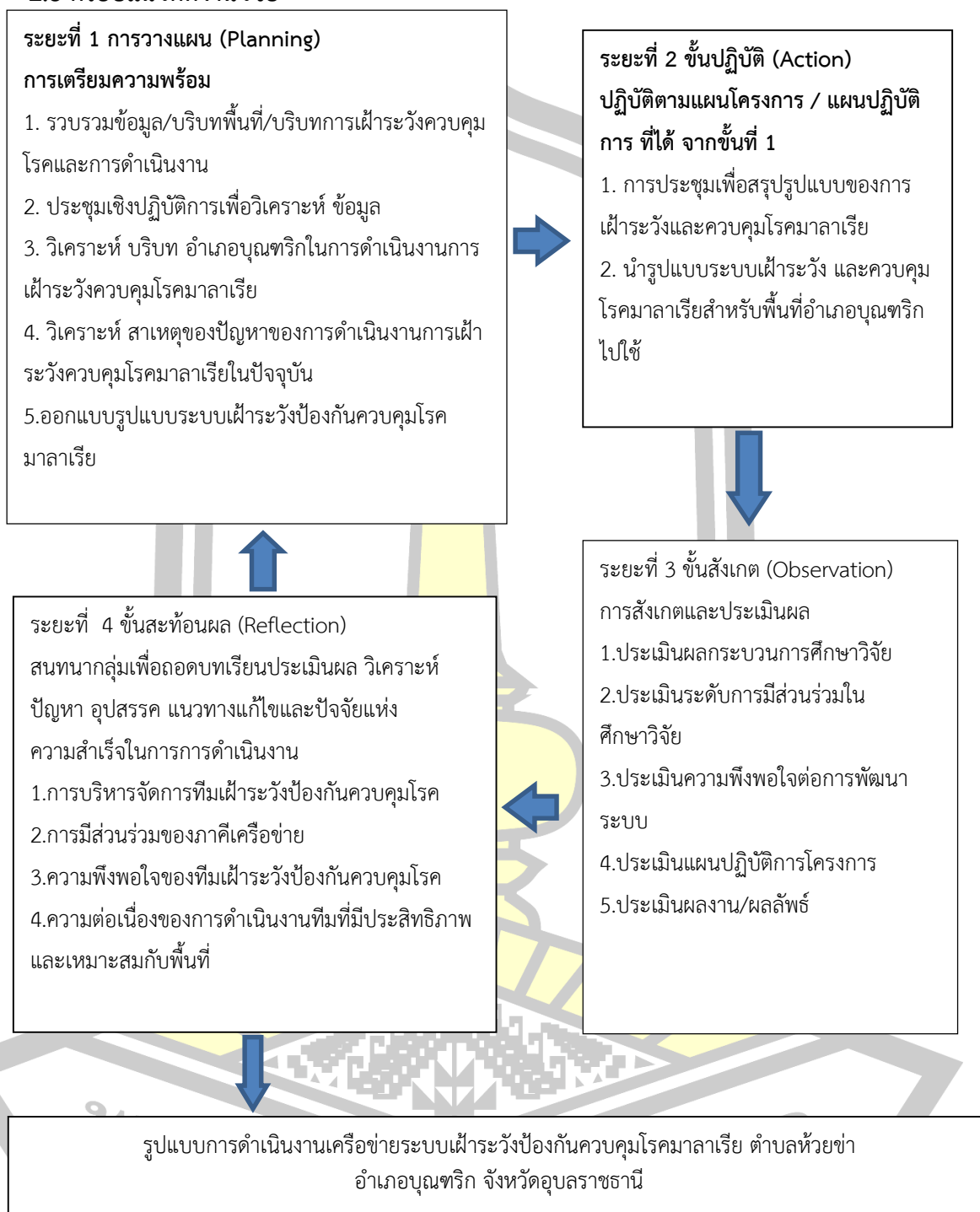
กัญเกียรติ ก้อนแก้วและปัทมา สุพรรณกุล (2558) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรียสำหรับพื้นที่ชายแดนไทย-พม่าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน:กรณีศึกษา ตำบลท่าสองยาง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก พบว่า ประชาชนในพื้นที่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อ การปลูกตะไคร้หอมไฉ่ยุง มีการปลูกและนำตะไคร้หอมมาใช้กันยุง และนอนในมุ้งมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมาลาเรียลดลง ร้อยละ 84.40 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันที่ผ่านมา

เดือนนภา ศิริบุรณ์ และนพรัตน์ ส่งเสริม (2559) ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของตัวแทนครัวเรือน ตำบลโตนดประดิษฐ์ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติกลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนของแต่ละครัวเรือน ๆ ละ 1 คน ทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 40 คน และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบ ปกติ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรียและแบบสอบถามซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.72 – 0.84 การเก็บรวบรวม

ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรีย ผลการทดลองหลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียแล้วกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.01

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ในตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีเชิงปฏิบัติการโดยใช้ PAOR และแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่ต้องการให้เกิดภาพของการรับรู้และการร่วมสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชนในอำเภอให้ดีขึ้น เกิดสมดุลด้วยทีมสาธารณสุขที่เป็นทีมเดียวกันในการร่วมรับรู้และทำงาน เพื่อการตอบสนองต่อสุขภาวะ และสภาวะที่เปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลา ซึ่งอาจจะเป็นด้านที่ต้องอาศัยความชำนาญของเราเอง คือ การรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ต้องมีการจัดตั้งคณะทำงานในส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินงานในรูปแบบของระบบสุขภาพอำเภอ ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์สูงสุด เช่น การคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 รวมถึงการร่วมมือหรือเป็นส่วนสนับสนุนกับเครือข่ายอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลกันและกันของประชาชนในชุมชน การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมาลาเรีย การป้องกันและการควบคุมโรคมาลาเรีย มีแนวโน้มที่จะมีการระบาดใหม่ จึงต้องมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการร่วมคิด ร่วมวางแผนและตัดสินใจร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จึงจะเกิดผลสำเร็จของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และการพัฒนาเครือข่ายในการทำงานในพื้นที่ของระบบในด้านการเฝ้าระวัง การป้องกันการควบคุมโรคมาลาเรีย โดยศึกษาในพื้นที่ ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ประยุกต์ใช้ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ในตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคมาลาเรียได้อย่างยั่งยืน

2.8 กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดงานวิจัยการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย
 ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Participatory Action Research: PAR) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม โดยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงออกและร่วมกันแสดงความคิดเห็น และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ไม่สามารถแสดงออกได้โดยตรง และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นลักษณะแบบสอบถาม ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)
- 3.2 กลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAR) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle Kemmis and McTaggart, 1988 (ชยุต ชำนาญเนา, 2557) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ในขั้นตอนการวางแผน ออกแบบการศึกษา 2 กลุ่ม มีการเก็บข้อมูลหลังการพัฒนาถอดบทเรียนและนำผลไปวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในรอบต่อไป โดยขั้นตอนการจัดกิจกรรมรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการค้นหารูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาลาเรีย ในตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย

1.1 การเตรียมเครือข่ายทีมเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาบริบทของการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในอำเภอบุณฑริก

1.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ ดังนี้

1.3.1 สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานป้องกันโรคมalariaเรื้อ

1.3.2 วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันโรคมalariaเรื้อ

1.3.3 สังเคราะห์รูปแบบ

1.3.4 สร้างเครื่องมือ

ขั้นที่ 2 ลงมือปฏิบัติงาน (Action) ประกอบด้วย ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

ขั้นที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) จำนวน 1 เดือน ประกอบด้วย

3.1 การนิเทศ ติดตามสนับสนุน การให้คำแนะนำ

3.2 สังเกตการร่วมกิจกรรมรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในชุมชน พื้นที่ ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

3.3 การประเมินระดับการมีส่วนร่วมตามแบบประเมิน โดยการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีขั้นตอน ดังนี้

3.3.1 การออกแบบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในชุมชน พื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

3.3.2 การทดสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในชุมชน พื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

3.3.3 การเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมalariaเรื้อในชุมชน พื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

3.3.4 การวิเคราะห์และแปลผล

ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับผลปฏิบัติงาน (Reflection) ประกอบด้วย

- 4.1 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 4.2 ถอดบทเรียน
- 4.3 สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 ประชากร

องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) (District Health Board: DHB) ซึ่งมีมาจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ มีจำนวนที่ครอบคลุมและมีความเป็นตัวแทนขององค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

ตัวแทนจากภาครัฐ ประกอบด้วย

- | | |
|--|------------|
| 1. นายอำเภอบุนทริก | ประธาน |
| 2. สาธารณสุขอำเภอบุนทริก | เลขานุการ |
| 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลบุนทริก | จำนวน 1 คน |
| 4. หัวหน้าฝ่ายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุนทริก | จำนวน 5 คน |
| 5. ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล | จำนวน 4 คน |
| 6. นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบุนทริก | จำนวน 1 คน |
| 7. ผู้อำนวยการโรงเรียนบุนทริกวิทยาคาร | จำนวน 1 คน |
| 8. ผู้กำกับสถานีตำรวจอำเภอบุนทริก | จำนวน 1 คน |
| 9. ปศุสัตว์อำเภอบุนทริก | จำนวน 1 คน |
| 10. ตัวแทนจากภาคประชาชน ประกอบด้วย ประธาน อสม. | จำนวน 1 คน |

รวมประชากรทั้งหมด 17 คน

3.2.2 กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย

ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) กำหนดผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคมาลาเรียของพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะเป็นคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล โดยได้ยึดกับรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) (District Health Board: DHB) เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่

เกี่ยวข้อง ในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพในพื้นที่ตำบลห้วยข่า โดยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและการควบคุมโรค อย่างมีคุณภาพและมีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อันจะส่งผลให้ประชาชนและชุมชนพึ่งพาตนเองมีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาโรคประจำถิ่นและภัยสุขภาพให้ลดลงได้ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

3.2.2.1 ผู้กำหนดนโยบายในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ นายอำเภอบุญทริก 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุญทริก 1 คน และสาธารณสุขอำเภอบุญทริก 1 คน รวมเป็น 3 คน

3.2.2.2 ผู้ปฏิบัติงานหลักในหน่วยงานราชการในพื้นที่ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของโรงพยาบาลบุญทริก 1 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุญทริก 1 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลห้วยข่า 3 แห่ง ๆ ละ 1 คน เจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง 10.1.1 นางจะหลวย 1 คน รวมเป็น 6 คน

3.2.2.3 ผู้ปฏิบัติงานหลักนอกหน่วยงานราชการในพื้นที่ตำบลห้วยข่า ได้แก่ พนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชน 5 แห่ง ๆ ละ 1 คน อาสาสมัครมาลาเรีย 5 แห่ง ๆ ละ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขียวชาญ (อสม.เขียวชาญ) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคในหมู่บ้าน A1, A2 จำนวน 12 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน รวมเป็น 17 คน

3.2.2.4 เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชนพื้นที่ A 1 และ A 2 จำนวน 12 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมการบริหารส่วนตำบลห้วยข่าหรือผู้แทน 1 คน รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 13 คน

รวมทั้งสิ้น 39 คน

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติ ของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้
2. ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อำเภอบุญทริกตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย
3. เป็นผู้ที่สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

ผู้ที่ยกเลิกการสมัครใจ/ของดการให้ข้อมูล

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.1.1 แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม (Observation) ผู้วิจัยจะทำการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม โดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ และด้านการประเมินผล โดยจะใช้ในการสังเกตกับกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ทุกกิจกรรม

3.3.1.2 การบันทึก (Record) ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม ได้แก่ การจดบันทึก การบันทึกภาพ และบันทึกภาพและเสียง

3.3.1.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การออกแบบกระบวนการเฝ้าระวัง แล้วบันทึกด้วยแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

3.3.1.4 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกก่อนและหลังการดำเนินการ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.3.2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ประกอบไปด้วย

แบบสอบถามชุดที่ 1 มี 8 ส่วน คือ

แบบสอบถามชุดนี้สำหรับผู้เข้าร่วมศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหลักในหน่วยงานราชการในพื้นที่ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานควบคุม โรคของโรงพยาบาลบุณฑริก ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลห้วยข่า เจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรเป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้ การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรียและการเคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบเต็ม คำลงใน ช่องว่างจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านความพร้อมของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย มีลักษณะข้อคำถามปลายปิด (Closed-end question) ข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม

โรคมะเร็ง ตาบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบเพียงข้อเดียวตามความรู้สึกของตนเองมีให้เลือก 3 ตัวเลือก จำนวนรวม 33 ข้อ ดังนี้

- | | |
|---------------------|--------------|
| 1.ด้านบุคลากร | จำนวน 7 ข้อ |
| 2.ด้านงบประมาณ | จำนวน 6 ข้อ |
| 3.ด้านวัสดุครุภัณฑ์ | จำนวน 6 ข้อ |
| 4.การบริหารจัดการ | จำนวน 14 ข้อ |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 5 การป้องกันโรคมะเร็ง จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง 4 ด้าน จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) 4 ด้าน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 8 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตาบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 ข้อ

แบบสอบถามชุดที่ 2 มี 6 ส่วน คือ

แบบสอบถามชุดนี้สำหรับผู้เข้าร่วมศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตาบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี คือ ผู้ปฏิบัติงานหลักนอกหน่วยงานราชการในพื้นที่ตำบลห้วยขา ได้แก่ พนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชนอาสาสมัครมาลาเรีย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ (อสม.เชี่ยวชาญ) ด้านการป้องกันและควบคุมโรค ในหมู่บ้าน A1, A2 เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชนพื้นที่ A1 และ A2 หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมการบริหารส่วนตำบลห้วยขาหรือผู้แทน

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 9 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง | จำนวน 22 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง | จำนวน 22 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 การป้องกันโรคมะเร็ง | จำนวน 22 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค | |

มาลาเรีย 4 ด้าน 16 ข้อ

ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี 4 ข้อ

3.3.3 เกณฑ์การให้คะแนน

ระยะที่ 1 เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ความเสี่ยงในการเกิดโรคมาลาเรีย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย การป้องกันโรคมาลาเรีย แบบสอบถามการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียแบบสอบถามข้อมูลด้านความพร้อมของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย และข้อคำถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของรูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย

1. ศึกษาเอกสาร และทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย สิ่งแวดล้อมศึกษาจิตลักษณะเดิม จิตลักษณะตามสถานการณ์แรงบันดาลใจด้านสุขภาพ แรงบันดาลใจในการมีจิตสาธารณะ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2. กำหนดขอบเขตของเนื้อหาที่จะใช้สร้างแบบสอบถาม

3. สร้างแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรเป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้ การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรียและการเคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบเต็ม คำลงใน ช่องว่างจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 มีเฉพาะชุดแบบสอบถามที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านความพร้อมของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย มีลักษณะข้อคำถามปลายปิด (Closed-end question) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ มากให้ 3 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน น้อยให้ 1 คะแนน โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตัวเดียวประกอบด้วยคำถามที่มีผลต่อการพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ด้านบุคลากร ด้านวัสดุครุภัณฑ์ ด้านงบประมาณ และด้านการบริหารจัดการโดยการปรับปรุงจาก (ศรีธัญญา ดวงสิงห์ชัย, 2557) จำนวน 33 ข้อ และผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม - คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม

ระดับชั้น

$$\text{ได้เป็น } \frac{3-1}{3} = 0.66$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำมาแบ่งระดับเกณฑ์การวัดคะแนนในการให้คะแนนความพร้อมของของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย

กำหนดระดับการมีส่วนร่วมดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วม	ค่าคะแนนเฉลี่ย
มาก	2.34 - 3.00
ปานกลาง	1.67 - 2.33
น้อย	1.00 - 1.66

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมาลาเรียซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมาลาเรียลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด ข้อสัมภาษณ์ 22 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ การให้คะแนนจะพิจารณา ให้ 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และให้ 0 คะแนนเมื่อตอบผิด การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้แบ่งโดยอิงเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนระดับความรู้ แบ่งระดับโดยแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ (บุญมา อูยาสงค์, 2557) ตามการประเมินของ ดังนี้

คะแนน 17.60 – 22.00 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 80.00-100.00 หมายถึง มีระดับความรู้สูง

คะแนน 13.20 – 17.59 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 60.00-79.00 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน 0.00 - 13.19 คะแนนคิดเป็นน้อยกว่าร้อยละ 60.00 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคมาลาเรีย ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด ข้อสัมภาษณ์ 22 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ การให้คะแนนจะพิจารณา ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

โดยกำหนดให้คะแนนดังนี้

คำถามด้านบวก	คำถามด้านลบ
เห็นด้วยให้ 3 คะแนน	เห็นด้วยให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน	ไม่แน่ใจ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน

ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (สุมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม - คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม

ระดับชั้น

$$\text{ได้เป็น } \frac{3-1}{3} = 0.66$$

กำหนดระดับเจตคติต่อโรคมะเร็งดังนี้

ระดับเจตคติต่อโรคมะเร็ง	ค่าคะแนนเฉลี่ย
มาก	2.34 - 3.00
ปานกลาง	1.67 - 2.33
น้อย	1.00 - 1.66

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการป้องกันโรคมะเร็ง 22 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ การให้คะแนนจะพิจารณา ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

โดยกำหนดให้คะแนนดังนี้

คำถามด้านบวก	คำถามด้านลบ
เห็นด้วยให้ 3 คะแนน	เห็นด้วยให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน	ไม่แน่ใจ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน

ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (สุมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม - คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม

ระดับชั้น

$$\text{ได้เป็น } \frac{3-1}{3} = 0.66$$

3

กำหนดการป้องกันต่อโรคมลาเรียดังนี้

ระดับการป้องกันต่อโรคมลาเรีย	ค่าคะแนนเฉลี่ย
มาก	2.34 - 3.00
ปานกลาง	1.67 - 2.33
น้อย	1.00 - 1.66

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย 16 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามปลายปิด (Closed-end question) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและอธิบายเพิ่มเติม (open-ended questions) โดยการให้คะแนนจะพิจารณา ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ และระดับการมีส่วนร่วม 3 ระดับ

มีส่วนร่วมมาก	ให้	3 คะแนน
มีส่วนร่วมบางครั้ง	ให้	2 คะแนน
ไม่เคยมีส่วนร่วม	ให้	1 คะแนน

ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (สุ่มทนา กลางคาร และวรวจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติตามเกณฑ์ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม}}{\text{ระดับชั้น}}$$

$$\text{ได้เป็น } \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

กำหนดระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย	ค่าคะแนนเฉลี่ย
มาก	2.34 - 3.00
ปานกลาง	1.67 - 2.33
น้อย	1.00 - 1.66

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHB) 4 ด้าน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามปลายปิด (Closed-end question) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและอธิบายเพิ่มเติม (open-ended questions) การให้คะแนนจะพิจารณา ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ และระดับการมีส่วนร่วม 3 ระดับ

มีส่วนร่วมมาก	ให้	3 คะแนน
มีส่วนร่วมบางครั้ง	ให้	2 คะแนน
ไม่เคยมีส่วนร่วม	ให้	1 คะแนน

ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ เบสท์ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติตาม เกณฑ์ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม}}{\text{ระดับขั้น}}$$

$$\text{ได้เป็น } \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

กำหนดระดับมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับ อำเภอ (DHB) ดังนี้

ระดับมีส่วนร่วม	ค่าคะแนนเฉลี่ย
มาก	2.34 - 3.00
ปานกลาง	1.67 - 2.33
น้อย	1.00 - 1.66

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะปัญหาอุปสรรค ต่อรูปแบบการ พัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ในพื้นที่ตำบลห้วยขา อำเภอบุญศรี จังหวัด อุบลราชธานี มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open-ended questions) มี 4 ข้อ บันทึกผลการ ดำเนินกิจกรรมโดยใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การถอดบทเรียนและการสรุป ประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบ โดยนำแบบสัมภาษณ์ให้ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์พิจารณา จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อพิจารณาตรวจสอบ ความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) และนำข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์มีความเหมาะสมสู่การ นำไปใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ดังนี้

3.4.1.1 นายวันชัย สีหะวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วย ควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

3.4.1.2 นายประพนธ์ บุญไชย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

3.4.1.3 นางสาววัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ฝ่ายควบคุม โรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยพิจารณาใช้สูตรการคำนวณของ Rowinelli และ Hambleton, 1977 (วันทา กลางบุรัมย์, 2557)

ให้ +1 เมื่อข้อความคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความคำตอบสอดคล้องและ ครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อความคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุม

$$\text{สูตร } IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อความคำตอบกับเนื้อหาตามความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

โดยคิดจากคะแนนรวมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนซึ่งถ้าค่า IOC มีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไปถือว่าข้อคำถามนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน เมื่อปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว นำเครื่องมือตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าคำนวณที่ 0.70 ขึ้นไปถือว่ามีความเชื่อมั่น ปรับปรุงข้อคำถามที่มีค่าความเที่ยงน้อยกว่า 0.7 โดยการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจากการ (Try out) มาวิเคราะห์ที่ได้ความเชื่อมั่น (บุญมาอุยาสงค์, 2557)

3.4.2 การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเที่ยง(Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่ ตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน แบบสอบถามด้านความรู้ นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) และผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เท่ากับ 0.99

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย 22 ข้อ เท่ากับ (สูตร KR20)=0.75

ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย 22 ข้อ เท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 5 การป้องกันโรคมาลาเรีย 22 ข้อ เท่ากับ 0.73

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียเท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) เท่ากับ 0.99

3.4.3 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์

3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการในด้านควบคุมโรคโดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอนคือ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Act) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อวางแผนการดำเนินการตลอดทั้ง 4 สัปดาห์โดยสรุปตามขั้นตอนดังนี้

3.5.1 ขั้นวางแผน (Plan)

การศึกษาบริบทพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคมาลาเรียในตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย

1. ศึกษาบริบทของชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

2. ศึกษากระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่าอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

3. ศึกษาทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี (Input) เพื่อวางแผนพัฒนาเป็นระบบใหม่

กิจกรรมที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงาน/คณะกรรมการศึกษาวิจัย

1. แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย/คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ 1) ผู้กำหนดนโยบายในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคระดับอำเภอ 2) ผู้ปฏิบัติงานหลักหน่วยงานราชการในรวมเป็น 3) ผู้ปฏิบัติงานหลักนอกหน่วยงานราชการในพื้นที่ตำบลห้วยข่า 4) เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ และคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้อย่างมีคุณภาพ

กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย

1. การออกแบบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่

2. ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ

3. ทดสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย

4. เก็บรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพ ก่อนการดำเนินโครงการวิจัย (Pre-Post Test) รวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ประกอบด้วยระบบเฝ้าระวังมาลาเรีย ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไข ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ จากนั้นผู้วิจัยนำผลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อนำผลการสัมภาษณ์ของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 4 กลุ่ม ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบท ต่อไป

5. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ก่อนการดำเนินโครงการวิจัย (Pre-Post Test) โดยใช้แบบสอบถาม และรวบรวมประกอบด้วย ลักษณะทางประชากร ระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการรับรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ

กิจกรรมที่ 4 ประชุมคณะทำงาน/คณะกรรมการวิจัย

1. ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่ม 2, 3, 4 เพื่อวางแผน ออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบท โดยผู้วิจัยได้นำผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มประชากรผู้ร่วมวิจัยมานำเสนอในที่ประชุม เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคมาลาเรีย และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) โดยผู้วิจัยนำเสนอการดำเนินงานในข้อที่ได้แจ้งต่อที่ประชุมรับทราบ เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้ทราบถึงปัญหาของระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคมาลาเรียที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ และให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น รวมถึงการออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบท

3.5.2 ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)

กิจกรรมที่ 5 นำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ
ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1

3.5.3 ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation)

กิจกรรมที่ 6 ขั้นสังเกตและประเมินผล

1. สังเกตผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยทำการสังเกตในทุกกิจกรรม ก่อนการดำเนินการ ระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการ และทำการบันทึกผลทุกขั้นตอน การสังเกตผลก่อนและหลังการดำเนินการ

2. ประเมินผลกระบวนการศึกษาวิจัย
3. ประเมินระดับการมีส่วนร่วมในศึกษาวิจัย
4. ประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบ
5. ประเมินแผนปฏิบัติการ โครงการ
6. ประเมินผลงาน/ผลลัพธ์

3.5.4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

กิจกรรมที่ 7 สะท้อนผล เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน

1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข
2. คืบข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
3. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขและการดำเนินงานครั้งต่อไป

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ การสัมภาษณ์ การสังเกต ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูล มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและทำการวิเคราะห์โดยแยกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลดังนี้

3.6.1.1 สร้างคู่มือลงรหัสและป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ

3.6.1.2 ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้

3.6.1.3 วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร และเปรียบเทียบความแตกต่าง ได้แก่ ความรู้ เจตคติที่ พฤติกรรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

3.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลการบันทึกการประชุม การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก จากการดำเนินกิจกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้มา ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็น คำพูดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการระบอบ อาสาสมัครชุมชน จะต้องเข้าร่วมและใกล้ชิดกับชุมชนซึ่งเป็นผู้ร่วมการวิจัย และจะต้องมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ของผู้ร่วมวิจัยดั่งนั้น ผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาโดยประชากรทุกราย จะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มประชากรในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้า ร่วมเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยต้องเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อนถ้าผู้ร่วมวิจัยยินดีให้ทำการศึกษาและร่วมใน

การศึกษาผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้วิจัยถือข้อมูลที่ได้มาจากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่
นำไปเปิดเผยและในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตก่อนโดยเคารพในศักดิ์ศรี
และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงได้ขออนุมัติไป
ยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและได้รับรองอนุมัติเลขที่
061/2561 ลงวันที่ 30 เมษายน 2561 และผู้วิจัยมุ่งสร้างสัมพันธภาพให้เท่าเทียมกัน ดังนี้

3.7.1 ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอบุณฑริกเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และมอบให้
สาธารณสุขอำเภอกำหนดหนังสือถึงอาสาสมัครเพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วม

3.7.2 ผู้วิจัยต้องพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยทุกรายโดยการแนะนำตนเองชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิ การตอบรับ
หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

3.7.3 รับฟังความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุมวางตัวเป็นกลางไม่ตัดสินความเห็นว่าเป็นใครถูก
หรือผิด

3.7.4 ต้องเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวการปกปิดความลับของผู้วิจัย

3.7.5 ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลผู้
ร่วมวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุลจริงการถ่ายภาพจดบันทึก การสังเกตจะต้องแจ้งผู้เข้าร่วมประชุม
และผู้เกี่ยวข้องทราบและต้องขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.7.6 ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล

3.7.7 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAR) โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อศึกษาการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีและวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษา 1) บริบทของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ของพื้นที่ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี 2) กระบวนการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี 3) ผลของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี 4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการใช้การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยขาอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาสำรวจสภาพปัญหาการเฝ้าระวังป้องกันและการควบคุมโรคมาลาเรียและความพร้อมของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียของพื้นที่ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม โดยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) การบันทึก (Record) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นลักษณะแบบสัมภาษณ์ แล้วนำผลการศึกษามาประกอบการวางแผนเพื่อกำหนดรูปแบบในการวิจัย เพื่อการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้ 1) ขั้นตอนการวางแผนมีการจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์กระบวนการการป้องกันและควบคุมโรคศึกษาบริบทของพื้นที่และค้นหาปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย 2) ขั้นตอนมือปฏิบัติจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ 3) ขั้นตอนสังเกตการณ์ โดยการลงพื้นที่สังเกตให้คำแนะนำช่วยเหลือ เมื่อพบปัญหาและอุปสรรคที่ร้องขอให้การช่วยเหลือ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผลในการปฏิบัติงาน มีการถอดบทเรียนเพื่อสรุปผลในการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย หาปัจจัยแห่งความสำเร็จและข้อเสนอแนะจากการประชุมกลุ่มย่อย โดยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 39 คน โดยเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย

4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิจัย

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อความหมายของการเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอ ดังนี้

n	แทนค่า	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทนค่า	คะแนนเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทนค่า	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Max	แทนค่า	ค่าสูงสุดของข้อมูล (Maximum)
Min	แทนค่า	ค่าต่ำสุดของข้อมูล (Minimum)
p – Value	แทนค่า	ความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน

4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัย ตามลำดับขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

1. บริบทของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ของพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี
2. กระบวนการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี
3. ผลของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี
4. ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้การพัฒนากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมรูปแบบการพัฒนาาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย และการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผลปฏิบัติงาน (Reflection) ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องจำนวน 9 คน และได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร คือ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และการสนทนากลุ่มของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย มาประกอบการวิเคราะห์ ดังนี้ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบระดับอำเภอ 2 คน ระดับ รพ.สต. 3 คน และเจ้าหน้าที่นค. 1 คน

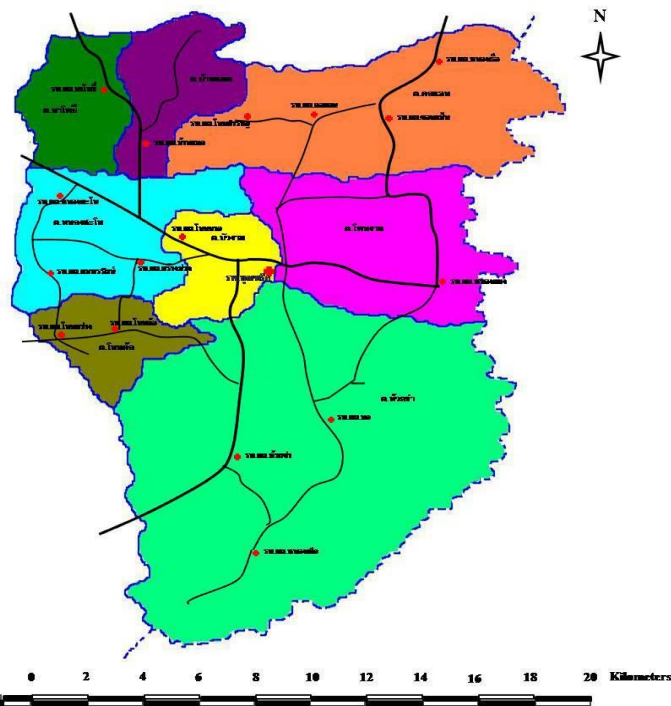
4.3.1 บริบทของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ของพื้นที่ตำบลห้วยข่าอำเภอบุญทริกจังหวัดอุบลราชธานี

4.3.1.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

อุบลราชธานี เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างซึ่งตั้งอยู่ทางตะวันออกเฉียงสุดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและของประเทศไทย ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดอำนาจเจริญและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทิศตะวันออกติดต่อกับแขวงจำปาสักดี (สปป.ลาว) โดยพรมแดนบางช่วงใช้แม่น้ำโขงเป็นตัวกำหนดเขตแดน ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดพระวิหาร (ราชอาณาจักรกัมพูชา) ทิศตะวันตกติดต่อกับจังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดยโสธร แนวพรมแดนติดต่อกับประเทศลาวและกัมพูชา รวมความยาวประมาณ 428 กิโลเมตร ติดต่อกับประเทศลาว 361 กิโลเมตร (จากอำเภอเขมราฐถึงอำเภอน้ำยืน ติดต่อกับแขวงสุวรรณเขต แขวงสาละวัน และแขวงจำปาสักดี) ติดต่อกับประเทศกัมพูชา 67 กิโลเมตร (อำเภอน้ำยืน ติดต่อกับจังหวัดพระวิหาร ประเทศกัมพูชา) ทรัพยากร เป็นจังหวัดที่มีเนื้อที่กว้างใหญ่และมีประชากรมาก ในปัจจุบัน จังหวัดอุบลราชธานีแบ่งเขตการปกครอง ออกเป็น 25 อำเภอ 219 ตำบล 2469 หมู่บ้าน มีเนื้อที่ประมาณ

10,299,063 ไร่ ด้านทรัพยากรป่าไม้ มีทั้งป่าเต็งรัง หรือป่าแดงมีอยู่ทั่วไป มีเขตป่าดงดิบในเขตอำเภอ น้ำยืน และป่าผสม ส่วนป่าเบญจพรรณมีอยู่ในอำเภอเขมราฐ อำเภอบุญทริก และอำเภอพิบูลมังสาหาร ไม้ส่วนใหญ่เป็นไม้กระยาเลย ได้แก่ ไม้ยาง ไม้ตระแบก ไม้แดง ไม้ประดู่ ไม้เคี่ยม ไม้ซุมแพรง ไม้กันเกรา

อำเภอบุญทริก ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัดอุบลราชธานี ห่างจากตัวจังหวัด 92 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้ 1) ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอพิบูลมังสาหาร อำเภอสิรินธร 2) ทิศตะวันออกติดต่อกับแขวงจำปาสัก (สปป.ลาว) 3) ทิศใต้ ติดต่อกับแขวงจำปาสักดี (ประเทศลาว) 4) ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภอนาจะหลวย อำเภอเดชอุดม อำเภอบุญทริกมีพื้นที่ 1,402.00 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 94,557 คน อำเภอบุญทริกแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 8 ตำบล 127หมู่บ้าน ได้แก่ 1) ตำบลโพรงงาม 14 หมู่บ้าน 2) ตำบลห้วยข่า 23 หมู่ 3) ตำบลคอแลน 18 หมู่ 4) ตำบลนาโพธิ์ 11 หมู่ 5) ตำบลหนองสะโน 23 หมู่ 6) ตำบลโนนค้อ 11 หมู่ 7) ตำบลบัวงาม 15 หมู่ และ 8) ตำบลบ้านแมต 12 หมู่



ที่มา: ศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ภาพประกอบ 6 แผนที่การแบ่งการปกครองและสถานบริการทางสาธารณสุข อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ตำบลห้วยข่า พื้นที่ของชาวตำบลห้วยข่า เดิมเป็นชาวบ้านอพยพมาจากชาวบ้านสร้างโง่น บ้านโพเต้า บ้านก้อนเส้าหนองกง อำเภอบุณฑริก จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อประมาณ 150 ปีที่ผ่านมาชนพื้นเมืองมี 4 เผ่า คือ เผ่าไทย ลาว เขมร และส่วย บ้านเรือนตั้งอยู่มีลำห้วยที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยต้น "ข่า" ที่เกิดขึ้นในป่า จึงเรียกชื่อหมู่บ้านนี้ว่า "ห้วยข่า" ห้วยข่าอยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอบุณฑริก ระยะทาง 18 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 573 ตารางกิโลเมตร หรือ 358,125 ไร่ ทิศเหนือติดต่อกับ อบต.บัวงาม และ อบต.โพงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ทิศใต้ ติดต่อกับเทศบาลตำบลจอนายอย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ทิศตะวันออก ติดต่อกับแนวชายแดนประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อบต.โนนค้อ อำเภอบุณฑริกจังหวัดอุบลราชธานี

การคมนาคม การคมนาคมระหว่างอำเภอบุณฑริก กับตำบลห้วยข่า โดยใช้เส้นทางหลัก 2 เส้นทางคือ เส้นทางบุณฑริกถึงนาจะหลวย และเส้นทางบุณฑริกถึงบ้านหนองแปน และบ้านคำบากเป็นชุมชนที่อยู่ไกลที่สุดของตำบลห้วยข่า

สภาพทางภูมิศาสตร์ เป็นพื้นที่เขาสลับพื้นที่ราบสูงลาดเอียงไปทางทิศตะวันตก มีความสูงโดยประมาณจากระดับน้ำทะเลปานกลางที่ 208-233 เมตร ทิศตะวันออกเป็นแนวเทือกเขาพนมดงรัก เป็นพื้นที่ต้นน้ำของลำโดมน้อยและเขื่อนสิรินธร อุณหภูมิเฉลี่ย 30 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดประมาณ 12 องศาเซลเซียส ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยประมาณ 825 มิลลิเมตรต่อปี สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูง สลับเทือกเขาบริเวณชายแดนพื้นที่ส่วนใหญ่ของตำบลห้วยข่า ใช้ประโยชน์ทางด้านเกษตรกรรม ตำบลห้วยข่า มีหมู่บ้านในเขตปกครอง จำนวน 23 หมู่บ้าน ดังนี้

ตาราง 1 ข้อมูลด้านประชากรในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	หลังคาเรือน	ประชากรชาย (คน)	ประชากรหญิง (คน)	ประชากรรวม (คน)	หมายเหตุ
1	ห้วยข่า	295	505	490	995	
2	หนองแปก	257	382	387	769	พื้นที่ระดับ A2
3	หนองแปน	338	488	444	932	พื้นที่ระดับ A1
4	หนองเม็ก	335	526	517	1,043	พื้นที่ระดับ A1
5	แก้งสว่าง	185	291	267	558	
6	คำบาก	350	585	573	1,158	พื้นที่ระดับ A1
7	สร้างหอม	206	385	402	787	พื้นที่ระดับ A1
8	บก	229	338	322	660	พื้นที่ระดับ A1

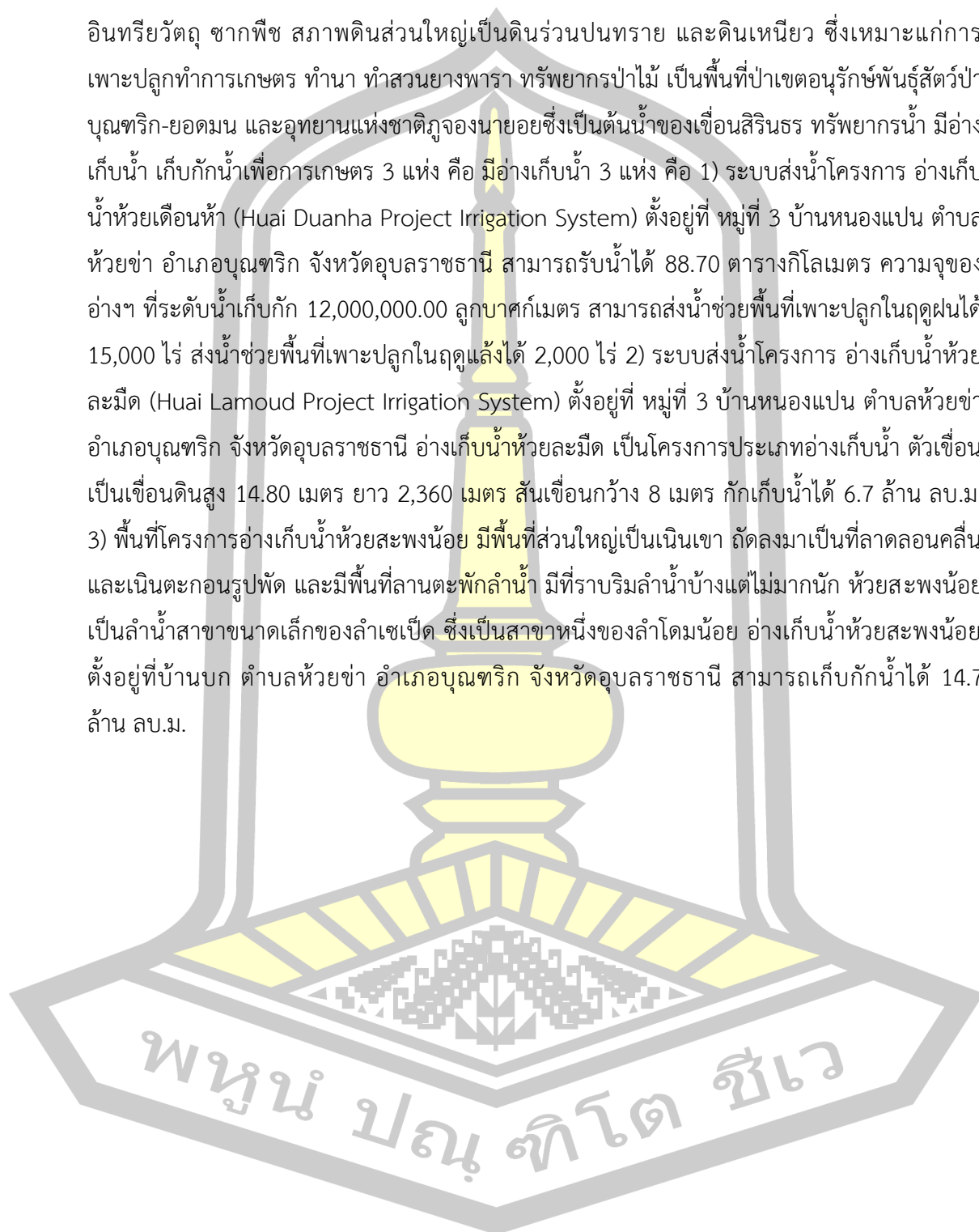
ตาราง 1 (ต่อ)

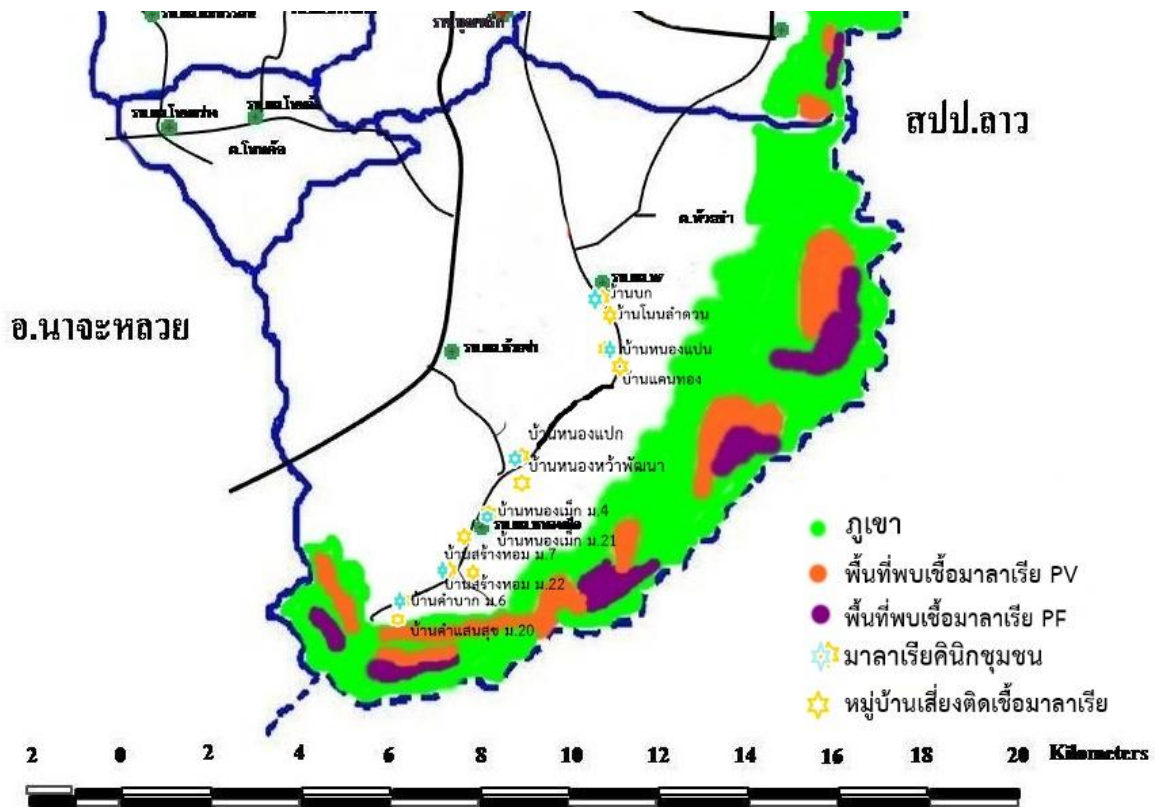
หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	หลังคาเรือน	ประชากรชาย (คน)	ประชากรหญิง (คน)	ประชากรรวม (คน)	หมายเหตุ
9	แก้งสมบุรณ์	337	553	529	1,082	
10	หนองเหนียว	67	108	110	218	
11	โป่งยอ	70	139	121	260	
12	แก่งกลาง	301	413	407	820	
13	แก้งอุดม	225	418	440	858	
14	โสกก่อ	125	269	236	505	
15	ห้วยข่าทักษิณ	147	260	257	517	
16	โนนลำดวน	206	332	336	668	พื้นที่ระดับ A2
17	คำขุนราษฎร์	150	307	313	620	
18	หนองหัวพัฒนา	115	255	247	502	พื้นที่ระดับ A2
19	แคนทอง	210	385	393	778	พื้นที่ระดับ A1
20	คำแสนสุข	148	299	291	590	พื้นที่ระดับ A1
21	หนองเม็ก	239	407	376	783	พื้นที่ระดับ A1
22	สร้างหอม	203	367	372	739	พื้นที่ระดับ A1
23	ห้วยข่า	192	416	348	764	
	รวม (คน)	4,930	8,428	8,178	16,606	

ที่มา องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี (2560)

การศึกษา อาชีพ ภาษา ศาสนา การศึกษาในตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก สังกัดสำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง คือโรงเรียนห้วยข่าพิทยาคม และเขตพื้นที่การศึกษาที่ 5 จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย โรงเรียนระดับประถมศึกษา 11 แห่ง (ขยายโอกาส 3 แห่ง) โรงเรียนเอกชนเปิดสอนในระดับอนุบาล 1 แห่ง อาชีพหลัก ประกอบอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ ทำไร่ทำสวนยางพารา ทำนา และเลี้ยงสัตว์ อาชีพรองคือ หาของป่า ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี ประมาณ 14,700 บาท ภาษา ใช้ภาษาอีสานในการสื่อสารในชุมชน การศาสนา ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริกมีวัด 16 แห่ง ที่พักสงฆ์ 1 แห่ง

ทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรดิน เป็นดินเกิดจากการย่อยสลาย เน่าเปื่อย ของ อินทรีย์วัตถุ ซากพืช สภาพดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย และดินเหนียว ซึ่งเหมาะแก่การ เพาะปลูกทำการเกษตร ทำนา ทำสวนยางพารา ทรัพยากรป่าไม้ เป็นพื้นที่ป่าเขตอนุรักษ์พันธุ์สัตว์ป่า บუნตริก-ยอดมน และอุทยานแห่งชาติภูจองนายอยซึ่งเป็นต้นน้ำของเขื่อนสิรินธร ทรัพยากรน้ำ มีอ่าง เก็บน้ำ เก็บกักน้ำเพื่อการเกษตร 3 แห่ง คือ มีอ่างเก็บน้ำ 3 แห่ง คือ 1) ระบบส่งน้ำโครงการ อ่างเก็บ น้ำห้วยเตื่อนห้า (Huai Duanha Project Irrigation System) ตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ 3 บ้านหนองแปน ตำบล ห้วยข่า อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี สามารถรับน้ำได้ 88.70 ตารางกิโลเมตร ความจุของ อ่างฯ ที่ระดับน้ำเก็บกัก 12,000,000.00 ลูกบาศก์เมตร สามารถส่งน้ำช่วยพื้นที่เพาะปลูกในฤดูฝนได้ 15,000 ไร่ ส่งน้ำช่วยพื้นที่เพาะปลูกในฤดูแล้งได้ 2,000 ไร่ 2) ระบบส่งน้ำโครงการ อ่างเก็บน้ำห้วย ละม็ด (Huai Lamoud Project Irrigation System) ตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ 3 บ้านหนองแปน ตำบลห้วยข่า อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี อ่างเก็บน้ำห้วยละม็ด เป็นโครงการประเภทอ่างเก็บน้ำ ตัวเขื่อน เป็นเขื่อนดินสูง 14.80 เมตร ยาว 2,360 เมตร สันเขื่อนกว้าง 8 เมตร กักเก็บน้ำได้ 6.7 ล้าน ลบ.ม. 3) พื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำห้วยสะพงน้อย มีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเนินเขา ถัดลงมาเป็นที่ลาดลอนคลื่น และเนินตะกอนรูปพัด และมีพื้นที่ลานตะพักลำน้ำ มีที่ราบริมลำน้ำบ้างแต่ไม่มากนัก ห้วยสะพงน้อย เป็นลำน้ำสาขาขนาดเล็กของลำเซเป็ด ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งของลำโดมน้อย อ่างเก็บน้ำห้วยสะพงน้อย ตั้งอยู่ที่บ้านบก ตำบลห้วยข่า อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี สามารถเก็บกักน้ำได้ 14.7 ล้าน ลบ.ม.





แผนที่แสดงหมู่บ้านเสี่ยงพบเชื้อมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก พ.ศ. 2561

ที่มา: ศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ภาพประกอบ 7 แผนที่แสดงพื้นที่เสี่ยงพบเชื้อมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2561

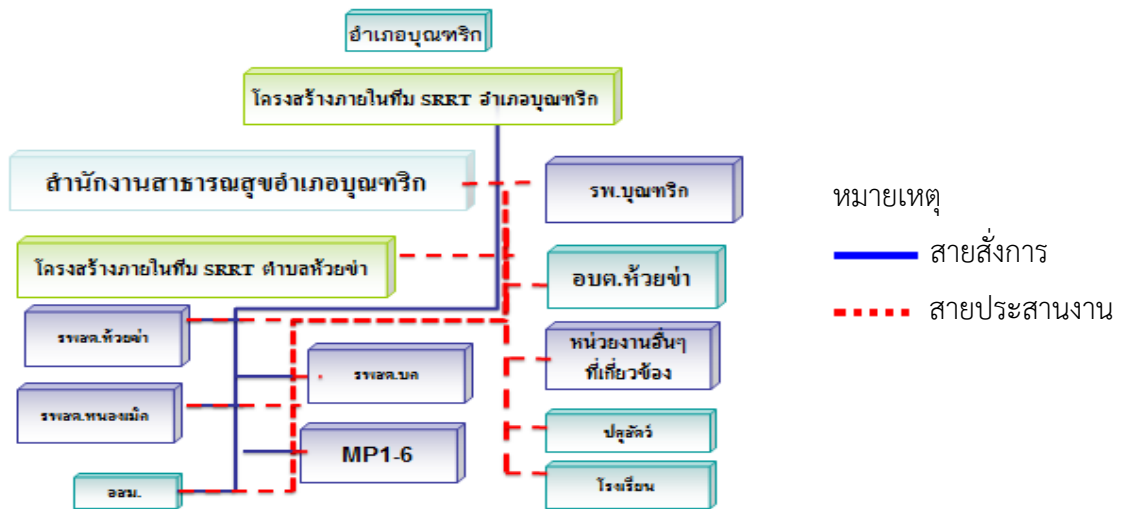
ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง คือ รพ.สต.บก รพ.สต.ห้วยข่า และ รพ.สต.หนองเม็ก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) 23 แห่ง ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขต รพ.สต.บก 85 คน รพ.สต.ห้วยข่า 113 คน และ รพ.สต.หนองเม็ก 102 คน รวมทั้งหมด 300 คน มาลาเรียคลินิกชุมชน 6 แห่ง คือ 1) มาลาเรียคลินิกชุมชนบ้านคำบาก 2) มาลาเรียคลินิกชุมชนบ้านสร้างหอม 3) มาลาเรียคลินิกชุมชนบ้านหนองเม็ก 4) มาลาเรียคลินิกชุมชนบ้านหนองแปก 5) มาลาเรียคลินิกชุมชนบ้านหนองแปนและ 6) มาลาเรียคลินิกชุมชนบ้านบก ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนส่วนใหญ่ คือปัญหาด้านสุขภาพและการประกอบอาชีพ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม คือ การทำนาและสามารถทำได้เพียงครั้งเดียว ประชาชนจึงมีการทำอาชีพเสริมคือ

การเข้าป่าเพื่อหาของป่า เพื่อช่วยเหลือจุนเจือครอบครัวของตนเอง และมีการปลูกพืชเศรษฐกิจที่สำคัญในพื้นที่คือ การทำสวนยางพารา ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีรายได้ และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีพื้นที่ ประมาณ 573 ตารางกิโลเมตร หรือ 358,125 ไร่ ปัจจุบันตำบลห้วยข่ามีประชากร 16,606 คน 4,930 หลังคาเรือน เป็นตำบลที่มีพื้นที่มากที่สุดของอำเภอขุนทรริกและเป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ของป่าไม้ที่สุด ทำให้ประชาชนบางส่วนยังยึดอาชีพเสริมคือการหาของป่า เช่น เห็ด ลูกสำรอง (หมากจอบ) สมุนไพร ยอดหวาย ดอกกระเจียว ปลาและมีการแอบลอบเข้าไปจับสัตว์ป่า และการตัดไม้พุงซึ่งเป็นไม้หวงห้ามแต่เป็นพืชที่สร้างรายได้ให้ประชาชนในพื้นที่อย่างมากมาย ถึงแม้จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียก็ตามประชาชนยังเสี่ยงที่จะเข้าไปในป่าซึ่งเป็นแหล่งซุกซมของยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย

4.3.1.2 ข้อมูลทั่วไปของโครงสร้างระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่อำเภอขุนทรริกที่ผ่านมามีอำเภอขุนทรริกได้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับอำเภอ และการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออย่างต่อเนื่อง กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ วางแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ติดตามและประเมินผล และการส่งเสริมให้เกิดรูปแบบการจัดการระดับตำบลเพื่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ ปัจจุบันมีทีมเฝ้าระวังและควบคุมโรคในพื้นที่ คือ ทีมเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล (SRRT) ตำบลห้วยข่า ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ของตำบลห้วยข่า ดังภาพประกอบ 10





ที่มา: ศูนย์ระบาดวิทยา อำนวยการ บุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี (2560)

ภาพประกอบ 8 โครงสร้างทีมเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล (SRRT)

ตำบลห้วยข่า อำนวยการ บุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team :

SRRT) เป็นกลไกสำคัญในการรับมือกับโรคและภัยคุกคามที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สำหรับ SRRT เครือข่ายระดับตำบล ภารกิจสำคัญของทีม คือ การเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรค เน้นการเฝ้าระวังหยุดหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว ระบบงานของทีม SRRT ระดับตำบลพื้นที่ตำบลห้วยข่า จะประกอบด้วยกระบวนการของงานหลัก 3 งาน ได้แก่ งานเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance) งานสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ และงานควบคุมโรคขั้นต้น SRRT ตำบลห้วยข่า อำนวยการ บุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ทีมโดยใช้พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหลัก คือ รพ.สต.ตำบลห้วยข่า รพ.สต.หนองเม็ก และรพ.สต.บ. ซึ่งสมาชิกทีมประกอบด้วย นายยกองการบริหารส่วนตำบลห้วยข่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากรพ.สต. ผู้นำชุมชน ประธานอสม. อาสาสมัครปศุสัตว์ชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียน และมาลาเรียคลินิกชุมชน ซึ่งจำนวนสมาชิกของแต่ละทีมขึ้นอยู่กับจำนวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ของ รพ.สต. นั้น ๆ และรูปแบบของการทำงานในแต่ละตำแหน่งขึ้นอยู่กับบทบาทที่สมาชิกทีมรับผิดชอบ (ภาคผนวก ๘ บทบาทของ SRRT)

สรุปได้ว่า การที่จะควบคุมโรคในพื้นที่เกิดโรคได้ดี SRRT ตำบลห้วยขาต้องมีความรู้ความเข้าใจ หลักการควบคุมโรคเบื้องต้นจนสามารถนำไปใช้ควบคุมโรคในสถานการณ์ที่มีโรคระบาดในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนใช้เป็นเครื่องมือในการสนับสนุน/ส่งเสริมมาตรการการควบคุมโรคไว้ในพื้นที่เกิดโรค ที่ได้รับความร่วมมือของทุกภาคส่วน เป็นต้นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ และ เอกชน ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ให้สามารถจัดการควบคุมโรคไว้ในพื้นที่เกิดโรคได้ด้วยตนเองรวมทั้งการควบคุมโรคมาลาเรียที่มีการระบาดในพื้นที่ได้ด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ระบบควบคุมโรคในภาพรวมอำเภอบุณฑริกมีประสิทธิภาพ ท้นต่อสถานการณ์ อีกทั้งยังเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดไปในระดับที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของอำเภอได้ตั้งนั้นทีม SRRT ตำบลห้วยขา จึงมีขั้นตอนหรือระบบการออกสอบสวนโรคของพื้นที่ โดยใช้รูปแบบเดียวกันทั้งตำบลและระดับอำเภอ (ภาคผนวก ญ ขั้นตอนการปฏิบัติงานสอบสวนโรค)

ซึ่งรูปแบบการเฝ้าระวังโรคมาลาเรียมีการใช้รูปแบบเดียวกันกับระบบเฝ้าระวังของอำเภอบุณฑริก คือมีการรายงานจากโปรแกรม JHCIS ร่วมกับข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 17 แห่ง รวมถึง PCU โรงพยาบาลบุณฑริก เพื่อนำเข้าโปรแกรม R506 แล้วตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล แล้วจึงส่งออกข้อมูลเป็น Electronic file อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันจันทร์ และพฤหัสบดี แต่ทางโรงพยาบาลยังขาดการเชื่อมโยงการรายงานผู้ป่วยจากงานระบาดวิทยาโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลใกล้เคียง รวมถึงข้อมูลจากมาลาเรียคลินิก ของหน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงและมาลาเรียคลินิกชุมชนในพื้นที่ โดยการใช้ทีม SRRT ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโรคมาลาเรียรวมทั้งโรคติดต่อทุกชนิดในพื้นที่

จากการศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคมาลาเรีย ของโรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีการเฝ้าระวังโรคเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่รักษานอกโรงพยาบาล ดังนี้

ผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุณฑริก ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น/สงสัยโรคมาลาเรีย แพทย์/พยาบาล จะไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาในทันที ซึ่งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจะดึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโปรแกรม HI ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ จากข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม HI แต่ไม่มีการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยไปยังเครือข่ายระบาดวิทยาของอำเภอ (กลุ่มไลน์ SRRT)

2) ผู้ป่วยในโรงพยาบาลบุญตริก มีหอผู้ป่วยในจำนวน 2 แห่ง ซึ่งมีระบบการรายงานโรคที่สำคัญคือ ไข้เลือดออก วัณโรค ติดเชื้อ HIV Zika แต่โรคมาลาเรีย ไม่เคยมีการรายงานเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาโดยตรง ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาจะดึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโปรแกรม HI ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เช่นเดียวกับผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่มารักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีเจ้าหน้าที่ทำการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย จะมีการรายงานเข้าระบบเฝ้าระวัง รง. 506 สัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันจันทร์ และวันพฤหัสบดี ไม่มีการรายงานโรคแบบเร่งด่วน

ผู้ป่วยที่มารักษา ณ มาลาเรียคลินิก (MC) ที่มีการให้บริการในพื้นที่อำเภอบุญตริก คือ หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 10.1.1.1 นางจะหลวย ให้บริการตรวจและรักษา มาลาเรียและรายงานการระบาดโดย รว. 3 ไปยังสำนักงานหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 10.1.1. นางจะหลวย และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลได้บันทึกลงในโปรแกรมมาลาเรียออนไลน์ ไม่มีการรายงานโรคแบบเร่งด่วนผู้ป่วยที่มารักษา ณ มาลาเรียคลินิกชุมชน (MP.) ซึ่งมีทั้งหมด 6 ชุมชน ที่มีการระบาดของโรคมาลาเรียในชุมชน ในตำบลห้วยข่ามี 6 ชุมชน คือ MP.บ้านคำบาก MP.บ้านสร้างหอม MP.บ้านหนองเม็ก MP.บ้านหนองแปน MP.บ้านหนองแปก และ MP.บ้านบก ได้มีการให้บริการตรวจรักษาและการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในระดับชุมชนและมีพนักงานอาสาสมัครมาลาเรียชุมชน ๆ ละ 1 คน ทำหน้าที่ให้สุขศึกษา สรุวจมุง ให้บริการชุบมุ้งป้องกันยุงแก่ประชาชนและมีการติดตามการกินยาของผู้ป่วยอีกด้วย ส่วนการรายงานจะรายงานไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี และกรอกรายงานเข้าโปรแกรมมาลาเรียออนไลน์ ไม่มีการรายงานโรคแบบเร่งด่วน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาร่วมกับเครือข่าย จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่าและภาพรวมของอำเภอบุญตริก จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากสาเหตุที่ทำให้การดำเนินงาน ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียไม่ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ การเฝ้าระวัง การป้องกันและการควบคุมโรคมาลาเรีย ที่ไม่มีการจัดการข้อมูลทางระบาดวิทยาของพื้นที่ตนเอง ทำให้ข้อมูลการเฝ้าระวังของอำเภอแยกกันออกเป็น 3 ส่วน ไม่เป็นข้อมูลรวมของระดับอำเภอและคืนข้อมูลเฝ้าระวังให้กับเครือข่ายระดับตำบล ขาดการประเมินระบบการติดตามการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและทันเวลา ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่ยังไม่เข้มแข็ง และไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างเครือข่าย ภาคีเครือข่าย ยังไม่ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ขาดแผนงานการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ทั้งที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ขาดวัสดุและครุภัณฑ์ในการใช้ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ขาดการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องเกิดปัญหาทำให้

โรคมาลาเรียระบาดและไม่ผ่านเกณฑ์สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงสามารถแสดงได้ตั้งแผนภาพ (ภาคผนวก ฎ โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย)

ข้อมูลผู้ป่วยโรคมาลาเรียจาก พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 ดังนี้ 7.34, 13.04, 84.18, 26.38 และ 3.09 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคมาลาเรียแยกราย หมู่บ้าน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 งานระบาดวิทยา โรงพยาบาลอุบลราชธานี ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคมาลาเรีย จำนวน 21 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.27 ต่อประชากรพันคน ไม่มี รายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วย PV. 17 ราย และ PF. 5 ราย พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 18 ราย เพศหญิง 3 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ 6.00 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 8 ราย รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี 15 - 24 ปี 45 - 54 ปี 55 - 64 ปี 5 - 9 ปี 65 ปีขึ้นไป 10 - 14 ปี และ 0 - 4 ปี จำนวนผู้ป่วย เท่ากับ 4, 4, 3, 1, 1, 0, 0 และ 0 ราย ตามลำดับ หมู่บ้านที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ หมู่บ้านสร้างหอม อัตราป่วยเท่ากับ 5.88 ต่อประชากรพันคน รองลงมาคือ บ้านห้วยข้าหมู 1 บ้านบก บ้านคำบาก บ้านหนองแปน บ้านแก้งสว่าง บ้านแก้งสมบูรณ์ บ้านหนองแปก บ้านหนองเม็ก บ้านห้วยข้าหมู 23 อัตราป่วยเท่ากับ 3.39, 2.60, 2.47, 2.05, 1.88, 1.80, 1.59, 0.85, 0.72 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ (ศูนย์ระบาดวิทยา โรงพยาบาลอุบลราชธานี, 2560)

ด้านการป้องกัน การป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ โดยในปัจจุบันมีการดำเนินการโดย ฝ่ายควบคุมโรคระดับอำเภอ โดยดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (สสจ.) หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี (สคร.) และกองทุนโลกด้านมาลาเรียโดยมีการทำงานร่วมกันกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 3 แห่ง โดยการได้มีการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรค มาลาเรีย เช่น มุ้งชุบน้ำเคมี ยาทากันยุง เพลชุบน้ำยาเคมี ยาทากันยุง โดยกิจกรรมที่หน่วยควบคุม โรคติดต่อฯ โดยแมลงได้มีการเข้ามาในพื้นที่เพื่อจัดอบรมเพื่อศึกษาทางด้านกีฏวิทยาในหมู่บ้าน ค้นหา ผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อทำการรักษาโดยเร็ว ให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ในขณะที่สำนักงานสาธารณสุขได้มีการสำรวจความเพียงพอและความครอบคลุมของมุ้งในพื้นที่ที่มี การระบาดของโรคมาลาเรีย และมีการกระจายมุ้งที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านมาลาเรีย มีการให้อาสาสมัครมาลาเรียให้บริการชุบน้ำยาเคมีเพื่อป้องกันยุง ก่อนที่ประชาชนจะเดินเข้า ป่า มีการจัดมหรธรรณรงค์ป้องกันภัยโรคไข้มาลาเรีย เนื่องในวันมาลาเรียโลก (25 เมษายน ของทุก ปี) ภายใต้นงานมีกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย การเดินรณรงค์ในหมู่บ้าน การแสดงของแสดงพื้นบ้าน ให้ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของ อสม. กิจกรรมชุบน้ำ และมอบมุ้งชุบน้ำยาแก่ชาวบ้าน การเจาะเลือด

เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในหมู่บ้าน นิทรรศการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในเรื่องการป้องกันไข้มาลาเรีย และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในหมู่บ้านและบริเวณรอบหมู่บ้าน

การต่อสู้กับโรคไข้มาลาเรียต้องได้รับความร่วมแรงร่วมใจจากทุกฝ่าย ทั้งจากประชาชนที่อาศัยในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย หรือผู้ที่เดินทางเข้าไปพักค้างในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย ต้องรู้จักป้องกันตนเองจากยุงกัดให้ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะในเวลาที่ยุงมักปล่องหากินช่วงเย็นค่ำจนถึงใกล้รุ่งสว่างรวมทั้งรู้จักอาการที่เข้าข่ายสงสัยของโรคไข้มาลาเรีย เช่น ปวดศีรษะ มีไข้ หนาวสั่น เพื่อไปตรวจเลือดหาเชื้อให้เร็วที่สุด ก่อนอาการจะรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ยังมีมูลนิธิรักไทย ที่ได้เข้ามาจัดกิจกรรมสื่อสารให้ความรู้เบื้องต้นโรคไข้มาลาเรีย ให้กับกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงเป็นประจำ

กิจกรรมที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงาน/คณะกรรมการศึกษาวิจัย

โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบหลักงานควบคุมโรคอำเภอ บุนทริก โดยได้เชิญกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอ บุนทริก ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในโรงพยาบาล 1 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลห้วยข่า 1 คน เจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง 10.1.1 นางจะหลวย 1 คน พนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชน อาสาสมัครมาลาเรีย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ (อสม.เชี่ยวชาญ) ด้านการป้องกันและควบคุมโรค 17 คน ผู้นำชุมชนพื้นที่ A1 และ A2 12 คน หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยข่า 1 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน

กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอ บุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี

1. บทสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอ บุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี

บทสัมภาษณ์นายอำเภอ บุนทริก

โรคติดต่อเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อำเภอ บุนทริกการที่จะทำให้โรคลดลงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต้องเข้ามาขับเคลื่อนระบบสุขภาพของอำเภอ โดยการตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อเพื่อสานต่อนโยบาย และกระตุ้นให้เกิดรูปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบล ยิ่งตำบลห้วยข่ายังเป็นพื้นที่เสี่ยงของโรคระบาด ตอนนนี้ก็ยังมีไข้เลือดออกระบาด ฤดูฝนก็เป็นช่วงการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย จึงเป็นพื้นที่ที่

ควรจะมีการพัฒนาการทำงานเชิงรุกในด้านของการป้องกันและควบคุมโรคให้เข้มแข็งและเป็นต้นแบบของอำเภอ ควรจะมีการทำร่วมกันกับโรคติดต่ออื่น ๆ ด้วยไม่เฉพาะโรคไข้มาลาเรีย จึงเห็นด้วยอย่างยิ่งที่จะมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

บทสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุญศรี

อำเภอบุญศรีเป็นอำเภอชายแดนที่ติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยมีเทือกเขาพนมดงรักเป็นแนวกัน และมีพื้นที่ป่าที่อุดมสมบูรณ์คืออุทยานแห่งชาติภูจองนายอย เป็นป่าต้นน้ำของลำโดมน้อยต้นน้ำเขื่อนสิรินธร ไม่เคยมีการพัฒนาและประเมินระบบเฝ้าระวังของโรคมาลาเรียมาก่อน ดังนั้น จึงมีความสนใจในการศึกษาพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี และพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่มีทีม SRRT เป็นหลักให้มีความ คล่องตัว เข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ ให้การทำงานเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งอำเภอไม่เฉพาะตำบลห้วยข่าเท่านั้น และควรมีการนิเทศติดตามระบบการเฝ้าระวังโรคมาลาเรียเป็นระยะ ๆ เพื่อหาข้อบกพร่องหรือปัญหาที่พบมาดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน จากที่เคยคุยกับเจ้าหน้าที่หลาย ๆ คนที่ผ่านมา ได้ทราบข้อมูลว่า ระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย เป็นที่ยอมรับของทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่บางคนยังไม่ทราบระบบรายงานหรือการเฝ้าระวังโรคมาลาเรียในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล แต่การดำเนินการอาจไม่ต่อเนื่อง ในกรณีเจ้าหน้าที่ผู้รายงานโรคไปประชุมหรือกลางานเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา 1 คนที่สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม HI และดึงเข้าโปรแกรม R506 ได้ แต่ในกรณีผู้ป่วยในจะมีเจ้าหน้าที่ท่านอื่น ๆ ในฝ่ายบริการปฐมภูมิและองค์รวมปฏิบัติหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลในหอผู้ป่วยแทน และรายงานโรคไปยังเครือข่ายระบาดวิทยาได้ เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ ต่อไป

บทสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอบุญศรี

อำเภอบุญศรีเป็นอำเภอชายแดนที่ติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยมีเทือกเขาพนมดงรักเป็นแนวกัน และมีพื้นที่ป่าที่อุดมสมบูรณ์คืออุทยานแห่งชาติภูจองนายอย เป็นป่าต้นน้ำของลำโดมน้อยต้นน้ำเขื่อนสิรินธร เป็นพื้นที่ที่มีความเหมาะสมต่อการระบาดของโรค ที่ผ่านมาก็เคยมีการเสียชีวิต 1 รายใน พ.ศ. 2558 ตำบลที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือตำบลห้วยข่า ตำบลโพนงาม ตำบลคอแลน ตำบลบัวงามและมีบางพื้นที่ไม่พบผู้ป่วยคือ ตำบลบ้านแมต ตำบลโนนค้อ ตำบลหนองสะโนและตำบลนาโพธิ์ การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่อำเภอบุญศรี ในช่วงเวลาที่ผ่านมา อำเภอบุญศรีได้ดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียอย่างต่อเนื่องซึ่งได้รับความร่วมมือกับสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานีโดยการดำเนินงานร่วมกับศูนย์โรคติดต่อฯ โดยแมลง โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนจากกองทุนโลกด้านมาลาเรีย ซึ่งการดำเนินการอาจยังไม่ครอบคลุม ดังนั้น

บทสรุปจากตัวแทนด้านสาธารณสุข

การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ผู้เข้าร่วมได้มีความเห็นตรงกันว่า บางครั้งการทำหน้าที่ยังแยกส่วนกันทำ เช่น การเฝ้าระวังระดับจังหวัด (สสจ. สคร.10 นคม. MC) ระดับอำเภอ (ฝ่ายควบคุมโรคสสอ.และโรงพยาบาล) ระดับชุมชน (MP รพ.สต.) ไม่มีการรวบรวมข้อมูลส่วนกลางของอำเภอ และคิดว่าการควบคุมโรคยังเป็นหน้าที่หลักของหน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับตำบลมีหน้าที่ทางด้านวิชาการจึงไม่ได้ลงค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่และไม่ได้มีการเข้าควบคุมโรคในกรณีที่มีผู้ป่วย แต่ถ้ามีผู้ป่วยในพื้นที่จึงจะมีการดำเนินการลงพื้นที่ร่วมกับกับหน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) เพื่อประสานงานในพื้นที่ให้เท่านั้น และยังเห็นตรงกันว่ายังไม่ทราบรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ในระดับตำบลอย่างแท้จริง ส่วนด้านการป้องกัน เห็นพ้องกันว่า เป็นหน้าที่หลักของประชาชนในพื้นที่ที่ต้องดูแลตนเองเป็นหลัก เนื่องจากการที่จะได้รับเชื้อมาลาเรียต้องเดินทางเข้าพื้นที่ที่มียุงพาหะเชื้อมาลาเรียเท่านั้นประชาชนจึงควรป้องกันตนเองเป็นหลัก ส่วนเจ้าหน้าที่ก็จะให้การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการและสนับสนุนเวชภัณฑ์เท่าที่ได้รับการสนับสนุนมาเท่านั้น และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันหรือควบคุมโรคมาลาเรียด้วย กรณีตัวอย่างการเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน ในการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

“การทำงานของควบคุมโรคในอำเภอบุญทริกและตำบลห้วยข่า เป็นการทำงานแบบแยกส่วน ควรมีการจัดการข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกันโดยเฉาะข้อมูลระดับอำเภอ”

เจ้าหน้าที่ ก (นามสมมติ)

“ต้องมีการจัดหาฯ ชุมมั่งมาสนับสนุนให้ชุมชนได้ดำเนินการเองเพื่อความสะอาดของประชาชนในการจัดการตนเอง ต้องมีการนำเสนอโครงการเข้าแผนของกองทุนตำบล ต้องมีการประชุมเพื่อสรุปสถานการณ์หรือการประชุมเพื่อหารือกันบ่อย ๆ”

เจ้าหน้าที่ ข (นามสมมติ)

“เจ้าหน้าที่ต้องให้การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการและสนับสนุนเวชภัณฑ์เท่าที่ได้รับการสนับสนุนมาเท่านั้น เป็นหน้าที่หลักขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันหรือควบคุมโรคมาลาเรียด้วยโดยการจัดทำแผนหรือข้อบัญญัติท้องถิ่น”

เจ้าหน้าที่ ค (นามสมมติ)

บทสรุปจากตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอ บุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี มีความคิดเห็นตรงกันว่า การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียเป็นหน้าที่หลักของหน่วยควบคุมโรคมาลาเรีย (หน่วยควบคุมโรคติดต่ออำเภอโดยแมลง) เป็นผู้มีบทบาทหลักและควรเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจาก เป็นบุคลากรทางด้านนี้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานเฉพาะด้าน และเจ้าหน้าที่หรือเจ้าพนักงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ อบต. น่าจะให้การสนับสนุนด้านกำลังคนร่วมด้วยเนื่องจากมีความหลากหลายในด้านกำลังคนและไม่มีประสบการณ์ขาดความรู้และทักษะในการควบคุมโรคมาลาเรียในช่วงเวลาที่ผ่านมา จะทำให้ในการดำเนินงานในการควบคุมโรคมาลาเรียประสบผลสำเร็จได้มากกว่า ส่วนในเรื่องงบประมาณในการดำเนินงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้กับสาธารณสุขได้ตามภารกิจที่มีกฎหมายรองรับเท่านั้น และการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นการดำเนินงานตามนโยบายเท่านั้น ยังไม่ได้ลงถึงระดับพื้นที่จริง ๆ ขาดการบูรณาการและประสานแผนในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และข้อมูลโรคมาลาเรียส่วนใหญ่จะอยู่ที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบงานด้านการป้องกันโรคมาลาเรียยังขาดประสบการณ์การวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ของโรคมาลาเรีย กรณีตัวอย่างการเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน ในการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

“นคม.ควรเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักและควรเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจาก เป็นบุคลากรทางด้านนี้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานเฉพาะด้าน และเจ้าหน้าที่หรือเจ้าพนักงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ อบต. น่าจะให้การสนับสนุนด้านกำลังคนร่วมด้วยเนื่องจากมีความหลากหลายในด้านกำลังคนและไม่มีประสบการณ์ในการควบคุมโรคมาลาเรีย”

เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ก (นามสมมติ)

บทสรุปจากตัวแทนภาคประชาชน (ประธาน อสม./กลุ่มผู้นำชุมชน)

การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ตัวแทนภาคประชาชนส่วนใหญ่เห็นพ้องกันว่า การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมาได้มีหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมมือกันเพื่อควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยขาและตำบลใกล้เคียง โดยการแจกมุ้งชุบสารเคมีในการกำจัดยุงตัวแก่ และการจัดตั้งคลินิกรักษามาลาเรียในพื้นที่ให้ประชาชนที่เดินทางเข้าป่าแล้วป่วยสามารถมาตรวจรักษาได้ทันทีเป็นการลดการเดินทางเข้าไปรักษาที่โรงพยาบาลบุณฑริก ส่วนการควบคุมโรคมีความคิดเห็นว่า ยังไม่มีการดำเนินการเท่าที่ควร ไม่มีการพ่นน้ำยาติดผนังเหมือนแต่ครั้งก่อน ๆ อสม. ไม่ได้ออกดำเนินการควบคุมเหมือนโรคไข้เลือดออก ประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ต้องเข้ามาดูแลอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการพ่นหมอกควันฆ่ายุงเมื่อไข้เลือดออก เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเงินเดือนจะต้องเป็นผู้ดำเนินการ กรณีตัวอย่างการเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน ในการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

“มันเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับ อสม. ที่ต้องเข้ามาดูแลอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการพ่นหมอกควันฆ่ายุงเมื่อไข้เลือดออก เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรง”

ผู้นำชุมชน ก (นามสมมติ)

“บ่มีการพ่นน้ำยาติดผนังเหมือนแต่ครั้งก่อน ๆ ไม่มีการประสานมายังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อออกดำเนินการควบคุมเหมือนโรคไข้เลือดออก”

ผู้นำชุมชน ข (นามสมมติ)

“หลายปีมานี้เจ้าหน้าที่ได้ให้การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการและสนับสนุนเวชภัณฑ์เท่าที่ได้รับ การสนับสนุนมาเท่านั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เยอะแล้ว ยังคงขาดจากอบต. ซึ่งเป็นหน้าที่หลักขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องเข้ามา มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันหรือควบคุมโรคมาลาเรียด้วยโดยการจัดทำแผนหรือข้อบัญญัติท้องถิ่น”

ผู้นำชุมชน ค (นามสมมติ)

“ช่วง 5 ปี ที่ผ่านมาได้มีหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมมือกันเพื่อควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ ตำบลห้วยข่าและตำบลใกล้เคียง โดยการแจ่มแจ้งข่าวสารเคมีในการกำจัดยุงตัวแก่”

ประธาน อสม. ง (นามสมมติ)

เดี๋ยวนี้มีการจัดตั้งคลินิกรักษามะเร็งในพื้นที่ให้ประชาชนที่ไปป่ามาตง แล้วเจ็บไข้ได้ป่วย สามารถมาตรวจรักษาได้ทันทีเป็นการลดการเดินทางเข้าไปรักษาที่โรงพยาบาลบุณฑริก ส่วนการควบคุมโรคยังไม่มีการดำเนินการเท่าที่ควร”

ประธาน อสม. จ (นามสมมติ)

บทสรุปจากพนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชน (MP, MPW)

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยข่า อำเภอ บุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชนเห็นพ้องกัน ในเรื่องการทำนิยามงานเฝ้า ระวังป้องกันป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในส่วนของชุมชนที่รับผิดชอบ ได้มีการดำเนินในเรื่องการ รักษาโดยได้รับการสนับสนุนยารักษาจากกองทุนโลกด้านมาลาเรีย และบิวเกตต์ และสนับสนุนมุ้งชุบน้ำยาเคมี เปลและยาทาที่กันยุงมาบางส่วน และได้รับเงินค่าตอบแทนรายเดือนจากกองทุนโลกและ ต้องการให้มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างน้อยปีละ 3 ครั้งและมีการเพิ่มงบประมาณในการ ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ด้วย โดยเฉพาะ อบต.ต้องเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ เหมือนไข้เลือดออกด้วย ต้องมีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เมื่อมีการรายงานผู้ป่วยในพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่ที่มี การระบาดตามนิยาม กรณีตัวอย่างการเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน ในการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

“ปัจจุบันในส่วนของชุมชนที่รับผิดชอบ ได้มีการดำเนินในเรื่องการรักษาโดยได้รับการ สนับสนุนยารักษาจากกองทุนโลกด้านมาลาเรีย และสนับสนุนมุ้งชุบน้ำยาเคมี เปลและยาทาที่กันยุงมา บางส่วน แต่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ”

อาสาสมัคร ก (นามสมมติ)

“ต้องมีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เมื่อมีการรายงานผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อป้องกันการติดต่อใน บ้านเรือนต่อไป”

อาสาสมัคร ข (นามสมมติ)

“อยากให้มีการติดตามการทำงาน อยากให้มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างน้อยปีละ 3 ครั้งและมีการเพิ่มงบประมาณในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ด้วย”

อาสาสมัคร ค (นามสมมติ)

4.3.2 กระบวนการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

4.3.2.1 ผลการศึกษาเชิงสำรวจบุคลากร คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี รวมจำนวนกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 39 คน (N=39) ประกอบไปด้วย

1) ผู้กำหนดนโยบายในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก รวมเป็น 3 คน

2) ตัวแทนหน่วยงานราชการในพื้นที่ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลห้วยข่า 3 แห่ง ๆ เจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง 10.1.1 นางจะหลวย 1 คน รวมเป็น 6 คน

3) ผู้ปฏิบัติงานนอกหน่วยงานราชการในพื้นที่ตำบลห้วยข่า ได้แก่ พนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชน อาสาสมัครมาลาเรีย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ (อสม.เชี่ยวชาญ) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคในหมู่บ้าน A1, A2 รวมเป็น 17 คน

4) เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชนพื้นที่ หัวหน้ากองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยข่าหรือผู้แทน รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 13 คน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากร เนื่องจากประชากรกลุ่มผู้กำหนดนโยบายในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ 3 คน ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ร่วม

พหุ ประเด็น ชีว

ตาราง 2 ความถี่และร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย ตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะกลุ่มประชากร	จำนวน (n=36)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	(63.90)
หญิง	13	(36.10)
อายุ (ปี)		
31 – 40 ปี	9	(25.00)
41 – 50 ปี	13	(36.11)
51 – 60 ปี	14	(38.39)
\bar{x} =47.03 ปี S.D.=8.009 ปี Min=32 ปี Max=59 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	(11.10)
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	(22.20)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	(50.00)
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	2	(5.60)
ปริญญาตรี	4	(11.10)
ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง		
คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข	7	(19.40)
คณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5	(13.90)
คณะกรรมการภาคประชาชน	24	(66.70)
รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน		
< 5,000 บาท	16	(44.33)
5,001 – 10,000 บาท	12	(33.33)
10,001 – 15,000 บาท	2	(5.56)
15,001 – 20,000 บาท	1	(2.78)
20,001 – 25,000 บาท	2	(5.56)
> 25,001 บาท	3	(8.33)
\bar{x} =9,453.89 S.D.=9,251.25 Min=1,500 Max=47,000		

ตาราง 2 (ต่อ)

คุณลักษณะกลุ่มประชากร	จำนวน (n=36)	ร้อยละ
ในปีที่ผ่านมา (2560) หมู่บ้านของท่านมีผู้ป่วยโรคมาลาเรียเกิดขึ้นหรือไม่		
มี	33	(91.70)
ไม่ทราบ	3	(8.30)
การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย		
ไม่เคย	9	(25.00)
เคย 1-3 ครั้ง	15	(41.70)
เคย มากกว่า 3 ครั้ง	12	(33.30)
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรียในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย		
เคยได้รับ	36	(100.00)
แหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมาลาเรีย		
วิทยุ	5	(13.90)
โทรทัศน์	7	(19.40)
หนังสือพิมพ์	3	(8.30)
โปสเตอร์แผ่นพับ	20	(55.60)
หออกระจายข่าว	17	(47.20)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	26	(72.20)
อสม.หรือ อสม.ม.	22	61.10)
เพื่อนบ้าน	4	(11.10)
มาลาเรียคลินิกชุมชน	5	(13.90)

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.90) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 38.39) รองลงมาอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 36.11) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.03 ปี อายุน้อยที่สุด 32 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส 32 (ร้อยละ 88.90) รองลงมา หม้าย/หย่า/แยก 3 (ร้อยละ 8.30) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด 18 (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 8 (ร้อยละ 22.50) การดำรงตำแหน่งตำแหน่งทาง

สังคมมากที่สุดคือ คณะกรรมการภาคประชาชน 24 (ร้อยละ 66.70) รองลงมาคณะกรรมการส่วน
สาธารณสุข 5 (ร้อยละ 13.90) รายได้เฉลี่ยรายเดือนต่อคน 5,001-10,000 บาท 12 (ร้อยละ 33.33)
รองลงมา > 25,001 บาท 3 (ร้อยละ 8.333) มีรายได้เฉลี่ย 9,453.89 บาท ส่วนใหญ่ทราบข้อมูลว่ามี
ผู้ป่วยโรคมะเร็งในชุมชนหรือพื้นที่ 33 (ร้อยละ 91.70) ไม่ทราบ 3 (ร้อยละ 8.30) ได้รับการอบรม
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง เคย 1-3 ครั้งต่อปี 15 (ร้อยละ 41.70) เคยมากกว่า 3
ครั้งต่อปี 12 (ร้อยละ 33.30) ไม่เคย 9 (ร้อยละ 25.00) การได้รับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค
มะเร็งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับ 36 (ร้อยละ 100.00) แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค
มะเร็งมากที่สุดคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 26 (ร้อยละ 72.20) รองลงมาคือ อสม./อสม.ม 22 (ร้อย
ละ 61.10)

ข้อมูลส่วนที่ 2 ด้านความพร้อมของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง

ตาราง 3 แสดงข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม จำแนกรายด้าน

ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม	จำนวน (N=6)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ด้านการบริหารจัดการ	1.94	0.65	ปานกลาง
2. ด้านวัสดุครุภัณฑ์	1.83	0.76	ปานกลาง
3. ด้านบุคลากร	1.83	0.76	ปานกลาง
4. ด้านงบประมาณ	1.17	0.55	น้อย

จากตาราง 3 พบว่า ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการ
ดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัด
อุบลราชธานี โดยภาพรวมมีความพร้อมในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย (\bar{x} =1.69, S.D.=0.69) เมื่อ
พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านบริหารจัดการ (\bar{x} =1.94, S.D.=0.65)
รองลงมาได้แก่ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ (\bar{x} =1.83, S.D.=0.76) ส่วนด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (\bar{x} =
1.28, S.D.=0.66)

สามารถจำแนกความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการ
ดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัด
อุบลราชธานีได้รายชื่อดังตาราง

ตาราง 4 แสดงข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม ด้านบุคลากรจำแนกรายข้อ

ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม	จำนวน (N=6)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านบุคลากร			
พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค	2.00	0.89	ปานกลาง
กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน	1.83	0.75	ปานกลาง
มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย	1.83	0.75	ปานกลาง
กำหนดนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่	1.67	0.82	ปานกลาง
จัดอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอ	1.67	0.82	ปานกลาง
แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย	1.67	0.82	ปานกลาง
การพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรค	1.67	0.82	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่า ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ด้านบุคลากร โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.83$, S.D.=0.74) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค ($\bar{x} = 2.00$, S.D.=0.89) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนและมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ ($\bar{x} = 1.83$, S.D.=0.75) ส่วนข้อ กำหนดนโยบาย จัดอัตรากำลังบุคลากร แต่งตั้งคณะกรรมการ และการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.67$, S.D.=0.82)

ตาราง 5 แสดงข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมด้านงบประมาณ
จำแนกรายข้อ

ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม	จำนวน (N=6)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านงบประมาณ			
การจัดสรรงบประมาณในด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย	1.50	0.84	น้อย
การจัดสรรงบประมาณเพื่อการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ภาวะฉุกเฉิน	1.50	0.84	น้อย
ระบบการประเมินประสิทธิภาพการใช้งบประมาณด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่	1.50	0.84	น้อย
การจัดสรรงบประมาณสำหรับการบำรุงรักษาและซ่อมแซมครุภัณฑ์ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่	1.33	0.52	น้อย
การจัดสรรเงินตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลา – ราชการ	1.17	0.41	น้อย
การจัดตั้งกองทุนการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่	1.17	0.41	น้อย

จากตาราง 5 พบว่า ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ด้านงบประมาณ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับน้อย ($\bar{x}=1.17$, S.D.=0.55) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณในด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ ($\bar{x}=1.50$, S.D.=0.84) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ การจัดสรรงบประมาณสำหรับการบำรุงรักษาและซ่อมแซมครุภัณฑ์ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ ($\bar{x}=1.33$, S.D.=0.52) ส่วนการจัดตั้งกองทุนการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=1.17$, S.D.=0.41)

พูน ปณ ทิโต ชิว

ตาราง 6 แสดงข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมด้านวัสดุครุภัณฑ์
จำแนกรายข้อ

ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม	จำนวน (N=6)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านวัสดุครุภัณฑ์			
มีวัสดุที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ เช่น มุ้งชุบ	2.17	0.75	ปานกลาง
มีสารเคมีที่ใช้การป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ เช่น ทราายเคมีสำหรับควบคุมลูกน้ำ	2.17	0.41	ปานกลาง
ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสารเพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน	1.67	0.82	ปานกลาง
ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ เช่น เครื่องพ่นหมอกควัน เครื่องพ่นละอองฝอย	1.50	0.84	น้อย
ยานพาหนะเพื่อใช้ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน	1.50	0.84	น้อย

จากตาราง 6 พบว่า ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ด้านวัสดุครุภัณฑ์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.83$, S.D.=0.76) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีวัสดุที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ เช่น มุ้งชุบและมีสารเคมีที่ใช้การป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ เช่น ทราายเคมีสำหรับควบคุมลูกน้ำ ($\bar{x} = 2.17$, S.D.=0.75) ($\bar{x} = 2.17$, S.D.=0.41) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ การจัดให้มีหรือสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ($\bar{x} = 2.00$, S.D.=0.89) ส่วนข้อ ยานพาหนะเพื่อใช้ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.50$, S.D.=0.84)

ตาราง 7 แสดงข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมด้านบริหารจัดการ
จำแนกรายข้อ

ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม	จำนวน (N=6)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านบริหารจัดการ			
กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการ	2.33	0.52	ปานกลาง
กำหนดแนวทางการดำเนินงานวางแผน-งาน/โครงการ	2.17	0.75	ปานกลาง
เอื้ออำนวยในการป้องกันควบคุมโรค	2.17	0.41	ปานกลาง
การเอื้ออำนวยด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม	2.17	0.41	ปานกลาง
การใช้ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขวางแผนประมาณ	2.17	0.75	ปานกลาง
ควบคุมการบริหารงบประมาณให้บรรลุเป้าหมาย	2.17	0.41	ปานกลาง
ของโครงการ			
จัดกิจกรรมที่ผสมผสานกับการส่งเสริม	2.00	0.63	ปานกลาง
ควบคุม ป้องกัน ฟื้นฟู			
การนิเทศ ควบคุม กำกับ และติดตามงานอย่างเป็นระบบ	1.83	0.75	ปานกลาง
ประสานแผนงานโครงการในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วม	1.83	0.75	ปานกลาง
ของเครือข่าย			
การประสานการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรค	1.83	0.75	ปานกลาง
มาลาเรีย			
การประเมินประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณไปพัฒนา	1.83	0.75	ปานกลาง
ระบบบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข			
การจัดกิจกรรมผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสภาพ	1.67	0.82	ปานกลาง
ความสามารถขอความร่วมมือและระดมทรัพยากรจาก	1.50	0.55	ปานกลาง
องค์กร			
การจัดทำรายงานบัญชีทรัพย์สินในการป้องกันควบคุมโรค	1.50	0.84	น้อย
มาลาเรียในพื้นที่			

จากตาราง 7 พบว่า ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัด

อุปราชธานี ด้านบริหารจัดการ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับปานกลาง ($\bar{x}=1.94$, S.D.=0.65) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการ ($\bar{x}=2.33$, S.D.=0.52) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ กำหนดแนวทางการดำเนินงานวางแผน-งาน/โครงการ การเฝ้าระวังในการป้องกันควบคุมโรค การเฝ้าระวังด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม การใช้ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขวางแผนงบประมาณและการควบคุมการบริหารงบประมาณให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.75) ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.41) ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.41) ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.75) ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.41) ตามลำดับ ส่วนข้อ การจัดทำรายงานบัญชีทรัพย์สินในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่และความสามารถขอความร่วมมือและระดมทรัพยากรจากองค์กร มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=1.50$, S.D.=0.84) ($\bar{x}=1.50$, S.D.=0.55)

ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย

ตาราง 8 แสดงข้อมูลด้านเจตคติต่อโรคมาลาเรีย จำแนกรายข้อ

เจตคติต่อโรคมาลาเรีย	จำนวน (N=36)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
สามารถหาคำแนะนำหรือข้อมูลการรักษามาลาเรียได้เมื่อป่วย	2.94	0.33	สูง
เป็นอันตรายมากถ้ากินยารักษามาลาเรียไม่หมดหรือไม่ครบ	2.81	0.58	สูง
อาจติดเชื้อมาลาเรียถ้าทำงานหรือนอนไม่กางมุ้งหรือเข้าป่าตอนกลางคืน	2.78	0.48	สูง
ยารักษาโรคมาลาเรียที่ โรงพยาบาล มาลาเรียคลินิก มาลาเรียคลินิก สามารถรักษามาลาเรียได้เหมือนกัน	2.75	0.65	สูง
การป้องกันโรคมาลาเรียทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด	2.69	0.67	สูง
ป่วยเป็นโรคมาลาเรียแล้ว มีโอกาสป่วยเป็นซ้ำได้อีก	2.64	0.68	สูง
คนที่ป่วยเป็นโรคมาลาเรียแล้วไปรักษาซ้ำ อาจตายได้	2.64	0.59	สูง
นอนในมุ้งตอนกลางคืนเป็นวิธีที่ดีที่สุด สามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคมาลาเรียได้	2.61	0.73	สูง
คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมี โอกาสเป็นโรคมาลาเรีย	2.58	0.73	สูง

ตาราง 8 (ต่อ)

เจตคติต่อโรคมาลาเรีย	จำนวน (N=36)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ต้องไปที่โรงพยาบาล มาลาเรียคลินิก มาลาเรียคลินิกชุมชนทันทีเมื่อสงสัยว่าติดเชื้อมาลาเรีย	2.58	0.73	สูง
โรคมาลาเรียเป็นปัญหาสำคัญและบางครั้งอาจเป็นโรคที่มีอันตรายต่อชีวิต	2.56	0.77	สูง
ถ้าป่วยเป็นโรคมาลาเรียต้องไปรักษาที่ โรงพยาบาล มาลาเรียคลินิก มาลาเรียคลินิกชุมชนเท่านั้น	2.53	0.77	สูง
เมื่อป่วยด้วยโรคมาลาเรียแล้วไม่รักษาทันที อาจจะมีอันตรายต่อชีวิตได้	2.50	0.77	สูง
ชาวบ้านทุกคนในหมู่บ้านของท่านมีโอกาสป่วยเป็นโรคมาลาเรียได้	2.47	0.81	สูง
เด็กและสตรีมีครรภ์ ที่ป่วยเป็นโรคมาลาเรียมี ความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคมาลาเรียและเสียชีวิตได้มาก	2.47	0.84	สูง
วิธีที่ดีที่สุดที่จะป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อมาลาเรีย คือ การป้องกันไม่ให้ยุงกัด	2.36	0.90	สูง
ทุกคนก็มีโอกาสเป็นโรคมาลาเรีย	2.33	0.79	ปานกลาง
โรคมาลาเรียสามารถติดต่อได้โดยตรงจากคนสู่คน	2.06	0.86	ปานกลาง
เมื่อเคยป่วยเป็นโรคมาลาเรียแล้วไม่ป่วยซ้ำอีก	2.00	0.93	ปานกลาง
คนที่ป่วยเป็นไข้มาลาเรียสามารถซื้อยากินเองได้	1.83	0.91	ปานกลาง
การป่วยด้วยโรคมาลาเรียสามารถหายเองได้โดยไม่ต้องรักษา	1.72	0.91	ปานกลาง
สามารถหยุดกินยาได้เลยถ้ารู้สึกหายดีแล้ว	1.69	0.86	ปานกลาง

จากตาราง 8 พบว่า ข้อมูลด้านเจตคติต่อโรคมาลาเรีย ของการพัฒนาการดำเนินงาน เครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับสูง ($\bar{x} = 2.36$, S.D.=0.75) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันสามารถหาคำแนะนำหรือข้อมูลการรักษา มาลาเรียได้เมื่อฉันป่วยเป็นมาลาเรีย ($\bar{x} = 2.94$, S.D.=0.33) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ เป็นอันตรายมาก

ถ้ากินยารักษามาลาเรียไม่หมดหรือไม่ครบ ($\bar{x}=2.81$, S.D.=0.58) ส่วนข้อฉันคิดว่าสามารถหยุดกินยาได้โดยถ้ารู้สึกว่ายากแล้ว มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=1.69$, S.D.=0.86)

ส่วนที่ 5 การป้องกันโรคมาลาเรีย

ตาราง 9 แสดงข้อมูลด้านการป้องกันโรคมาลาเรีย จำแนกรายข้อ

การป้องกันโรคมาลาเรีย	จำนวน (N=36)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
มาตรการควบคุมโรคมาลาเรียประกอบด้วยมาตรการต่อยุงพาหะ	2.97	0.17	สูง
ต่อเชื้อและต่อคน			
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วหมายถึงทีมที่มีภารกิจในการตอบสนองเหตุการณ์เน้นการเฝ้าระวังโรค เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว	2.81	0.40	สูง
การนอนในมุ้งสามารถป้องกันท่านจากการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้	2.67	0.59	สูง
การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก้นปล่อง สามารถทำได้โดยการถากถางวัชพืชริมลำธาร จะสามารถลดปริมาณยุงก้นปล่องให้น้อยลงได้	2.64	0.64	สูง
ไข้มาลาเรียจะมีการระบาดในเฉพาะฤดูฝนเท่านั้น	2.58	0.73	สูง
การนอนในมุ้งที่มีการชุบน้ำยาเคมีทุกครั้ง สามารถป้องกันยุงกัดและป้องกันการป่วยเป็นโรคมาลาเรียได้	2.56	0.77	สูง
การป้องกันไม่ให้ยุงกัดอาศัยวิธีการป้องกันอย่างเดียวก็น่าได้ผล	2.50	0.77	สูง
การป้องกันตนเองและครอบครัวไม่ให้ป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้เป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถทำได้	2.50	0.85	สูง
ยุงก้นปล่องเพียงตัวเดียวกัด ทำให้ป่วยเป็นโรคมาลาเรียได้	2.47	0.84	สูง
ปัจจุบันดีดีที่ไม่มาสามารถกำจัดยุงพาหะมาลาเรียได้	2.47	0.74	สูง
การพ่นสารเคมี เช่น ดีดีที บนฝาผนังบ้านสามารถฆ่ายุงก้นปล่องได้ และสามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้	2.44	0.73	สูง
ท่านสามารถป้องกันไม่ให้ไข้มาลาเรียเกิดขึ้นกับท่านได้	2.39	0.80	สูง
การป้องกันการแพร่เชื้อมาลาเรียในชุมชนหรือเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของสำเร็จได้ดีควรให้เป็นหน้าที่ของทุกคน	2.39	0.87	สูง

ตาราง 9 (ต่อ)

การป้องกันโรคมาลาเรีย	จำนวน (N=36)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
การทายากันยุง หรือสวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายให้มิดชิดไม่ สามารถป้องกันยุงกัดได้	2.36	0.90	สูง
วิธีการการป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคมาลาเรียที่ดีที่สุดคือ การ ป้องกันไม่ให้ยุงกัด	2.33	0.89	ปานกลาง
การสวมเสื้อผ้ามิดชิดปกปิดร่างกายไม่สามารถป้องกันการป่วย เป็นไข้มาลาเรียได้	2.22	0.76	ปานกลาง
การไม่ออกไปนอกบ้านในเวลากลางคืนสามารถป้องกันการป่วย เป็นไข้มาลาเรียได้	2.22	0.80	ปานกลาง
การฉีดยาฆ่ายุงสามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้	2.19	0.89	ปานกลาง
การใช้ยาทากันยุงไม่สามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้	2.00	0.86	ปานกลาง
การควบคุมไม่ให้เกิดไข้มาลาเรียเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่	1.94	0.89	ปานกลาง
ผู้มีความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียสามารถป้องกันตนเองไม่ให้ป่วย เป็นไข้มาลาเรียได้	1.86	0.93	ปานกลาง
ยาป้องกันไข้มาลาเรียสามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ได้	1.50	0.77	ต่ำ

จากตาราง 9 พบว่า ข้อมูลด้านการป้องกันโรคมาลาเรีย ของการพัฒนาการดำเนินงาน
เครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี
จำแนกรายข้อ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับสูง ($\bar{x} = 2.36$, S.D.=0.75) เมื่อ
พิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มาตรการควบคุมโรคมาลาเรียประกอบด้วยมาตรการ
ที่อยู่พาหะต่อเชื้อและต่อคน ($\bar{x} = 2.97$, S.D.=0.17) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ ข้อที่เฝ้าระวังสอบสวน
เคลื่อนที่เร็วหมายถึงทีมที่มีภารกิจในการตอบสนองเหตุการณ์เน้นการเฝ้าระวังโรค เพื่อป้องกันและ
ควบคุมไม่ให้มีการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว ($\bar{x} = 2.81$, S.D.=0.40) ส่วนข้อ ยาป้องกันไข้มาลาเรีย
สามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.50$, S.D.=0.77)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย จำแนกรายด้าน

ส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย	จำนวน (N=36)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน	2.53	0.65	สูง
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	2.53	0.62	สูง
3. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	2.44	0.65	สูง
4. การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์	2.42	0.65	สูง

จากตาราง 10 พบว่า ข้อมูลด้านการการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายด้าน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ในระดับสูง ($\bar{x}=2.48$, S.D.=0.64) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน ($\bar{x}=2.53$, S.D.=0.65) รองลงมาได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ($\bar{x}=2.52$, S.D.=0.62) ส่วนด้านการมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.42$, S.D.=0.65)



ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเรื้อรัง ด้านการมีส่วนร่วม
ด้านการตัดสินใจและวางแผน จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเรื้อรัง ด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน	จำนวน (N=36)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
มีส่วนร่วมเสมอ ในการคิด วางแผน ทำโครงการที่เกี่ยวกับการ การป้องกันปัญหาโรคมะเร็งเรื้อรังให้กับคนในชุมชน	2.67	0.53	สูง
เคยพูดคุย เสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน	2.50	0.70	สูง
เข้าร่วมเพื่อเสนอปัญหาของชุมชนและการวางแผน ในการแก้ไขปัญหา	2.50	0.65	สูง
มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเสนอวัน หรือระบุช่วงของการรณรงค์ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเรื้อรังในพื้นที่ชุมชนของท่าน	2.44	0.69	สูง

จากตาราง 11 พบว่า ข้อมูลด้านการการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเรื้อรังของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมะเร็งเรื้อรัง ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.53$, S.D.=0.62) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมเสมอ ในการคิด วางแผน ทำโครงการที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาโรคมะเร็งเรื้อรังให้กับคนในชุมชน ($\bar{x} = 2.67$, S.D.=0.53) รองลงมาได้แก่ การเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันหรือการควบคุมโรคมะเร็งเรื้อรัง และการเสนอปัญหาของชุมชนและการวางแผนในการแก้ไขปัญหา ในชุมชนของท่านและท่านเคยพูดคุย ($\bar{x} = 2.50$, S.D.=0.70) ($\bar{x} = 2.50$, S.D.=0.65) ส่วนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระบุช่วงของการรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.44$, S.D.=0.69)

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 12 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย	จำนวน (N=36)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ			
มีส่วนร่วมในการ สำรวจมุ้ง แจกมุ้ง ซุปมุ้งด้วยน้ำยาเคมีหรือการพ่นสารเคมีร่วมกับชุมชน	2.61	0.60	สูง
เคยเข้ารับการตรวจเลือดคัดกรองกลุ่มเสี่ยงหรือบอกกล่าวคนในครอบครัว ชุมชนให้ไปตรวจเลือดเมื่อสงสัยว่าจะได้รับเชื้อ	2.61	0.64	สูง
เคยพูดคุย หรือให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย เกี่ยวกับ ความรุนแรง การติดต่อ การรักษา การป้องกัน ให้กับคนอื่น	2.50	0.56	สูง
เคยร่วมปล่อยปลากินลูกน้ำ ในห้วย หนอง คลอง บึง ลำธาร หรือเลี้ยงไว้ที่บ้าน หรือแจกเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันการระบาดของโรคมาลาเรียในชุมชนของท่าน	2.39	0.69	สูง

จากตาราง 12 พบว่า ข้อมูลด้านการการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.53$, S.D.=0.62) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือมีส่วนร่วมในการ สำรวจมุ้ง แจกมุ้ง หรือการพ่นสารเคมีและ การตรวจเลือดเมื่อมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อมาลาเรีย หรือบอกกล่าวคนในครอบครัว ชุมชนให้ไปตรวจเลือด เมื่อสงสัยว่าจะได้รับเชื้อมาลาเรีย ($\bar{x} = 2.61$, S.D.=0.60) ($\bar{x} = 2.61$, S.D.=0.64) ตามลำดับ รองลงมาได้แก่ เคยพูดคุยหรือให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย เกี่ยวกับ ความรุนแรง การติดต่อ การรักษา การป้องกัน ให้กับคนอื่น ($\bar{x} = 2.50$, S.D.=0.56) ส่วนเคยร่วมปล่อยปลากินลูกน้ำ ในห้วย หนอง คลอง บึง ลำธาร หรือเลี้ยงไว้ที่บ้าน หรือแจกเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันการระบาดของโรคมาลาเรียในชุมชน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.39$, S.D.=0.69)

ตาราง 13 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย
ด้านการมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ด้านการมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์	จำนวน (N=36)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1.คนในครอบครัว หรือในชุมชน เคยเห็นหรือเคยได้รับความรู้ จาก การประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์การป้องกันโรคมาลาเรีย	2.61	0.49	สูง
2.คนในบ้าน หรือในชุมชนท่าน เคยมาเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อโรค มาลาเรีย	2.58	0.60	สูง
3.ได้รับการชูปมุงเคมี หรือ การแจกมุง หรือยาทากันยุง จากเจ้าหน้าที่ หรือหน่วยงานของราชการ	2.39	0.69	สูง
4.เคยเห็นหรือเคยได้รับการพ่นสารเคมีตกค้าง เช่น ดีดีที ในบ้านหรือ ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ เมื่อมีผู้ป่วยในบ้านท่านหรือในชุมชนของท่าน เพื่อการกำจัดยุงก้นปล่อง	2.11	0.82	ปานกลาง

จากตาราง 13 พบว่า ข้อมูลด้านการการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย
ของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า
อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมด้านการรับ
ผลประโยชน์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.42$, S.D.=0.65) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด
คือ เคยได้รับความรู้ จากการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์การป้องกันโรคมาลาเรีย ($\bar{x}=2.61$,
S.D.=0.49) รองลงมาได้แก่ เคยมาเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อโรคมาลาเรีย ($\bar{x}=2.58$, S.D.=0.60)
ส่วนการได้รับการพ่นสารเคมีตกค้าง เช่น ดีดีที ในบ้านท่านหรือชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ เมื่อมีผู้ป่วยใน
บ้านท่านหรือในชุมชนของท่าน เพื่อการกำจัดยุงก้นปล่อง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.11$, S.D.=0.82)

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 14 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	จำนวน (N=36)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1.ติดตามการดำเนินงานในกิจกรรมการสำรวจมะเร็ง ชุบมุ้ง กระจายมุ้ง หรือการพ่นสารเคมีตกค้างของเจ้าหน้าที่อยู่เสมอ	2.58	0.60	สูง
2.เคยเสนอความคิดหรือแนวทางในการค้นหาผู้ป่วย	2.44	0.65	สูง
3.ติดตามข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยไข้มะเร็งในชุมชนของท่านว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลง	2.42	0.65	สูง
4.เสนอแนวคิด ข้อคิดเห็นเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในชุมชนของท่านหรือ อบต.	2.31	0.71	ปานกลาง

จากตาราง 14 พบว่า ข้อมูลด้านการการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.44$, S.D.=0.65) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ติดตามการดำเนินงานในกิจกรรมการสำรวจมะเร็ง ชุบมุ้ง กระจายมุ้ง หรือการพ่นสารเคมีตกค้างของเจ้าหน้าที่อยู่เสมอ ($\bar{x} = 2.58$, S.D.=0.60) รองลงมาได้แก่ ข้อเคยเสนอความคิดหรือแนวทางในการค้นหาผู้ป่วย ($\bar{x} = 2.44$, S.D.=0.65) ส่วนการเสนอแนวคิด ข้อคิดเห็นเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในชุมชนของท่านหรือ อบต. มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.31$, S.D.=0.71)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB)

ตาราง 15 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ
ระดับอำเภอ (DHB) จำแนกรายด้าน

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ ระดับ อำเภอ (DHB)	จำนวน (N=6)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านงบประมาณ	2.23	0.52	ปานกลาง
ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการและโครงการ	2.17	0.52	ปานกลาง
ด้านการเตรียมความพร้อม	2.00	0.48	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	2.00	0.63	ปานกลาง

จากตาราง 15 พบว่า ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ
ระดับอำเภอ (DHB) ของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย
ตำบลห้วยข่า อำเภอขุนทรริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายด้าน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยการมีส่วน
ร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.33$,
S.D.=0.52) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านงบประมาณ ($\bar{x} = 2.17$,
S.D.=0.52) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการและโครงการ ส่วน
ด้านการเตรียมความพร้อมและด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.00$, S.D.=0.48) ($\bar{x} = 2.00$,
S.D.=0.63) ตามลำดับ

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 16 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ
ระดับอำเภอ (DHB) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHB)	จำนวน (N=6)		
	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านการเตรียมความพร้อม			
1.ดำเนินงานของ DHB มีความพร้อมในการสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ในด้าน การเตรียมความพร้อม การจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการและโครงการ บุคลากร และงบประมาณ	1.83	0.41	ปานกลาง
2.มีส่วนร่วมในการเตรียมบุคลากรด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB)	2.17	0.41	ปานกลาง
3.การมีส่วนร่วมในการจัดระบบพี่เลี้ยง กำหนดการนิเทศหรือการออกแบบระบบการสนับสนุนช่วยเหลือในระดับอำเภอ	2.00	0.63	ปานกลาง
ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการและโครงการ			
4.มีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการคัดเลือกปัญหาและการเลือกใช้	2.17	0.41	ปานกลาง
5.มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพ	2.17	0.41	ปานกลาง
6.มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและ การประเมินผล กำหนดตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	2.17	0.75	ปานกลาง
ด้านบุคลากร			
7.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล	2.33	0.52	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ			
7.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละโครงการตาม ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เลือก	2.00	0.62	สูง

จากตาราง 16 พบว่า ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) ของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.00$, $S.D. = 0.48$) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านการเตรียมความพร้อม พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการเตรียมบุคลากรด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) ($\bar{x} = 2.17$, $S.D. = 0.41$) ส่วนการดำเนินงานของ DHB มีความพร้อมในการสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ในเรื่องการเฝ้าระวังและควบคุมโรคมาลาเรียในด้าน การเตรียมความพร้อม การจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการและโครงการ บุคลากร และงบประมาณ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.83$, $S.D. = 0.41$)

ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการและโครงการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากันทุกข้อ ทั้งการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการคัดเลือกปัญหา การเลือกใช้ข้อมูลและปัญหาของพื้นที่ (DHB) และท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามประเด็นที่เลือก และการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและ การประเมินผล กำหนดตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย ($\bar{x} = 2.17$, $S.D. = 0.41$) ($\bar{x} = 2.17$, $S.D. = 0.41$) ($\bar{x} = 2.17$, $S.D. = 0.75$)

ด้านบุคลากร มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล ($\bar{x} = 2.00$, $S.D. = 0.63$)

ด้านงบประมาณ มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละโครงการตาม ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เลือก ($\bar{x} = 2.17$, $S.D. = 0.52$)

ส่วนที่ 8 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

1. การดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ท่านพบปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการดำเนินงาน เรื่องงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ไม่เพียงพอ หน่วยบริการด้านสาธารณสุขยังไม่ได้ตั้งงบประมาณหลักในการดำเนินงาน และขาดความชัดเจน ด้านงบประมาณส่วนท้องถิ่นยังไม่มีที่ตั้งงบประมาณในการดำเนินการอย่างจริงจัง และการดำเนินควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ยังไม่เข้มข้นตามรูปแบบการควบคุมโรคมาลาเรียเป็นไปอย่างล่าช้าขาดความตระหนักในชุมชนและยังไม่มีแนวทางการค้นหาผู้ป่วยสัมผัสเชื้อจากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างจริงจัง บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข (ด้านมาลาเรีย

โดยตรง) มีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ ประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่

2. มีวิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวอย่างไรบ้างพบว่า วิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค หรือผลกระทบ ที่สำคัญที่สุดคือ การสร้างโครงสร้างของคณะทำงานเพื่อทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะนำมาซึ่งการดึงงบประมาณและประสานความร่วมมือทุกรูปแบบทั้งจากภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาพัฒนาการดำเนินงานต่อไป และมีการดำเนินการร่วมกับองค์กรเอกชนที่เข้ามาให้การสนับสนุนงบประมาณบางส่วน เช่น มูลนิธิรักษ์ไทย กองทุนโลกด้านมาลาเรีย หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (นคม.) สำนักควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (สทม.) ในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในพื้นที่

3. ต้องการความช่วยเหลือตามรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ท่านต้องการให้ช่วยเหลือด้านใด พบว่า ต้องการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในการทำงานนอกเวลา และการออกควบคุมโรคในพื้นที่ การเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากร และการให้การสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่มากยิ่งขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่นเดียวกับโรคไข้เลือดออก อีกทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ การประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันโรคมาลาเรียอย่างต่อเนื่อง ทั้งในชุมชน โรงเรียน เป็นต้น

4. ข้อเสนอแนะในรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าต้องการให้มีการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายและประชาชน เช่น ผู้นำชุมชน โรงเรียน อปท. และ NGO ที่เข้ามาดำเนินการในพื้นที่ พัฒนาคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านการป้องกันและควบคุมโรค ให้มีการประสานงบประมาณในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ด้านการป้องกัน และด้านการควบคุมโรค ให้เพียงพอ พัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ในพื้นที่ ให้มีความพร้อมของการดำเนินการ “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว” ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทันเหตุการณ์ และควรมีการพัฒนาช่องทางในการส่งต่อข้อมูลและการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแจ้งข้อมูลข่าวสารให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ

รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมช่วยชาวอำเภอพุทธนิคม จังหวัดอุบลราชธานี มีระดับความพร้อมในการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่ระดับค่อนข้างสูง ในส่วนของด้านบุคลากรและงบประมาณยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม เนื่องจากทางสาธารณสุขยังคงไม่ได้จัดงบประมาณไว้ในสำหรับดำเนินการเท่าที่ควร แต่มีงบประมาณจากกองทุนโลกด้านมะเร็งสนับสนุนซึ่งสามารถทดแทนกันได้บางส่วนจึงยังไม่มีงบที่ตั้งงบประมาณที่ชัดเจนและแนวทางในการปฏิบัติยังไม่ชัดเจน เครือข่ายยังไม่ทราบบทบาทในด้านการควบคุมโรคมะเร็งเต้านม จึงทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังไม่ชัดเจนในเรื่องโครงสร้างและงบประมาณในการบริหารจัดการเช่นกัน จึงควรมีการพัฒนาโครงสร้างจัดแบ่งหน้าที่กันให้ชัดเจนและการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่ ส่วนด้านการพัฒนาบุคลากรนั้น ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการอบรมฟื้นฟูความรู้ใหม่ ๆ ให้กับบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นประจำจึงทำให้การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านมเป็นไปอย่างดียิ่งสามารถที่จะพัฒนาให้มั่นคงเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

กิจกรรมที่ 4 ประชุมคณะทำงาน/คณะกรรมการวิจัย

โดยได้ข้อสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 5 พฤษภาคม 2561 ณ ห้องประชุม รพ.สต.หนองเม็ก เพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนา คณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุม มีความเห็นตรงกันว่า ควรจัดหาวัสดุภัณฑ์หรือเคมีภัณฑ์เช่น น้ำยาชุบมุ้ง ในการป้องกันยุงมาให้ชุมชน และควรมีการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ให้มีการจัดประชุมคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหา การขับเคลื่อนได้จริง การให้เจ้าหน้าที่ไปรับบริการฟื้นฟูความรู้ และให้ทางสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและความต้องการจากนั้นกำหนดแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน กรณีตัวอย่างการเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน ในการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

“คุณหมอ ต้องหาชุบมุ้งมาไว้ที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน หรือเอามาไว้ที่บ้านประธาน อสม. มิให้ขาด ชาวบ้านจะได้มาขอไปชุบเองหรือเอามุ้งมาให้ชุบ จะได้ป้องกันยุงกัด เพราะที่ผ่านมามีเขาเคยมาถามแต่บ่มีให้ อยากให้มีการประชุมหารือกันบ่อย ๆ”

ผู้ใหญ่บ้าน ก (นามสมมติ)

“อยากให้เอาเปลชุบมุ้งมาแจกอีกเพราะป้องกันยุงได้ดียามขึ้นป่า เอาแต่นำกะติ
ศรีบคุณหมอ”

ประธาน อสม. ข (นามสมมติ)

“แต่ก่อนสาธารณสุขจากอำเภอและสสจ.อุบลราชธานี เคยแจกมุ้งและเปลเป็น
ประจำทุกปี และจะทำให้การใช้งบประมาณที่คุ้มค่าที่สุด ควรมีการสำรวจมุ้งหรือเปลที่มีอยู่ในพื้นที่
มุ้งเก่า แล้วทำการชุบมุ้งด้วยน้ำยาเคมี จะทำให้ไม่ต้องซื้อมุ้งใหม่ซึ่งใช้งบประมาณมากเกินไป”

นักวิชาการสาธารณสุข ค (นามสมมติ)

“ยามมีคนไข้มาลาเรียในบ้านเขา กะอยากให้คุณหมอ ออกมาพ่นยุงนำเขื่อนคือเก่า
คือแต่ก็ เอายาดีดีที่ มาพ่นเลยสิได้บ่มีคนติดโรคในบ้านเขา”

ประธาน อสม. ง (นามสมมติ)

“การพ่นยุงตอนนี้ใช้ยาฟิโตะไทออน ได้พ่นในบริเวณรอยต่อระหว่างอุทยานกับชุมชน
ในเขตตำบลห้วยข่าเพื่อป้องกันยุงบึงลงมาจากป่ามาถิ่นประชาชน ซึ่งยุงกันปล่องสามารถบินได้ไกล
จากบริเวณที่ยุงพักอาศัยประมาณ 1 กิโลเมตร เป็นการควบคุมยุงลายอีกช่องทางหนึ่ง”

เจ้าหน้าที่มาลาเรียคลินิก จ (นามสมมติ)

“อยากให้มีน้ำยาชุบมุ้ง ตั้งจุดบริการ คลังยาชุบมุ้งไว้ประจำหมู่บ้านเลย อย่าให้ขาด
ในด้านการป้องกันในชุมชน ต้องมี อบต. ผู้ใหญ่บ้าน คุณหมอ อสม. ต้องคุยกัน ให้สุขศึกษา หา
แนวทางป้องกัน จัดงบประมาณ จัดเวชภัณฑ์ป้องกันให้กับชุมชน เมื่อมีคนไข้ต้องการให้ใช้สารเคมีพ่น
ในชุมชนที่มีไข้และแหล่งที่มาของไข้มาลาเรียเพื่อกำจัดให้หายไปโดยเด็ดขาด”

ประธาน อสม. ฉ (นามสมมติ)

“ต้องการยาชุบมุ้ง เปล ในด้านการป้องกันอสม. อบต. ผู้ใหญ่บ้าน MP เจ้าหน้าที่มา
ให้คำแนะนำ ให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมหรือว่าประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือมีการประชุมเป็นระยะ ๆ”

ประธาน อสม. ช (นามสมมติ)

“อยากได้เปล ยาซุบมั่ง อยากได้กำลังคนและงบประมาณมาสสนับสนุน อยากให้มีการพนสารเคมี ในกระท่อม หรือในหมู่บ้าน ขอกำลังคนจากทางภาครัฐ”

ประธาน อสม. ช (นามสมมติ)

“ไม่ต้องไปป่าหรือการใช้ยาหากันยุงและยาซุบมั่งหรือนอนในมุ้ง ประชุมกันบ่อย ๆ”

ประธาน อสม. ฉ (นามสมมติ)

“อยากได้ยาซุบมั่ง สเปรย์พ่นยุงตามเสื้อผ้า จัดยาซุบมั่งให้ที่บ้านผู้นำหมู่บ้าน ประธานอสม. เพื่อความสะดวกของชาวบ้านแต่ละชุมชน ขอยาพ่นดีดีที ตามเถียงไร่ เถียงนา ตามแนวชายป่า มียาหากันยุง ให้ชาวบ้าน อบต. ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อสม.ร่วมประชุมทุกเดือนเพื่อวางแผนควบคุมไขมาลาเรียใช้เลือดออกแต่ละชุมชนและทุกหน่วยงานที่รับผิดชอบให้มาดูแลแต่ละชุมชน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค”

ประธาน อสม. ญ (นามสมมติ)

“ต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวังโดยการส่งเจ้าหน้าที่ระดับรพ.สต. มาลาเรียคลินิกชุมชน เข้ารับการฟื้นฟูประจำปี และมีการประชุมเป็นประจำ และเจ้าหน้าที่ต้องเป็นผู้ที่ประสานงานในระดับชุมชน”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฎ (นามสมมติ)

จากประเด็นการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพิจารณาารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ สามารถสรุปภาพรวมได้เป็นประเด็นต่าง ๆ ดังตาราง 17

พหุ อนุ ทิโต ชีเว

ตาราง 17 สรุปประเด็นปัญหาจากการวิเคราะห์ของผู้เข้าร่วมประชุม แยกเป็น 4 ด้าน 3 ภารกิจ

ปัญหา	ประเด็นปัญหา	โครงการแก้ไขปัญหา
ด้านบุคลากร		
1. กิจกรรมการเฝ้า	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่มีน้อย - ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมาลาเรีย - ไม่เห็นโรคมาลาเรียเป็นปัญหาของพื้นที่เนื่องจากเป็นโรคประจำถิ่น - มีการเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบบ่อยครั้ง 	1. แแผนพื้นที่พ้องคความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/รพช/รพ.สต.ในการตรวจวินิจฉัยรักษาโรคไข้มาลาเรียและการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค
กิจกรรมการป้องกันโรค	<p>เจ้าหน้าที่มีน้อย</p> <p>การทำงานยังมีการแยกส่วนกัน</p> <p>ดำเนินการขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องประชาชนไม่ตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของตนเองการดำเนินการในโรงเรียนยังไม่เข้มข้น</p>	
กิจกรรมการควบคุมโรค	<p>เจ้าหน้าที่มีน้อยยังไม่ได้ดำเนินการตามมาตรการกำจัดโรคมาลาเรีย</p> <p>เต็มทีขาดความเข้าใจขั้นตอนการดำเนินงานไม่สามารถลงปฏิบัติในพื้นที่ได้ทันทีไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองการให้ความร่วมมือจากหน่วยงานบางหน่วยงาน</p>	

ตาราง 17 (ต่อ)

ปัญหา	ประเด็นปัญหา	โครงการแก้ไขปัญหา
ด้านวัสดุครุภัณฑ์		
1. กิจกรรมการเฝ้าระวัง	ระบบการทำงานด้านโปรแกรมการรายงานยังไม่ชัดเจน	1.โครงการสำรวจความต้องการมุ่งและกระจายมุ่งชุน้ำยาในพื้นที่เสี่ยง
2. กิจกรรมการป้องกันโรค	วัสดุด้านการป้องกันยังมีการสนับสนุนไม่เพียงพอ วัสดุด้านการป้องกันไม่ครอบคลุมพื้นที่	2.โครงการจัดซื้อเครื่องฟ่นละอองฝอยเคมีเพื่อกำจัดยุงในบ้านผู้ป่วย
3. กิจกรรมการควบคุมโรค	วัสดุด้านการป้องกันยังมีการสนับสนุนไม่เพียงพอ หน่วยงานที่รับผิดชอบไม่ทราบหน้าที่ในการจัดหาขาดแผนงานในการจัดหาให้เพียงพอยาพ่น น้ำมันมุ้ง เพล ไม่เพียงพอ	
ด้านงบประมาณ		
1. กิจกรรมการเฝ้าระวัง	- งบประมาณในการดำเนินการไม่เพียงพอ	1.แต่งตั้งคณะทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า เพื่อดำเนินการในการกำหนด
2. กิจกรรมการป้องกันโรค	ขาดการวางแผนในการสนับสนุนของอปท. ประชาชนรอรับอย่างเดียว การประสานงานร่วมในการดำเนินการงบประมาณ	นโยบายการพัฒนาพื้นที่ระดับตำบล มี 2คณะทำงาน 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่
3. กิจกรรมการควบคุมโรค	ไม่มีงบประมาณที่ชัดเจน งบประมาณในการดำเนินงานนอกเวลา	ตำบลห้วยข่า 2) กรรมการทีม SRRT ตำบลห้วยข่า

ตาราง 17 (ต่อ)

ปัญหา	ประเด็นปัญหา	โครงการแก้ไขปัญหา
ด้านการบริหารจัดการ		
1.กิจกรรมการเฝ้าระวังโรค	ขาดภาคีเครือข่ายที่ดำเนินการเฝ้าระวังโรค ขาดการจัดโครงสร้าง การดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดการนิเทศติดตามและประสานอย่างต่อเนื่อง	1.โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย
2.กิจกรรมการป้องกันโรค	ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน	
3.กิจกรรมการควบคุมโรค	ขาดการประสานงานในทีม ขาดการรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงการ แก้ปัญหาโยนให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง รับผิดชอบ	

กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สาเหตุและปัญหาในการดำเนินงานโดยการทำกิจกรรมกลุ่มย่อย แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งกลุ่ม กลุ่มละเท่า ๆ กัน เพื่อระดมสมอง การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและสาเหตุ การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า โดยแต่ละกลุ่มนำเสนอในที่ประชุมผลที่ได้รับจากการระดมสมองของผู้เข้าร่วมประชุมได้ข้อสรุปเป็นแผนการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลการสรุปรูปแบบการพัฒนา 4 ด้าน 3 ภารกิจ ดังนี้

รูปแบบการพัฒนาด้านบุคลากร ในการดำเนินงานควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของคณะทำงานไว้อย่างชัดเจนและสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน พัฒนางค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ด้านเฝ้าระวัง 2) การป้องกัน และ 3) การควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

รูปแบบการพัฒนาด้านงบประมาณ ประสานแผนและบูรณาการด้านงบประมาณจากทุกภาคส่วนหรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องเช่น อบต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง และ NGO ในพื้นที่ทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ด้านเฝ้าระวัง 2) การป้องกัน และ 3) การควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

รูปแบบการพัฒนาด้านวัสดุครุภัณฑ์ พัฒนามาตรฐานงานควบคุมโรคมาลาเรียตามมาตรฐานควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยาทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ด้านเฝ้าระวัง 2) การป้องกัน และ 3) การควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

รูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการ ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการและเครือข่ายดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไข้มาลาเรียอย่างจริงจังและทบทวนโครงสร้างของระบบการทำงาน โครงสร้างของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ด้านเฝ้าระวัง 2) การป้องกัน และ 3) การควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

การประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ คณะกรรมการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการกำหนดแผนการดำเนินงานโครงการ ขึ้นมาจากแผนพัฒนารูปแบบ ที่สามารถดำเนินการได้จริงในขั้นการปฏิบัติตามแผนได้ 5 โครงการ แผนงานตามรูปแบบการพัฒนาดังนี้ (ภาคผนวก ฎ ตารางแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม)

ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Action) และ ขั้นการสังเกต (Observe)

หลังจากนั้นได้นำแผนงานโครงการและกิจกรรมไปปฏิบัติจริง (Action) และมีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Observe) ระหว่างการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการและวิเคราะห์ข้อมูลสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 นำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ (Action) และกิจกรรมที่ 6 ประเมินผล

1. โครงการฟื้นฟูองค์ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/รพช/รพ.สต.

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในการอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อให้ทราบถึงขอบเขตในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อ และทราบบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจนและสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่

ของตน ใช้ในการประกอบการวางแผนในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียต่อไป และรองรับการถ่ายโอนภารกิจจากสำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง

1.1 ผลการดำเนินงาน ได้มีการประสานงานให้เจ้าหน้าที่ได้เข้ารับการอบรมฟื้นฟูเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เคยผ่านการอบรมมาและ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค สสอ./รพช เข้าอบรมในวันที่ 15-16 มิถุนายน 2561 ณ โรงแรมริเจนท์พาเลด จังหวัดอุบลราชธานี ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค รพ.สต.หนองเม็ก เข้าร่วมการวางแผนปฏิบัติการควบคุมโรคมาลาเรีย ในวันที่ 18 มิถุนายน 2561 ณ ห้องประชุม 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค รพ.สต.ห้วยข่า รพ.สต.บก และ รพ.สต.หนองเม็ก เข้ารับการอบรม โครงการ (RAI2E) ในวันที่ 18-20 มิถุนายน 2561 ณ ผลการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ทราบถึงแนวทางในการควบคุมป้องกันโรค มาลาเรียเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อ ทราบบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจนและสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนและการรองรับการถ่ายโอนภารกิจจาก นคม.

1.2 การประเมินผล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ทราบถึงขอบเขตในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย และทราบถึงวิธีการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่เบื้องต้น นำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมาสำราญนำความรู้จากการเข้ารับการฟื้นฟูมาทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องการพัฒนาแบบระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญพิทักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี

2. แผนสำรวจความต้องการมุ้งชุบน้ำยาในพื้นที่เสี่ยง

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อการป้องกันการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดต่อ โดยการสำรวจความเพียงพอและความครอบคลุมของมุ้งชุบสารเคมีในพื้นที่ตำบลห้วยข่า เป็นการวางแผนในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียให้ประชาชนได้ใช้เพื่อป้องกันตนเอง

2.1 ผลการดำเนินงาน ได้มีการจัดทำแผนการสำรวจและกระจายมุ้งชุบสารเคมีในการป้องกันยุงพาหะนำเชื้อโรคมาลาเรีย โดยการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก ด้านมาลาเรียโดยการประสานงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และได้ทำการกระจายมุ้งให้แก่ชุมชนเสี่ยงทั้งหมด 12 ชุมชน ๆ 250 หลัง และได้รับการสนับสนุนเปลในการให้เดินทางเข้าป่าชุมชนละ 200 ผืน กรณีตัวอย่างการเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน ในการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

“ได้เปลกกับมุ้งมาแจกไทบ้านกะดินครับคุณหมอ ชาวบ้านสิได้เอาไปป้องกันเจ้าของยามไป ปามาตง”

ผู้นำชุมชน ก (นามสมมติ)

“เฮือนหลังได้มีคนหลปลบ่พอกะให้เตรียมมุ้งเก่าไว้สิ ได้เอายาชูปมาเฮ็ดให้ เพราะว่าเฮา ได้มุ้งมาหน้อยมันบ่พอกันดอก”

ผู้นำชุมชน ข (นามสมมติ)

“ส่วนชุมชนไหนที่ได้ไม่ครบเจ้าหน้าที่จะนำเอาน้ำยาชูปมุ้งให้นะครับ ให้ซักและทำความสะอาดไว้เลย เดี่ยวทางผมจะจัดทำแผนออกชูปมุ้งส่งมาให้”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค (นามสมมติ)

2.2 การประเมินผล ประชาชนในพื้นที่ได้ตระหนักในการป้องกันตนเอง และตื่นตัวในการนอนกางมุ้ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ได้เรียนรู้การวางแผนจัดการบริหารทรัพยากรและแนวทางการขอรับสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ นำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมาสำราญนำความรู้จากการเข้ารับการฟื้นฟูมาทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องการพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริกจังหวัดอุบลราชธานี

3. แผนการจัดซื้อเครื่องฟั่นละอองฝอยเคมีเพื่อกำจัดยุงในบ้านผู้ป่วย

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อการเตรียมความพร้อมตามมาตรการ 1, 3 และ 7 โดยการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือในการใช้ควบคุมการระบาดของโรคติดต่อ นำโดยแมลง ป้องกันการระบาดของโรคไข้มาลาเรื้อรังในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดต่อ เป็นการวางแผนในการดำเนินงานป้องกันโรคมalariaเรื้อรังระบาดในกรณีที่มีรายงานผู้ป่วยรายใหม่

3.1 ผลการดำเนินงาน ได้มีการประเมินจากข้อมูลย้อนหลังทางระบาดวิทยา อาจจะมีการระบาดครั้งรุนแรงอีกครั้ง จึงมีการปรับปรุงแผนงบประมาณกลางปีเพื่อดำเนินการจัดซื้อเครื่องฟั่นละอองฝอยแบบสพายหลังเพื่อใช้ในการฆ่ายุงตัวแก่บริเวณบ้านผู้ป่วยป้องกันการระบาดซ้ำในชุมชน โดยการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโรงพยาบาลบุณฑริก ในการจัดซื้อ

3.2 การประเมินผล ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ได้เรียนรู้การวางแผนจัดการบริหารทรัพยากรต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ และแนวทางการขอรับสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ นำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การแต่งตั้งคณะกรรมการในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า เพื่อดำเนินการในการกำหนดนโยบายการพัฒนาพื้นที่ระดับตำบล มี 2 คณะทำงาน ดังนี้

4.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า และ
2) คณะกรรมการทีม SRRT ตำบลห้วยข่า

เป็นการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการที่จัดทำขึ้นมาเพื่อเป็นคนกำหนดนโยบายการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีช่องทางในการสื่อสาร การแจ้งข้อมูลข่าวสารที่มีความผิดปกติในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียเบื้องต้นเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรคมาลาเรียได้

1) ผลการดำเนินงาน ได้มีการจัดทำคำสั่งให้นายอำเภอลงนามในคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า สาธารณสุขอำเภอบุญทริกได้ลงนามแต่งตั้ง ทีมคณะกรรมการทีม SRRT ตำบลห้วยข่าประกอบด้วยทีม SRRT 3 ทีม คือ 1) ทีม SRRT รพ.สต.บก ทีม SRRT รพ.สต.หนองเม็ก และทีม SRRT รพ.สต.ห้วยข่า

2) การประเมินผล ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการให้ความร่วมมือหากพบผู้ป่วยที่มีอาการหรือสงสัยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย จะมีการแจ้งข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออาสาสมัครมาลาเรีย เพื่อแจ้งทีม SRRT ในการตรวจสอบข่าวจาก SRRT อำเภอเพื่อทำการควบคุมป้องกันโรค ในพื้นที่ตำบลห้วยข่า ให้ติดตามตรวจสอบ หรือให้คำแนะนำในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย และนอกจากนั้น มีการส่งบทความประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในพื้นที่ ให้ผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวเป็นประจำอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง

5. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย

เป็นการพัฒนามาตรฐานงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียตามมาตรฐานงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยาซึ่งจะส่งผลให้เกิดการควบคุมโรคมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว สามารถตอบสนองได้อย่างทันท่วงที ตามมาตรการ 1, 3 และ 7

1) ผลการดำเนินงาน ทีมได้มีการกำหนดรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ให้เป็นไปตามรูปแบบการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้ความ เข้าใจมาตรฐานงานควบคุมโรคติดต่อ ส่งผลให้ การควบคุมโรคติดต่อ “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว”

2) การประเมินผล การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังป้องกันและ ควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีการเตรียมความพร้อมใน การควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ตามมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรีย วันที่ 1 วันที่ 3 และวันที่ 7 ส่งผลให้เกิดแนวทางในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียเป็นรูปธรรมและมี ความชัดเจน ซึ่งจะส่งผลต่อด้านประสิทธิภาพของการดำเนินงานควบคุมโรค (ให้รายงานทางไลน์ “มาลาเรียบุญทริก) (ภาคผนวก ฐ มาตการ 1, 3 และ 7)

จากการดำเนินการตามมาตรการ 1, 3 และ 7 ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้ร่วม ดำเนินการได้เห็นแบบของการทำงานเป็นทีม การพัฒนารูปแบบการดำเนินการที่เป็นไปในทิศทางที่ ดีขึ้น ทำให้เกิดผลสำเร็จในการควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ส่งผลต่อการรายงานโรคได้เร็ว การควบคุม โรคเป็นไปตามขั้นตอน และจำนวนผู้ป่วยลดลง (ภาคผนวก ๗ โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรค มาลาเรียปรับปรุง 2561)

4.3.3 ผลของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค มาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

กิจกรรมที่ 7 สะท้อนผล เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน

4.3.3.1 ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัด อุบลราชธานี เมื่อการดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาแต่ละ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติ ดังนี้

จากการประชุมของกลุ่มเป้าหมายร่วมกับผู้วิจัย ในวันที่ 25 มิถุนายน 2561 สรุปผลการ ปฏิบัติกิจกรรมทั้งที่กิจกรรมที่มีผลสำเร็จและกิจกรรมที่ยังไม่สำเร็จ หรืออาจมีการปรับปรุงกิจกรรมใด หรือหากจะมีการเพิ่มกิจกรรมก็ได้รับความเห็นชอบของที่ประชุม โดยเจ้าหน้าที่และผู้วิจัยได้รับรู้ แล้ว มอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานการดำเนินการต่อไป

1. ด้านบุคลากร พบว่า คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีความสนใจและมั่นใจ มีความพึงพอใจในการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรของพื้นที่ทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ควบคุมโรค 2) ป้องกันโรค 3) เฝ้าระวังโรค และยังมีการสร้าง

เครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการจัดทำทำเนียบ SRRT เครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ พร้อมเบอร์โทรในการประสานงานระหว่างเครือข่าย มีรายชื่อผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ทุกระดับมีความชัดเจน สามารถประสานงานทางโทรศัพท์ได้ทันทีที่มีเหตุการณ์ และมีระบบติดตาม กำกับ และประเมินผลอย่าง เป็นรูปธรรม

2. ด้านงบประมาณ พบว่า เกิดการประสานแผนงานด้านงบประมาณระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) สาธารณสุข หน่วยควบคุมโรคหน้าโดยแมลง (นคม.) สำนักโรคติดต่อหน้าโดยแมลง (สทม.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) กองทุนโลกด้านมาลาเรีย และกองทุนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ในการดำเนินงานทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ควบคุมโรค 2) ป้องกันโรค 3) เฝ้าระวังโรคโรคมาลาเรียในพื้นที่ ไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของงบประมาณ นอกจากนั้นยังมี แผนปฏิบัติการด้านการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ที่มีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานร่วมกัน และมีชื่อผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ต้องการไว้อย่างชัดเจน

3. ด้านวัสดุครุภัณฑ์ พบว่า การดำเนินงานด้านนี้ จำเป็นต้องมีผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ที่สูงกว่าในการให้คำแนะนำ ทีมจึงมีการจัดทำรายชื่อหน่วยงานที่พร้อมให้การสนับสนุนด้านวัสดุครุภัณฑ์ เพื่อการติดต่อประสานขอความร่วมมือเป็นศูนย์อ้างอิงทางด้านวิชาการ ในการจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ในการดำเนินงาน ให้ครอบคลุมทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ควบคุมโรค 2) ป้องกันโรค 3) เฝ้าระวังโรคโรคมาลาเรียในพื้นที่ มีการจัดทำทะเบียนวัสดุครุภัณฑ์ในการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคภายในหน่วยงานของตนเองและระหว่างหน่วยงานเพื่อประกอบการวางแผนในการบริหารในภาวะฉุกเฉิน และจัดหาวัสดุครุภัณฑ์เพิ่มเติมในกรณีที่ทรัพยากรดังกล่าวอาจไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่

4. ด้านการบริหารจัดการ พบว่า ทีมได้มีการสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียทุกระดับพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลบุญทริก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี หน่วยควบคุมโรคติดต่อหน้าโดยแมลง 10.1.1 อำเภอนาจะหลวย มาลาเรียคลินิกบุญทริก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครมาลาเรียชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้บริหารสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ ส่งผลให้ทีมมีข้อมูลโรคมาลาเรียในพื้นที่ เพื่อใช้ในการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในระดับพื้นที่ได้อย่างทันท่วงทีเมื่อมีภาวะฉุกเฉินทางระบาด

สรุปการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) สามารถสะท้อนผลมุมมองทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านครุภัณฑ์ และ 4) ด้านการบริหารจัดการ โดยการพัฒนา รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ครอบคลุมทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ควบคุมโรค 2) ป้องกันโรค 3) เฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ โดยมีการระดมทรัพยากรด้านบุคลากรในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียการบูรณาการด้านงบประมาณในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ที่โดยอ้างอิงข้อมูลทางวิชาการจากหน่วย สนับสนุนที่เชี่ยวชาญกว่าและการสร้างภาคีเครือข่ายและแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในระดับพื้นที่

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคมาลาเรียก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ

	ก่อนการพัฒนา (N=36)		หลังการพัฒนา (N=36)		ระดับ
	ตอบถูก (ร้อยละ)	ระดับ	ตอบถูก (ร้อยละ)	ระดับ	
สาเหตุของโรคไข้มาลาเรีย					
1. ยุงนำเชื้อโรคมาลาเรีย คือยุงที่มีชื่อ ว่า ยุงก้นปล่อง	33 (91.70)	สูง	36 (100.00)	สูง	สูง
2. ยุงนำเชื้อโรคมาลาเรีย มักกัดคนใน ช่วงเวลากลางวัน	31 (86.10)	สูง	33 (91.70)	สูง	สูง
3. ยุงชนิดใดก็ตามสามารถทำให้เกิดไข้ มาลาเรียได้ เมื่อถูกยุงกัด	28 (77.80)	ปานกลาง	35 (97.20)	สูง	สูง
4. คนทำงานในป่ามีโอกาสป่วยได้ มากกว่าคนทำงานในเมือง	32 (88.90)	สูง	33 (91.70)	สูง	สูง
5. โรคไข้มาลาเรียสามารถติดต่อได้ด้วย การถ่ายเลือด (การรับเลือดจากการ บริจาคโลหิต)	19 (52.80)	ต่ำ	34 (94.40)	สูง	สูง

ตาราง 18 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง	ก่อนการพัฒนา (N=36)		หลังการพัฒนา (N=36)	
	ตอบถูก (ร้อยละ)	ระดับ	ตอบถูก (ร้อยละ)	ระดับ
6. ใช้มาลาเรียกับไข้เลือดออกเป็นยุงชนิดเดียวกัน	35 (97.20)	สูง	36 (100.00)	สูง
7. การดื่มน้ำในลำธารหรือในแหล่งน้ำขัง ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคมะเร็ง เป็นสาเหตุของการติดเชื้อและป่วยเป็นโรคมะเร็งได้	30 (83.30)	สูง	36 (100.00)	สูง
อาการของโรคมะเร็ง				
8. อาการสำคัญที่ทำให้สงสัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ	31 (86.10)	สูง	33 (91.70)	สูง
9. ปัจจุบันเชื้อมาลาเรียสามารถมีความรุนแรง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในเวลารวดเร็ว ถ้าหากไม่รับรักษา	35 (97.20)	สูง	35 (97.20)	สูง
10. อาการของโรคมะเร็งมี 3 ระยะ ได้แก่ หนาวสั่น ร้อน เหงื่อออก	26 (72.20)	ปานกลาง	34 (94.40)	สูง
11. โรคมะเร็ง หรือเรียกว่าไข้จับสั่น	35 (97.20)	สูง	36 (100.00)	สูง
12. อาการทางสมองที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ อาการปวดศีรษะมากซึมหรือเพ้อซึก และหมดสติ	23 (63.90)	ปานกลาง	32 (88.90)	สูง
การรักษา				
13. เมื่อมีสงสัยเป็นโรคมะเร็ง ไม่ต้องไปหาหมอซื้อยากินเองก็หาย	34 (94.40)	สูง	35 (97.20)	สูง
14. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ถ้าไม่รีบไปพบแพทย์เพื่อรักษาอาจทำให้เกิดความรุนแรงและเสียชีวิตได้	33 (91.70)	สูง	35 (97.20)	สูง

ตาราง 18 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย	ก่อนการพัฒนา (N=36)		หลังการพัฒนา (N=36)	
	ตอบถูก (ร้อยละ)	ระดับ	ตอบถูก (ร้อยละ)	ระดับ
15.ในการกินยารักษาไข้มาลาเรีย ผู้ป่วยอาจมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะ อาจมีสีเข้มขึ้น	35 (97.20)	สูง	35 (97.20)	สูง
16.หากกินยาไม่ครบอาจทำให้ป่วยอีก ได้	31 (86.10)	สูง	33 (91.70)	สูง
17.คนที่เคยเป็นมาลาเรียแล้วจะไม่ เป็นอีก	24 (66.70)	ปานกลาง	32 (88.90)	สูง
การป้องกันโรคไขมาลาเรีย				
18.แหล่งเพาะพันธุ์ยุงมาลาเรียอยู่ใน กะลา โอ่งน้ำ และยางรถยนต์	33 (91.70)	สูง	36 (100.00)	สูง
19.การนอนในมุ้งชุบน้ำยาทุกครั้ง สามารถป้องกันการปนโรคมมาลาเรีย	22 (61.10)	ปานกลาง	32 (88.90)	สูง
20.เมื่อป่วยเป็นโรคมมาลาเรียท่าน สามารถร่วมทานอาหาร อาศัยหรือ ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เหมือนคนปกติ ทั่วไป	33 (91.70)	สูง	33 (91.70)	สูง
21.การป้องกันยุงกัด ที่สามารถทำได้ ง่ายที่สุดคือ การใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด นอนในมุ้ง และทายากันยุงก็ได้	33 (91.70)	สูง	35 (97.20)	สูง
22.เมื่อยุงพาหะบินมาถึงบ้าน/ชุมชน มักจะเกาะที่ผนังบ้าน	34 (94.40)	สูง	36 (100.00)	สูง

จากตาราง 18 พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยซ่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย รายข้อได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21 และ 22 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.27) รองลงมา ในระดับกลาง ได้แก่ ข้อ 3, 10, 17 และ 19 (ร้อยละ 18.18) ส่วนข้อที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือข้อ 5 (ร้อยละ 4.55) หลังการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยซ่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่รายข้อได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, และ 22 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.00)

ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคมาลาเรียก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ระดับความรู้สูง	17	(77.27)	22	(100.00)
ระดับความรู้ปานกลาง	4	(18.18)	0	(00.00)
ระดับรู้น้อย	1	(4.55)	0	(00.00)
ก่อน \bar{X} =30.45 S.D.=4.73 Min=19 Max=32				
หลัง \bar{X} =34.32 S.D.=1.46 Min=32 Max=36				
รวม	22	(100.00)	22	(100.00)

จากตาราง 19 ก่อนการพัฒนา โดยรวม มีความรู้เรื่องโรคมาลาเรียอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.27 (\bar{X} =30.45, S.D.=4.73, Min=19, Max=32) หลังการ ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคมาลาเรียอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 (\bar{X} =34.32, S.D.=1.46, Min=32, Max=36) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 20 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งก่อนและหลังการพัฒนา

โรคมะเร็ง	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)
ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง	18.61	(2.82)	20.97	(0.77)

จากตาราง 20 พบว่า ก่อนการพัฒนาความรู้เรื่องโรคมะเร็งของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =18.61, S.D.=2.82) และ หลังการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งโดยรวม อยู่ในระดับสูง (\bar{X} =20.97, S.D.=0.77) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็ง หลังการพัฒนา พบว่า คณะกรรมการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี หลังการพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง

ตาราง 21 แสดงข้อมูลจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการ จำแนกรายข้อ

ส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน						
1.การมีส่วนร่วมในการคิดวางแผนทำโครงการ	2.06	0.79	ปานกลาง	2.69	0.52	สูง
2.มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเสนอวัน หรือ ระบุช่วงของการรณรงค์	2.25	0.73	ปานกลาง	2.50	0.65	สูง
3.เคยเข้าร่วมเพื่อเสนอปัญหาของชุมชนและการวางแผนในการแก้ไขปัญหา	2.17	0.77	ปานกลาง	2.58	0.55	สูง
4.พูดคุย เสนอแนะแนวทางการดำเนินงานเพื่อของบประมาณจาก อบต./หน่วยงานอื่น ๆ	2.06	0.79	ปานกลาง	2.61	0.55	สูง

ตาราง 21 (ต่อ)

ส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคมลาเรีย	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ						
5. พูดคุย หรือให้ความรู้เรื่องโรคมลาเรีย เกี่ยวกับ ความรุนแรง การติดต่อ การรักษา การป้องกัน	2.19	0.71	ปานกลาง	2.56	0.56	สูง
6. มีส่วนร่วมในการ สำรองมุ้ง แจกมุ้ง ซ่อมมุ้ง ด้วยน้ำยาเคมี	2.22	0.76	ปานกลาง	2.75	0.44	สูง
7. เคยเข้ารับการตรวจเลือดเมื่อมีการคัด กรองกลุ่มเสี่ยงหรือบอกกล่าวคนใน ครอบครัว ชุมชนของท่าน ให้ไปตรวจเลือด	2.33	0.72	ปานกลาง	2.78	0.42	สูง
8. เคยร่วมปล่อยปลากินลูกน้ำ	2.14	0.72	ปานกลาง	2.56	0.61	สูง
การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์						
9. ได้รับการซ่อมมุ้งเคมี หรือ การแจกมุ้ง หรือ ยาทากันยุง จากเจ้าหน้าที่	2.08	0.73	ปานกลาง	2.50	0.61	สูง
10. เคยเห็นหรือเคยได้รับการพ่นสารเคมี ตกค้าง เช่น ดีดีที ในบ้านท่านหรือชุมชนที่ ท่านอาศัยอยู่ เมื่อมีผู้ป่วยในบ้านท่านหรือใน ชุมชนของท่าน เพื่อการกำจัดยุงกันปล่อง	1.86	0.80	ปานกลาง	2.42	0.69	สูง
11. คนในบ้านท่าน หรือในชุมชนท่าน เคยมา เจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อโรคมลาเรีย	1.94	0.83	ปานกลาง	2.67	0.53	สูง
12. คนในครอบครัวของท่าน หรือในชุมชน ของท่าน เคยเห็นหรือเคยได้รับความรู้ จาก การประชาสัมพันธ์หรือณรงค์การป้องกัน โรคมลาเรีย	2.06	0.75	ปานกลาง	2.64	0.49	สูง
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล						
13. ติดตามข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยไข้ มาลาเรียในชุมชนของท่าน	1.94	0.75	ปานกลาง	2.58	0.50	สูง
14. เคยเสนอความคิดหรือแนวทางในการ ค้นหาผู้ป่วย	2.19	0.75	ปานกลาง	2.56	0.61	สูง

ตาราง 21 (ต่อ)

ส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคมะเร็ง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
15.ติดตามการดำเนินงานในกิจกรรมการ สำรวจมั่ง ชุมมั่ง กระจายมั่ง หรือการพ สารเคมีตกค้างของเจ้าหน้าที่อยู่เสมอ	2.33	0.83	ปานกลาง	2.58	0.55	สูง
16.เสนอแนวคิด ข้อคิดเห็นเพื่อเป็นแนวทาง ในการปรับปรุง พัฒนาการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งในชุมชน	2.19	0.79	ปานกลาง	2.50	0.70	สูง

จากตาราง 21 ก่อนการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และ 16 (ร้อยละ 100.00) หลังการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่รายข้อได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และ 16 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.00)

ตาราง 22 แสดงข้อมูลจำนวนร้อยละเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายด้าน

ส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค มะเร็ง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและ วางแผน	2.13	0.77	สูง	2.60	0.57	สูง
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	2.22	0.73	สูง	2.66	0.51	สูง
3. การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์	1.99	0.78	สูง	2.56	0.58	สูง
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	2.17	0.78	สูง	2.56	0.59	สูง

จากตาราง 22 รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย

สูงที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.13$, S.D.=0.77) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\bar{X} = 2.17$, S.D.=0.78) การมีส่วนร่วม ด้านการรับผลประโยชน์ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.99$, S.D.=0.78) หลังการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X} = 2.66$, S.D.=0.51) รองลงมาด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน ($\bar{X} = 2.60$, S.D.=0.57) ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.56$, S.D.=0.58) ($\bar{X} = 2.56$, S.D.=0.59) ตามลำดับ

ตาราง 23 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ก่อนและหลังการพัฒนา

ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)
1. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย	2.13	(0.14)	2.60	(0.10)

จากตาราง 23 พบว่า ก่อนการพัฒนา การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.13$, S.D.=0.14) และ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.60$, S.D.=0.10) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้น

4.3.4 ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการ PAOR Cycle ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และเพื่อค้นหากระบวนการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวัง ป้องกันและการควบคุมโรคมาลาเรียในตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริกจังหวัดอุบลราชธานี ได้บทสรุปที่ตรงกันคือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ คือการจัดการทรัพยากรด้านบุคคล เพื่อให้เกิดการพัฒนาทั้ง

3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจด้านการเฝ้าระวัง 2) ภารกิจด้านการป้องกัน และ 3) ภารกิจด้านการควบคุมโรค ต้องมีการประสานงานองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการดำเนินการ เพื่อการประสานหน่วยงานสร้างภาคีเครือข่ายในการจัดท้าวสตุครุภัณฑ์ในการดำเนินงาน ให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน เช่นเดียวกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการควบคุม ป้องกันโรคมมาลาเรียในพื้นที่เปรียบเทียบกับสถานการณ์ทั่วไปของระดับอำเภอ จะทำให้ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดในรูปแบบการพัฒนาและการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

ผลจากการวิจัย การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การระดมทรัพยากรทั้ง 4 ด้าน คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ และ การบริหารจัดการ ครอบคลุมทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจด้านการเฝ้าระวัง 2) ภารกิจด้านการป้องกัน และ 3) ภารกิจด้านการควบคุมโรค ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในพื้นที่ตำบลห้วยข่า โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

1. มีการกำหนดนโยบายด้านการควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียในพื้นที่จากผู้บริหาร และส่วนกลาง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในพื้นที่ ที่มีส่วนในการระดมทรัพยากร พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรีย ให้ชัดเจนยิ่งขึ้นและเป็นรูปธรรมได้จริง

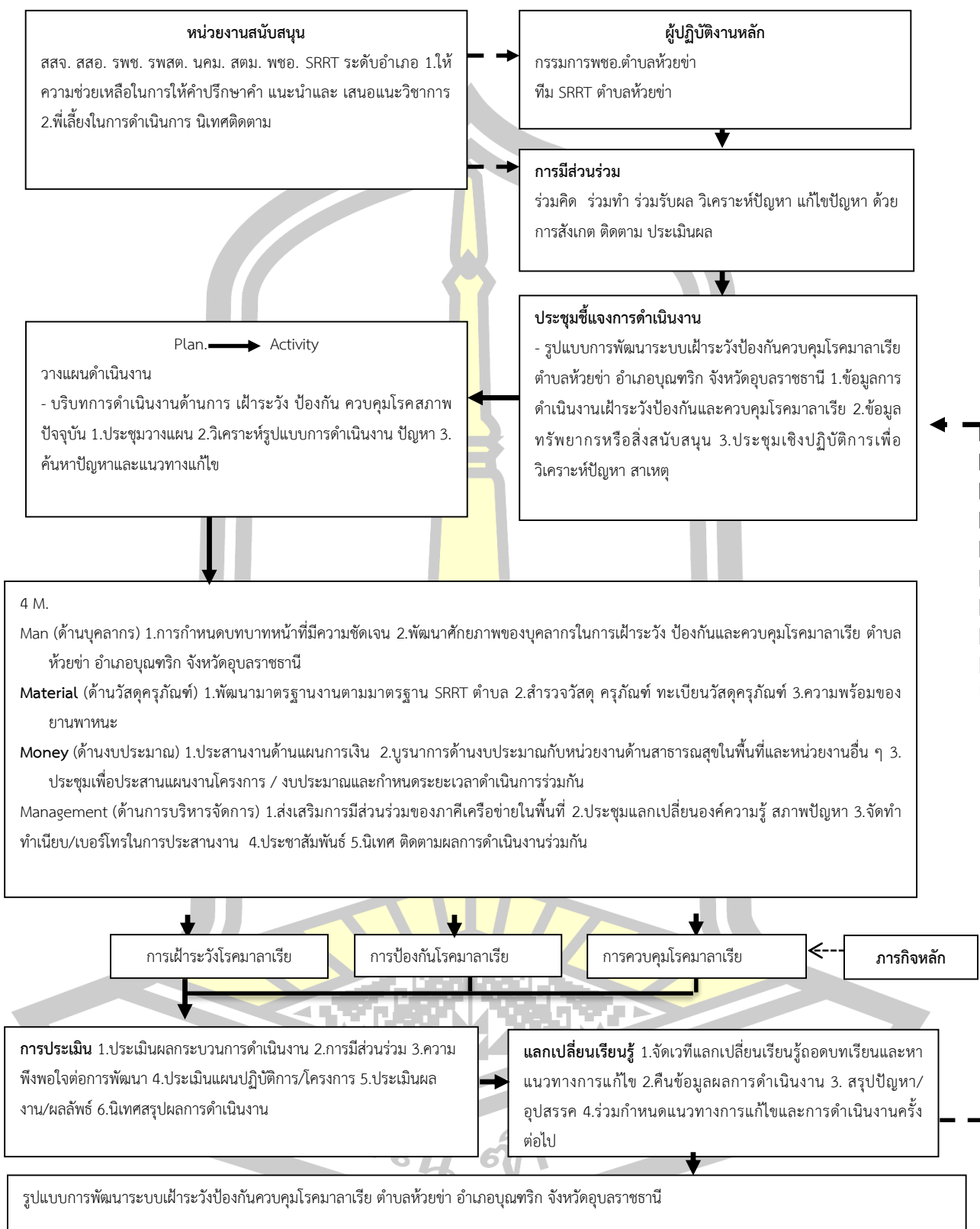
2. มีการจัดทำแผนพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขที่อยู่ในระดับให้การสนับสนุน เพื่อให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ ในการควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียในพื้นที่ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการ วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การระบาดของพื้นที่ได้ ให้เครือข่ายในพื้นที่และประชาชนทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. การประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณ ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข อปท. NGO เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทำให้การดำเนินงานไม่ซ้ำซ้อนกัน สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม

4. ทีม SRRT และภาคีเครือข่าย มีความรู้ ความเข้าใจมาตรฐานงานควบคุมโรคมมาลาเรีย ส่งผลให้การควบคุมโรคติดต่อ “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว” ตามมาตรการ 1, 3 และ 7 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5. มีการติดตาม ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และการประเมินงานจากหน่วยที่ให้การสนับสนุน

จากการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนของกระบวนการอธิบายตามภาพประกอบ 9 ดังนี้



ภาพประกอบ 9 กระบวนการพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมะลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอ
บุญทรirk จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Participatory Action Research : PAR)
ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์
(Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้ทำการศึกษาสำรวจสภาพปัญหาการเฝ้าระวัง
ป้องกันและการควบคุมโรคมาลาเรียและความพร้อมของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคควบ
มาลาเรียของพื้นที่ ตำบลห้วยขา อำเภอบุญทรirk จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ
(Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม โดย
วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) การ
สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการ
เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นลักษณะแบบสัมภาษณ์ และแบบนิเทศ ติดตาม เพื่อหาปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จและข้อเสนอแนะ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 39 คน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัย โดย
เสนอตามลำดับขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผล
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย
ตำบลห้วยขา อำเภอบุญทรirk จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

5.1.2.1 บริบทของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ของพื้นที่ตำบลห้วยขา
อำเภอบุญทรirk จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.2 กระบวนการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.3 ผลของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการใช้การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 สรุปผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้การพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมรูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผลปฏิบัติงาน (Reflection)

5.2.1 การวางแผน (Planning)

5.2.1.1 กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องจำนวน 9 คน และได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร คือ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และการสนทนากลุ่มของผู้เข้าร่วม

1) บริบทของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ของพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริกจังหวัดอุบลราชธานี

(1) ข้อมูลทั่วไปตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ตำบลห้วยข่า พื้นที่ของชาวตำบลห้วยข่า เดิมเป็นชาวบ้านอพยพมาจากชาวบ้านสร้างโพน บ้านโพเต้า บ้านก้อนเส้าหนองกุง อำเภอบุขฉันทน์ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อประมาณ 150 ปีที่ผ่านมา อยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอบุณฑริก ระยะทาง 18 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 573 ตารางกิโลเมตร หรือ 358,125 ไร่ ทิศเหนือ ติดต่อกับ อบต.บัวงาม และ อบต.โพนงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ทิศใต้ ติดต่อกับ เทศบาลตำบลภูจองนายอย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ทิศตะวันออก ติดต่อกับแนวชายแดนประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อบต.โนนค้อ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี สภาพทางภูมิศาสตร์ เป็นพื้นที่เขาสลับพื้นที่ราบสูงลาดเอียงไปทางทิศตะวันตก มีความสูงโดยประมาณจากระดับน้ำทะเลปานกลางที่ 208 – 233 เมตร อุณหภูมิเฉลี่ย 30 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดประมาณ 12 องศาเซลเซียส ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยประมาณ 825 มิลลิเมตรต่อปี มีลำน้ำโดมไหลผ่านจากทิศใต้ไปทิศเหนือ ไหลลงเขื่อนสิรินธร พื้นที่ส่วนใหญ่ของตำบลห้วยข่า ใช้ประโยชน์ทางด้านเกษตรกรรม ตำบลห้วยข่า มีหมู่บ้านในเขตปกครอง จำนวน 23 หมู่บ้าน ประชากร 16,606 คน 4,930 หลังคาเรือน เพศชาย 8,428 คน เพศหญิง 8,178 คน รวม 16,606 คน

ทรัพยากรด้านสาธารณสุข ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีรพ.สต.3 แห่ง คือ รพ.สต.บก รพ.สต.ห้วยข่า และ รพ.สต.หนองเม็ก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) 23 แห่ง ซึ่งมีอสม. เขตรพ.สต.บก 85 คน รพ.สต.ห้วยข่า 113 คน และ รพ.สต.หนองเม็ก 102 คน รวมทั้งหมด 300 คน มาลาเรียคลินิกชุมชน (MP.) 6 แห่ง คือ 1) MP.บ้านคำบัก 2) MP.บ้านสร้างหอม 3) MP.บ้านหนองเม็ก 4) MP.บ้านหนองแปก 5) MP.บ้านหนองแปนและ 6) MP.บ้านบก ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม และมีการทำอาชีพเสริม คือ การเข้าป่าเพื่อหาของป่า และมีการปลูกพืชเศรษฐกิจที่สำคัญในพื้นที่คือ การทำสวนยางพารา เป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ของป่าไม้ที่สุด ทำให้ประชาชนบางส่วนยังยึดอาชีพเสริมคือการหาของป่า เช่น เห็ด ลูกสำรอง (หมากจอบ) สมุนไพร ยอดหวาย ดอกกระเจียว ปลาและมีการแอบลอบเข้าไปจับสัตว์ป่า และการตัดไม้พะยูน ซึ่งเป็นไม้หวงห้ามแต่เป็นพืชที่สร้างรายได้ให้ประชาชนในพื้นที่อย่างมากมาย ถึงแม้จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียก็ตามประชาชนยังเสี่ยงที่จะเข้าไปในป่าซึ่งเป็นแหล่งชุกชุมของยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย

(2) ข้อมูลทั่วไปของโครงสร้างระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย และโครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการโดยใช้รูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับอำเภอและระดับพื้นที่ กำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ติดตามและประเมินผล ปัจจุบันมีทีมเฝ้าระวังและควบคุมโรคในพื้นที่ตำบลห้วยข่า คือ ทีมเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล (SRRT) สำหรับ SRRT เครือข่ายระดับตำบล ภารกิจสำคัญของทีม คือ การเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรค เน้นการเฝ้าระวังหยุดหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ทีมโดยใช้พื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต. เป็นหลักคือ รพ.สต. ห้วยข่า รพ.สต. หนองเม็กและรพ.สต. บก ซึ่งสมาชิกทีมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประธาน อสม.อาสาสมัครปศุสัตว์ชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียนและมาลาเรีย

คลินิกชุมชน ซึ่งจำนวนสมาชิกของแต่ละทีมขึ้นอยู่กับจำนวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ของ รพ.สต.นั้น ๆ และรูปแบบของการทำงานในแต่ละตำแหน่งขึ้นอยู่กับบทบาทที่สมาชิกทีมรับผิดชอบ

สรุปได้ว่าบริบทของระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ตำบลห้วยข่า ประกอบด้วย 2 คณะกรรมการ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า (พชอ.) ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพระดับตำบล กำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ติดตามและประเมินผล และทีมเฝ้าระวังและควบคุมโรคในพื้นที่ คือ ทีมเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล (SRRT) ตำบลห้วยข่ามีการทำงานทั้งด้านการเฝ้าระวัง และการควบคุมโรคมalariaเรียในพื้นที่ มีการเฝ้าระวังและการควบคุมโรคเบื้องต้น จนสามารถควบคุมโรคในสถานการณ์ที่มีโรคระบาด ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนใช้เป็นเครื่องมือในการสนับสนุน/ส่งเสริมมาตรการการควบคุมโรคไว้ในพื้นที่ที่เกิดโรค ที่ได้รับความร่วมมือของทุกภาคส่วน ให้สามารถจัดการควบคุมโรคไว้ในพื้นที่เกิดโรคได้ด้วยตนเองรวมทั้งการควบคุมโรคมalariaเรียที่มีการระบาดในพื้นที่ได้ด้วย

5.2.1.2 กิจกรรมที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงาน/คณะกรรมการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดเชิงกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1) ผู้กำหนดนโยบายในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ 3 คน 2) ผู้ปฏิบัติงานหลักในหน่วยงานราชการในพื้นที่ 6 คน 3) ผู้ปฏิบัติงานหลักนอกหน่วยงานราชการในพื้นที่ตำบลห้วยข่า 17 คนและ 4) เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ 13 คน

5.2.1.3 กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรีย คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.2.2 กระบวนการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมalariaเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.2.2.1 ผลการศึกษาเชิงสำรวจบุคลากร คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมalariaเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี รวมจำนวนกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากรศึกษา

พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.90 ส่วนมากอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 38.39 รองลงมาอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 36.11 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.03 ปี อายุุน้อยที่สุด 32 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 88.90 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

ร้อยละ 22.50 การดำรงตำแหน่งตำแหน่งทางสังคมมากที่สุดคือ คณะกรรมการภาคประชาชนร้อยละ 66.70 รองลงมาคณะกรรมการส่วนสาธารณสุข ร้อยละ 13.90 รายได้เฉลี่ยรายเดือนต่อคน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 33.33 รองลงมา 25,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 8.33 มีรายได้เฉลี่ย 9,453.89 บาท ส่วนใหญ่ทราบข้อมูลว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งในชุมชนหรือพื้นที่ ร้อยละ 91.70 และได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง เคย 1-3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 41.70 เคยมากกว่า 3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 33.30 ไม่เคยเลย ร้อยละ 25.00 การได้รับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับ ร้อยละ 100 แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งมากที่สุดคือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 72.20 รองลงมาคือ อสม./อสมม. ร้อยละ 61.10

ส่วนที่ 2 ด้านความพร้อมของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยภาพรวมมีความพร้อมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.69$, S.D.=0.69) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านบริหารจัดการ ($\bar{x} = 1.94$, S.D.=0.65) รองลงมาได้แก่ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ ($\bar{x} = 1.83$, S.D.=0.76) ส่วนด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.28$, S.D.=0.66) เมื่อพิจารณารายด้านสามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. ด้านบุคลากร โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.83$, S.D.=0.74) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค ($\bar{x} = 2.00$, S.D.=0.89) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนและมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ ($\bar{x} = 1.83$, S.D.=0.75) ส่วนข้อ กำหนดนโยบาย จัดอัตรากำลังบุคลากร แต่งตั้งคณะกรรมการ และการพัฒนาศักยภาพ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.67$, S.D.=0.82)

2. ด้านงบประมาณ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.17$, S.D.=0.55) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณในด้านการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ ($\bar{x} = 1.50$, S.D.=0.84) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ การจัดสรรงบประมาณสำหรับการบำรุงรักษาและซ่อมแซมครุภัณฑ์ในการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ ($\bar{x} = 1.33$, S.D.=0.52) ส่วนการจัดตั้งกองทุนการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 1.17$, S.D.=0.41)

3. ด้านวัสดุครุภัณฑ์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.83$, S.D.=0.76) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีวัสดุที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งในพื้นที่ เช่น มุ้งชุบและมีสารเคมีที่ใช้การป้องกันควบคุมโรคมะเร็งใน

พื้นที่ เช่น ทรายเคมีสำหรับควบคุมลูกน้ำ ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.75) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ การจัดให้มีหรือสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ที่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ($\bar{x}=2.00$, S.D.=0.89) ส่วนข้อ ยานพาหนะเพื่อใช้ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=1.50$, S.D.=0.84)

4. ด้านบริหารจัดการ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับปานกลาง ($\bar{x}=1.94$, S.D.=0.65) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการ ($\bar{x}=2.33$, S.D.=0.52) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ กำหนดแนวทางการดำเนินงานวางแผน-งาน/โครงการ การเฝ้าระวังในการป้องกันควบคุมโรค การเฝ้าระวังด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม การใช้ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขวางแผนงบประมาณและการควบคุมการบริหารงบประมาณให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.75) ตามลำดับ ส่วนข้อ การจัดทำรายงานบัญชีทรัพย์สินในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่และความสามารถขอความร่วมมือและระดมทรัพยากรจากองค์กรมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=1.50$, S.D.=0.55)

ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย

ด้านเจตคติต่อโรคมาลาเรีย ของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับสูง ($\bar{x}=2.36$, S.D.=0.75) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถหาคำแนะนำหรือข้อมูลการรักษาโรคมาลาเรียได้เมื่อฉันป่วยเป็นมาลาเรีย ($\bar{x}=2.94$, S.D.=0.33) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ เป็นอันตรายมากถ้ากินยารักษาโรคมาลาเรียไม่หมดหรือไม่ครบ ($\bar{x}=2.81$, S.D.=0.58) ส่วนข้อสามารถหยุดกินยาได้เลยถ้ารู้สึกว่ายายดีแล้ว มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=1.69$, S.D.=0.86)

ส่วนที่ 5 การป้องกันโรคมาลาเรีย

ด้านการป้องกันโรคมาลาเรีย ของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายข้อ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยด้านความพร้อมในระดับสูง ($\bar{x}=2.36$, S.D.=0.75) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มาตรการควบคุมโรคมาลาเรียประกอบด้วยมาตรการต่อยุงพาหะต่อเชื้อและต่อคน ($\bar{x}=2.97$, S.D.=0.17) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วหมายถึงทีมที่มีภารกิจในการตอบสนองเหตุการณ์เน้นการเฝ้าระวังโรค เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว ($\bar{x}=2.81$, S.D.=0.40) ส่วนข้อ ยาป้องกันไข้มาลาเรียสามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=1.50$, S.D.=0.77)

ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอ บุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกรายด้าน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรีย ในระดับสูง ($\bar{x}=2.48$, S.D.=0.64) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน ($\bar{x}=2.53$, S.D.=0.65) รองลงมา ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ($\bar{x}=2.52$, S.D.=0.62) ส่วนด้านการมีส่วนร่วมด้านการรับ ผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.42$, S.D.=0.65) เมื่อ พิจารณารายด้าน สามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. ด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.53$, S.D.=0.62) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมเสมอ ในการ คิด วางแผน ทำโครงการที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาโรคมาลาเรียให้กับคนในชุมชน ($\bar{x}=2.67$, S.D.=0.53) รองลงมาได้แก่ การเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันหรือการควบคุม โรคมาลาเรีย และการเสนอปัญหาของชุมชนและการวางแผนในการแก้ไขปัญหา ในชุมชนของท่าน และท่านเคยพูดคุย ($\bar{x}=2.50$, S.D.=0.65) ส่วนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระบุช่วงของการรณรงค์ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.44$, S.D.=0.69)

2. ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.53$, S.D.=0.62) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีส่วนร่วมในการ สำรองมุ้ง แจกมุ้ง หรือการพนสารเคมีและ การตรวจเลือดเมื่อมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อมาลาเรีย หรือบอก กล่าวคนในครอบครัว ชุมชนให้ไปตรวจเลือด เมื่อสงสัยว่าจะได้รับเชื้อมาลาเรีย ($\bar{x}=2.61$, S.D.=0.60) รองลงมาได้แก่ เคยพูดคุย หรือให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย เกี่ยวกับ ความรุนแรง การ ติดต่อ การรักษา การป้องกัน ให้กับคนอื่น ($\bar{x}=2.50$, S.D.=0.56) ส่วนเคยร่วมปล่อยปลากินลูกน้ำ ในห้วย หนอง คลอง บึง ลำธาร หรือเลี้ยงไว้ที่บ้าน หรือแจกเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันการระบาดของโรค มาลาเรียในชุมชน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.39$, S.D.=0.69)

3. ด้านการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.42$, S.D.=0.65) เมื่อ พิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เคยได้รับความรู้ จากการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์ การป้องกันโรคมาลาเรีย ($\bar{x}=2.61$, S.D.=0.49) รองลงมาได้แก่ เคยมาเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อโรค มาลาเรีย ($\bar{x}=2.58$, S.D.=0.60) ส่วนการได้รับการพนสารเคมีตกค้าง เช่น ดีดีที ในบ้านท่านหรือ ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ เมื่อมีผู้ป่วยในบ้านท่านหรือในชุมชนของท่าน เพื่อการกำจัดยุงก้นปล่อง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.11$, S.D.=0.82)

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.44$, S.D.=0.65) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ติดตามการดำเนินงานในกิจกรรมการสำรวจมุ้ง ชุมมุ้ง กระจายมุ้ง หรือการพันสารเคมีตกค้างของเจ้าหน้าที่อยู่เสมอ ($\bar{x}=2.58$, S.D.=0.60) รองลงมาได้แก่ ข้อเคยเสนอความคิดหรือแนวทางในการค้นหาผู้ป่วย ($\bar{x}=2.44$, S.D.=0.65) ส่วนการเสนอแนวคิด ข้อคิดเห็นเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในชุมชนของท่านหรือ อบต. มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.31$, S.D.=0.71)

ส่วนที่ 7 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) จำแนกรายด้าน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.33$, S.D.=0.52) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านงบประมาณ ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.52) ค่าเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการและโครงการ ส่วนด้านการเตรียมความพร้อมและด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.00$, S.D.=0.48) เมื่อพิจารณารายด้าน สามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. ด้านการเตรียมความพร้อม พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการเตรียมบุคลากรด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.41) ส่วนการดำเนินงานของ DHB มีความพร้อมในการสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ในเรื่องการเฝ้าระวังและควบคุมโรคมาลาเรียในด้าน การเตรียมความพร้อม การจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการและโครงการ บุคลากร และงบประมาณ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=1.83$, S.D.=0.41)

2. ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการและโครงการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากันทุกข้อ ทั้งการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการคัดเลือกปัญหา การเลือกใช้ข้อมูลและปัญหาของพื้นที่ (DHB) และท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามประเด็นที่เลือก และการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและ การประเมินผล กำหนดตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.41)

3. ด้านบุคลากร มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล ($\bar{x}=2.00$, S.D.=0.63)

4. ด้านงบประมาณ มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละโครงการตาม ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เลือก ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.52)

ส่วนที่ 8 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนา
เครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคตาบอดห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1. ปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานที่ผ่านมา ตามรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ตาบอดห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การดำเนินงาน เรื่องงบประมาณไม่เพียงพอ ไม่ได้ตั้งงบประมาณในการดำเนินงาน และขาดความชัดเจนด้านงบประมาณ ส่วนท้องถิ่นยังไม่มีการจัดตั้งงบประมาณในการดำเนินการอย่างจริงจัง การดำเนินควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียไม่เข้มข้น ล่าช้า ไม่มีแนวทางการค้นหาผู้ป่วยสัมผัสเชื้อจากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างจริงจัง บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข (ด้านมาลาเรียโดยตรง) ไม่เพียงพอ ประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่

2. วิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบ พบว่า วิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค หรือผลกระทบ ที่สำคัญที่สุดคือ การสร้างโครงสร้างของคณะกรรมการเพื่อทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะนำมาซึ่งการตั้งงบประมาณและประสานความร่วมมือทุกรูปแบบทั้งจากภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มาพัฒนาการดำเนินงานต่อไป และมีการดำเนินการร่วมกับองค์กรเอกชนที่เข้ามาให้การสนับสนุนงบประมาณบางส่วน เช่น มูลนิธิรักษไทย กองทุนโลกด้านมาลาเรีย หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) สำนักควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (สทม.) ในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในพื้นที่

3. การต้องการความช่วยเหลือตามรูปแบบการพัฒนา พบว่า ต้องการสนับสนุนงบประมาณในการทำงานนอกเวลา และการออกควบคุมโรคในพื้นที่ การเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากร และการให้การสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่มากยิ่งขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่นเดียวกับโรคไข้เลือดออก อีกทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ การประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันโรคมาลาเรียอย่างต่อเนื่อง ทั้งในชุมชน โรงเรียน

4. ข้อเสนอแนะในรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียตาบอดห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าต้องการให้มีการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายและประชาชน เช่น ผู้นำชุมชน โรงเรียน อปท. และ NGO ที่เข้ามาดำเนินการในพื้นที่ พัฒนาคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านการป้องกันและควบคุมโรค มีการประสานงบประมาณให้เพียงพอ พัฒนาการดำเนินงานให้มีความพร้อม “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว” ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาทันเหตุการณ์ และควรมีการพัฒนาช่องทางในการส่งต่อข้อมูลและการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแจ้งข้อมูลข่าวสาร

ให้กับประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับทราบและการแจ้งสถานการณ์การระบาดของโรคได้ทันทั่วถึง ชนในพื้นที่ที่ได้รับทราบ

สรุป รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมช่วยฆ่าอัมเนอเนอติกริก จังหวัดอุบลราชธานี มีระดับความพร้อมในการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่ระดับค่อนข้างสูง ในส่วนของด้านบุคลากรและงบประมาณยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม เนื่องจากทางสาธารณสุขยังคงไม่ได้จัดงบประมาณไว้ในสำหรับดำเนินการเท่าที่ควร แต่มีงบประมาณจากกองทุนโลกด้านมาลาเรียสนับสนุนซึ่งสามารถทดแทนกันได้บางส่วนจึงยังไม่มีงบที่ตั้งงบประมาณที่ชัดเจนและแนวทางในการปฏิบัติยังไม่ชัดเจน เครือข่ายยังไม่ทราบบทบาทในด้านการควบคุมโรคมะเร็งเต้านม จึงทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังไม่ชัดเจนในเรื่องโครงสร้างและงบประมาณในการบริหารจัดการเช่นกัน จึงควรมีการพัฒนาโครงสร้างจัดแบ่งหน้าที่กันให้ชัดเจนและการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่ ส่วนด้านการพัฒนาบุคลากรนั้น ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการอบรมเพิ่มพูนองค์ความรู้ใหม่ ๆ ให้กับบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นประจำจึงทำให้การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านมเป็นไปอย่างดียิ่งสามารถที่จะพัฒนาให้มั่นคงเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

กิจกรรมที่ 4 ประชุมคณะทำงาน/คณะกรรมการวิจัย

โดยได้ข้อสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 5 พฤษภาคม 2561 ณ ห้องประชุม รพ.สต.หนองเม็ก เมื่อครั้งประชุมเพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมพบว่า ควรมีการจัดประชุมจัดประชุมคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนได้จริง มีทีมเฝ้าระวังควบคุมโรคที่เข้มแข็ง SRRT โดยให้ทางสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาปัญหาวิเคราะห์สาเหตุและความต้องการจากนั้นกำหนดแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน กรณีตัวอย่างการเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน ในการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

1. แผนพื้นพ้องค์ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/รพช/รพ.สต.ในการตรวจวินิจฉัยรักษาโรคไข้มาลาเรียและการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค
2. โครงการสำรวจความต้องการและกระจายงบประมาณในพื้นที่เสี่ยง
3. โครงการจัดซื้อเครื่องฟั่นละอองฝอยเคมีเพื่อกำจัดยุงในบ้านผู้ป่วย

4. แต่งตั้งคณะทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า เพื่อดำเนินการในการกำหนดนโยบายการพัฒนาพื้นที่ระดับตำบล มี 2 คณะทำงาน

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า 2) กรรมการทีม SRRT ตำบลห้วยข่า

5. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย

จากแผนการดำเนินการสามารถดำเนินการได้จริงในขั้นการปฏิบัติตามแผนได้

5 โครงการ

ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Action)

หลังจากนั้นได้นำแผนงานโครงการและกิจกรรมไปปฏิบัติจริง (Action) และมีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Observe) ระหว่างการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการและวิเคราะห์ข้อมูลสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 นำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ (Action) และกิจกรรมที่ 6 ประเมินผล

5.1 โครงการฟื้นฟูองค์ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/รพช/รพ.สต.

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในการอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อให้ทราบถึงขอบเขตในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อ และทราบบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจนและสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน ใช้ในการประกอบการวางแผนในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียต่อไป และรองรับการถ่ายโอนภารกิจจากสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ได้มีการประสานงานให้เจ้าหน้าที่ได้เข้ารับการอบรมฟื้นฟูในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เคยผ่านการอบรมมา

5.2 โครงการสำรวจความต้องการมุ้งชุบน้ำยาในพื้นที่เสี่ยง

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อการป้องกันการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดต่อ โดยการสำรวจความเพียงพอและความครอบคลุมของมุ้งชุบสารเคมีในพื้นที่ตำบลห้วยข่า เป็นการวางแผนในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียให้ประชาชนได้ใช้เพื่อป้องกันตนเองและการบริหารทรัพยากรและแนวทางการขอรับสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ นำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 โครงการจัดซื้อเครื่องฟ่นละอองฝอยเคมีเพื่อกำจัดยุงในบ้านผู้ป่วย

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อการเตรียมความพร้อมตามมาตรการ 1, 3 และ 7 โดยการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือในการใช้ควบคุมการระบาดของโรคติดต่อ นำโดยแมลง ป้องกันการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดต่อ เป็นการวางแผนในการดำเนินงาน ป้องกันโรคมลาเรียระบาดในกรณีที่มีรายงานผู้ป่วยรายใหม่

5.4 การแต่งตั้งคณะกรรมการในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ พื้นที่ตำบลห้วยข่า เพื่อดำเนินการในการกำหนดนโยบายการพัฒนาพื้นที่ระดับตำบลมี 2 คณะทำงาน ดังนี้ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า และ 2) คณะกรรมการทีม SRRT ตำบลห้วยข่า

เป็นการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการที่จัดทำขึ้นมาเพื่อเป็นคนกำหนดนโยบาย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคมลาเรียในพื้นที่ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานซึ่งจะส่งผลให้การ ดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีช่องทางในการสื่อสาร การแจ้งข้อมูลข่าวสารที่มีความ ผลิตภคตีในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินการควบคุมป้องกันโรคมลาเรียเบื้องต้นเพื่อไม่ให้ เกิดการแพร่กระจายของโรคมลาเรียได้

5.5 โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย

เป็นการพัฒนามาตรฐานงานควบคุมป้องกันโรคมลาเรียตามมาตรฐานงานเฝ้า ระวังและควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยาซึ่งจะส่งผลให้เกิดการ ควบคุมโรคมลาเรีย ที่มีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว สามารถตอบสนองได้อย่างทันที่ทั้งที่ ตามมาตรการ มาตรการ 1, 3 และ 7

สรุป จากการดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ คณะกรรมการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้ มีการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาได้พิจารณาการรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ได้ กำหนดให้มีการพัฒนารูปแบบขึ้นมาใหม่ ดังนี้ 4 ประเด็น

รูปแบบการพัฒนาตำบลบุคลากร ในการดำเนินงานควรมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของคณะทำงานไว้อย่างชัดเจนและสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน พัฒนางค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจด้านเฝ้าระวัง 2) ภารกิจด้านการป้องกัน และ 3) ภารกิจด้านการควบคุมโรคไข้ มาลาเรีย

รูปแบบการพัฒนาด้านงบประมาณ ประสานแผนและบูรณาการด้านงบประมาณจากทุกภาคส่วนหรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น อบต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หน่วยควบคุมโรคติดต่ออำเภอ โดยแมลง และ NGO ในพื้นที่ทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจด้านเฝ้าระวัง 2) ภารกิจด้านการป้องกัน และ 3) ภารกิจด้านการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

รูปแบบการพัฒนาด้านวัสดุครุภัณฑ์ พัฒนามาตรฐานงานควบคุมโรคมาลาเรียตามมาตรฐานควบคุมโรคติดต่อ 5 คุณลักษณะทางระบาดวิทยาทั้ง ทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจด้านเฝ้าระวัง 2) ภารกิจด้านการป้องกัน และ 3) ภารกิจด้านการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

รูปแบบการพัฒนาด้านการบริหารจัดการ ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการและเครือข่ายดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไข้มาลาเรียอย่างจริงจังและทบทวนโครงสร้างของระบบการทำงาน โครงสร้างของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของทั้ง ทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจด้านเฝ้าระวัง 2) ภารกิจด้านการป้องกัน และ 3) ภารกิจด้านการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

ขั้นการสังเกต (Observe)

หลังจากนั้นได้นำแผนงานโครงการและกิจกรรมไปปฏิบัติจริง (Action) และมีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Observe) ระหว่างการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการและวิเคราะห์ข้อมูลสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 ประเมินผล (Observe)

6.1 โครงการฟื้นฟูองค์ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/รพช/รพ.สต. การเรียนรู้และการประเมินผล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ทราบถึงขอบเขตในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรีย และทราบถึงวิธีการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่เบื้องต้นนำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมาสำราญนำความรู้จากการเข้ารับการฟื้นฟูมาทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องการพัฒนาแบบระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

6.2 โครงการสำรวจความต้องการมุ่งชูปน้ำยาในพื้นที่เสี่ยง การเรียนรู้และการประเมินผล ประชาชนในพื้นที่ได้ตระหนักในการป้องกันตนเอง และตื่นตัวในการนอนกางมุ้ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ได้เรียนรู้การวางแผนจัดการบริหารทรัพยากรและแนวทางการขอรับสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ นำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำความรู้จากการเข้ารับการฟื้นฟูมาทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องการพัฒนาแบบระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรีย ในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

6.3 โครงการจัดซื้อเครื่องฟ่นละอองฝอยเคมีเพื่อกำจัดยุงในบ้านผู้ป่วย การเรียนรู้และการประเมินผล ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ได้เรียนรู้การวางแผนจัดการบริหารทรัพยากร ต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ และแนวทางการขอรับสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ นำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.4 การแต่งตั้งคณะทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยขา การเรียนรู้และการประเมินผล ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการให้ความร่วมมือหากพบผู้ป่วยที่มีอาการหรือสงสัยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย จะมีการแจ้งข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออาสาสมัครมาลาเรีย เพื่อแจ้งทีม SRRT ในการตรวจสอบข่าวจาก SRRT อำเภอ เพื่อทำการควบคุมป้องกันโรค ในพื้นที่ตำบลห้วยขา ให้ติดตามตรวจสอบ หรือให้คำแนะนำในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย และนอกจากนั้น มีการส่งบทความประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในพื้นที่

6.5 โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย การเรียนรู้และการประเมินผล การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีการเตรียมความพร้อมในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ตามมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรีย วันที่ 1 วันที่ 3 และ วันที่ 7 ส่งผลให้เกิดแนวทางในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน ซึ่งจะส่งผลต่อด้านประสิทธิภาพของการดำเนินงานควบคุมโรค ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้ร่วมดำเนินการได้เห็นรูปแบบของการทำงานเป็นทีม การพัฒนารูปแบบการดำเนินการที่เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ทำให้เกิดผลสำเร็จในการควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ส่งผลต่อการรายงานโรคได้เร็ว การควบคุมโรคเป็นไปตามขั้นตอน และจำนวนผู้ป่วยลดลง

5.2.3 ผลของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยขา อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

กิจกรรมที่ 7 สะท้อนผล เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน

7.1 ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยขา อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อการดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาแต่ละแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติ ดังนี้

จากการประชุมของกลุ่มเป้าหมายร่วมกับผู้วิจัย ในวันที่ 25 มิถุนายน 2561 สรุปผลการปฏิบัติกิจกรรมทั้งที่กิจกรรมที่มีผลสำเร็จและกิจกรรมที่ยังไม่สำเร็จ หรืออาจมีการปรับปรุงกิจกรรมใด หรือหากจะมีการเพิ่มกิจกรรมก็ได้รับความเห็นชอบของที่ประชุม โดยเจ้าหน้าที่และผู้วิจัยได้รับรู้ แล้วมอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเตรียม

1. ด้านบุคลากร พบว่า คณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียตำบล ห้วยข่า อำเภอภูผาทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีความสนใจและมั่นใจ มีความพึงพอใจในการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรของพื้นที่ทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจควบคุมโรค 2) ภารกิจป้องกันโรค 3) ภารกิจ ฝ้าระวังโรค และยังมีการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการจัดทำ ทำเนียบ SRRT เครือข่ายฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ พร้อมเบอร์โทรในการประสานงาน ระหว่างเครือข่าย มีรายชื่อผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ทุกระดับมีความชัดเจน สามารถประสานงานทางโทรศัพท์ได้ทันทีที่มีเหตุการณ์ และมีระบบติดตาม กำกับ และประเมินผล อย่าง เป็นรูปธรรม

2. ด้านงบประมาณ พบว่า เกิดการประสานแผนงานด้านงบประมาณ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) สาธารณสุข หน่วยควบคุมโรค นำโดยแมลง (นคม.) สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง (สตม.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) กองทุนโลกด้านมาลาเรีย และกองทุนชมรมอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ในการดำเนินงานทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจควบคุมโรค 2) ภารกิจ ป้องกันโรค 3) ภารกิจฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ ไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของงบประมาณ นอกจากนี้ยังมี แผนปฏิบัติการด้านการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ที่มีการกำหนด ระยะเวลาการดำเนินงานร่วมกัน และมีชื่อผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ต้องการไว้ อย่างชัดเจน

3. ด้านวัสดุครุภัณฑ์ พบว่า การดำเนินงานด้านนี้ จำเป็นต้องมีผู้ที่มีความรู้ และประสบการณ์ที่สูงกว่าในการให้คำแนะนำ ทีมจึงมีการจัดทำรายชื่อหน่วยงานที่พร้อมให้การ สนับสนุนด้านวัสดุครุภัณฑ์ เพื่อการติดต่อประสานขอความร่วมมือเป็นศูนย์อ้างอิงทางด้านวิชาการ ในการจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ในการดำเนินงาน ให้ครอบคลุมทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจควบคุมโรค 2) ภารกิจป้องกันโรค 3) ภารกิจฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ มีการจัดทำทะเบียนครุภัณฑ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคภายในหน่วยงานของตนเองและระหว่างหน่วยงานเพื่อประกอบการ วางแผนในการบริหารในภาวะฉุกเฉิน และจัดหาวัสดุครุภัณฑ์เพิ่มเติมในกรณีที่ทรัพยากรดังกล่าวอาจ ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่

4. ด้านการบริหารจัดการ พบว่า ทีมได้มีการสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียทุกระดับพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลบุณฑริก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง 10.1.1 อำเภอจะหลวย มาลาเรียคลินิกบุณฑริก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครมาลาเรียชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้บริหารสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ ส่งผลให้ทีมมีข้อมูลโรคมาลาเรียในพื้นที่ เพื่อใช้ในการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในระดับพื้นที่ได้อย่างทันท่วงทีเมื่อมีภาวะฉุกเฉินทางระบาด

สรุปการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) สามารถสะท้อนผลมุมมองทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านครุภัณฑ์ และ 4) ด้านการบริหารจัดการ โดยการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ครอบคลุมทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ควบคุมโรค 2) ป้องกันโรค 3) เฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ โดยมีการระดมทรัพยากรด้านบุคลากรในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย การบูรณาการด้านงบประมาณในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย โดยอ้างอิงข้อมูลทางวิชาการจากหน่วยสนับสนุนที่เชี่ยวชาญกว่าและการสร้างภาคีเครือข่ายและแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในระดับพื้นที่

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย ก่อนการพัฒนา โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.27 ($\bar{x} = 30.45$) และหลังการพัฒนา มีความรู้เรื่องโรคมาลาเรียโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ($\bar{x} = 34.32$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย หลังการพัฒนา พบว่า คณะกรรมการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้เพิ่มขึ้น

ก่อนการพัฒนา มีความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย รายข้อได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21 และ 22 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.27 รองลงมาในระดับกลาง ได้แก่ ข้อ 3, 10, 17 และ 19 ร้อยละ 18.18 ส่วนข้อที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือข้อ 5 ร้อยละ 4.55 และคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 18.61$, S.D.=2.82) หลังการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่รายข้อได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4,

5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 และคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 20.97$, S.D.=0.77)

ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย พบว่า ก่อนการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และ 16 ร้อยละ 100.00 หลังการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่รายข้อได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และ 16 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.22$, SD=0.73) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\bar{x} = 2.17$, SD=0.77) การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.99$, SD=0.78) หลังการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{x} = 2.66$, SD=0.51) รองลงมาด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน ($\bar{x} = 2.60$, SD=0.57) ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.56$, SD=0.58) ($\bar{x} = 2.56$, SD=0.59)

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.13$, SD=0.14) และหลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.60$, SD=0.10) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี หลังการพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้น

5.2.4 ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการ PAOR Cycle ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และเพื่อค้นหากระบวนการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวัง ป้องกันและการควบคุมโรคมาลาเรียในตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้บทสรุปที่ตรงกันคือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ คือการจัดการทรัพยากรด้านบุคคล เพื่อให้เกิดการ

พัฒนาทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจควบคุมโรค 2) ภารกิจป้องกันโรค 3) ภารกิจเฝ้าระวังโรค ต้องมีการประสานงานองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการดำเนินการ เพื่อการประสานหน่วยงานสร้างภาคีเครือข่ายในการจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ในการดำเนินงาน ให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน เช่นเดียวกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการควบคุมป้องกันโรค มาลาเรียในพื้นที่เปรียบเทียบสถานการณ์ทั่วไปของระดับอำเภอ จะทำให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในรูปแบบการพัฒนาและการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

ผลจากการวิจัย การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การระดมทรัพยากรทั้ง 4 ด้าน คือ บุคลากร งบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ และการบริหารจัดการ ครอบคลุมทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจควบคุมโรค 2) ภารกิจป้องกันโรค 3) ภารกิจเฝ้าระวังโรค ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในพื้นที่ตำบลห้วยข่า โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

1. มีการกำหนดนโยบายด้านการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่จากผู้บริหาร โดยการกำหนดให้ โรคมาลาเรียเป็นโรคที่ต้องดำเนินการตามรูปแบบของ พชอ. เพื่อให้สามารถกวาดล้างให้หมดไปตามนโยบายของการกำจัดโรคมาลาเรีย รวมทั้งการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในพื้นที่ ที่มีส่วนในการระดมทรัพยากร การพัฒนา ให้ชัดเจนยิ่งขึ้นและเป็นรูปธรรมได้จริง

2. มีการจัดทำแผนพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขที่อยู่ในระดับให้การสนับสนุนเพื่อให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ ความสามารถใหม่ ๆ ในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการ วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การระบาดของพื้นที่ได้ ให้เครือข่ายในพื้นที่และประชาชนทั่วไป อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. การประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข อปท. NGO เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทำให้การดำเนินงานไม่ซ้ำซ้อนกัน สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม

4. ทีม SRRT และภาคีเครือข่าย มีความรู้ ความเข้าใจมาตรฐานงานควบคุมโรคมาลาเรีย ส่งผลให้การควบคุมโรคติดต่อ “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว” ตามมาตรการ 1, 3, 7 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5. มีการติดตาม ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และการประเมินงานจากหน่วยที่ให้การสนับสนุนที่เหนือกว่า

5.3 อภิปรายผล

5.3.1 บริบทของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ของพื้นที่ตำบลห้วยข่าอำเภอ บุนนาคจังหวัดอุบลราชธานี

การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลห้วยข่า อำเภอ บุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการกำหนดนโยบาย แผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ติดตาม และประเมินผล เกิดรูปแบบการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังและควบคุมโรคในพื้นที่ โดย พชอ.ได้ กำหนดนโยบายในการกำจัดโรคมาลาเรียซึ่งมีการกำหนดโรคที่ต้องดำเนินการ 4 โรค คือ วัณโรค ไข้เลือดออก พืชสุนัขบ้าและโรคมาลาเรีย และมีการกำหนดให้พื้นที่ ที่มีการระบาดคือตำบลห้วยข่า เป็นพื้นที่แรกในการดำเนินการ สิ่งที่สำคัญคือผู้บริหารได้ให้นโยบายในการสนับสนุนอย่างเต็มรูปแบบ ทั้งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอและระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้เกิด การดำเนินงานโดยคณะกรรมการระดับตำบล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชดากร ศิริคุณ และ วุฒิพงศ์ ภักดีกุล (2557) ได้ศึกษา การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร การดำเนินงานในรูปแบบของ พชอ.ระดับพื้นที่ของตำบลห้วย ข่าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดรูปแบบของคณะกรรมการดำเนินงาน การกำหนดปัญหา ร่วมกัน การสร้างเสริมประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การลงมือปฏิบัติจริง การประเมิน ตนเอง และการระดมทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดในชุมชนและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนเอง ร่วมกับการนิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลังจากทีมสนับสนุนในระดับที่สูงกว่า สอดคล้องกับ สุภภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ และ คณะ (2559) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการ สุขภาพระดับอำเภอ กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรค เคลื่อนที่เร็วระดับตำบลห้วยข่า (SRRT) มีบทบาทในการเฝ้าระวังโรคระบาด การป้องกันและควบคุม โรค เน้นการเฝ้าระวัง หยุดหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว ซึ่งสมาชิกทีมประกอบด้วย ภาควิ ศาสตร์เครือข่ายในพื้นที่ เช่น ผู้นำชุมชน รพ.สต. อสม. MP. และอปท.ในพื้นที่ เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และทีมที่สามารถเรียนรู้ร่วมกัน วางแผน การกำหนดบทบาทและหน้าที่ การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และร้องขอสนับสนุนเมื่อมีการประเมินความสามารถของทีมว่าไม่ สามารถดำเนินการได้ จนสามารถควบคุมโรคในสถานการณ์ที่มีโรคระบาด ในชุมชนได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และมีการนิเทศติดตาม ประเมินผลในการดำเนินงานของทีมจากหน่วยงานที่ให้การ สนับสนุน คล้องกับ บุญมา อุยาสงค์ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานการป้องกัน

และควบคุมโรคมาลาเรียโดยทีม SRRT ของอาสาสมัครในเมืองตุ้มลานแขวงสาละวันสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

การดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยภาพรวมมีความพร้อมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านบริหาร รองลงมาได้แก่ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ ส่วนด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด สอดคล้องกับ ศรัณญา ดวงสิงห์ชัย (2557) ศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความพร้อมต่อการดำเนินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน ปรากฏว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ รองลงมาคือด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

5.3.2 กระบวนการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ใช้กระบวนการ PAOR มี 4 ขั้นตอน 7 กิจกรรม โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Planning) 4 กิจกรรม ขั้นปฏิบัติ (Action) 1 กิจกรรม สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) 1 กิจกรรม และการสะท้อนผลปฏิบัติงาน (Reflection) 1 กิจกรรม

ขั้นวางแผน (Planning) 4 กิจกรรม 1) ศึกษาบริบทระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียและปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข 2) แต่งตั้งคณะกรรมการโดยการเชิญผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและอยู่ในพื้นที่เข้าร่วมพัฒนา 3) เก็บรวบรวมข้อมูลและการสัมภาษณ์ผู้บริหาร การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ เจตคติ การมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด 4) ประชุมคณะกรรมการ/คณะกรรมการวิจัย ได้แก่ ประชุมกลุ่มย่อยวางแผนการและจัดทำแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้เนื่องจาก ในขั้นการวางแผนนั้นจะต้องมีการศึกษาบริบท ศึกษาปัญหาในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูล นำไปสู่การแต่งตั้งคณะกรรมการและการประชุมวางแผนซึ่งนำสู่แผนปฏิบัติ โดยผู้วิจัยดำเนินการประชุมร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัย ด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันให้มากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดการประชุมเชิงปฏิบัติการของ ธกฤต จันท์พลงาม (2557) การประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้ใช้กำลังความคิดโดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งจนสามารถพัฒนาให้เป็นมติและแผนปฏิบัติการ ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการสร้างความเห็นร่วมกันจนนำไปสู่ความมุ่งมั่นและการปฏิบัติการร่วมกัน

ขั้นปฏิบัติ (Action) 1 กิจกรรม 5) การนำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ (Action)
 ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) 1 กิจกรรม 6) การประเมินผล (Observe)
 ขั้นการสะท้อนผลปฏิบัติงาน (Reflection) 1 กิจกรรม 7) การสะท้อนผล โดยการ
 จัดประชุมเพื่อสะท้อนผลการดำเนินการ สะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดหรือปัญหาในการ
 ดำเนินงาน ทำให้สามารถสรุปว่า การดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วม โดยการมีการ
 ค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาของพื้นที่ ข้อมูลบริบทการดำเนินงานที่ผ่านมา นำมาร่วมกันวิเคราะห์
 ปัญหา สาเหตุ โดยคณะกรรมการในการในพื้นที่ เกิดการกำหนดปัญหาที่ชัดเจน หาแนวทาง
 แก้ปัญหาร่วมกัน และกำหนดแผนการแก้ไขปัญหา และการนำผลการดำเนินงานมาถอดบทเรียน
 วิเคราะห์หาปัจจัยแห่งความสำเร็จร่วมกัน จนได้รูปแบบที่เห็นพ้องและยอมรับร่วมกันในพื้นที่ตำบล
 ห้วยข่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญมา อุยาสงค์ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการ
 ดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยทีม SRRT ของอาสาสมัครในเมืองตุ้มลาน แขวง
 สาละวันสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว รูปแบบที่ได้จากการศึกษาสามารถสรุปได้ 4 ขั้นตอน
 คือ 1) การวางแผนการดำเนินการโดยการศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยการกำหนดแผนการ
 แก้ไขปัญหา 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน 3) การสังเกตและประเมินผล 4) การสะท้อนผล โดยการ
 สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนา สอดคล้องกับผล
 การศึกษาของ กุ้เกียรติ ก้อนแก้ว และปัทมา สุพรรณกุล (2558) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการ
 ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียสำหรับพื้นที่ชายแดน ไทย-พม่า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน : กรณีศึกษา
 ตำบลท่าสองยาง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก พบว่า ได้การศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่
 1) ค้นหาสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการป้องกัน ยกวางรูปแบบและยืนยันรูปแบบ 2) นำ
 รูปแบบไปทดลอง 3) การประเมินผลและ 4) สะท้อนผลรูปแบบ ผลการวิจัยพบว่าได้ 12 กิจกรรม และ
 จำนวนผู้ป่วยลดลง ร้อยละ 84.40

5.3.3 ผลของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค
 มาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.3.3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย ก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับสูง และหลัง
 การพัฒนามีความรู้ในระดับสูง คณะแนวความรู้เรื่องโรคมาลาเรียหลังการพัฒนา พบว่า
 คณะกรรมการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า
 อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจาก
 คณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานหรือมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและการ
 ดำเนินการด้านมาลาเรีย จึงมีความรู้เรื่องโรคมาลาเรียสูง บุญมา อุยาสงค์ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนา
 รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยทีม SRRT ของอาสาสมัครในเมืองตุ้ม

ลาน แหวงสาละวัน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว แต่อย่างไรก็ตามยังมีบางประเด็นที่คะแนนยังไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา เช่น ข้อความรู้ในเรื่องยุงนำเชื้อมาลาเรียมักกัดคนในเวลากลางวัน (ร้อยละ 91.70) ซึ่งผู้เข้าร่วมอาจเข้าใจว่ายุงที่กัดในเวลากลางวันบนภูเขาเป็นยุงก้นปล่อง และข้อความรู้ในประเด็นการติดต่อทางเลือด (ร้อยละ 94.40) ผู้เข้าร่วมวิจัยน่าจะยังเข้าใจได้ไม่ถูกต้องและคิดว่า การรับบริจาคโลหิตต้องมีการคัดกรองผู้บริจาคทำให้ไม่มีการรับเลือดจากผู้ที่มีเชื้อมาลาเรีย จึงคิดว่าไม่สามารถติดต่อทางการรับเลือดได้ ประเด็นอาการของผู้ป่วยมาลาเรีย (ร้อยละ 94.40) และอาการทางสมองของผู้ป่วยโรคมาลาเรียอาจเกิดจาก (ร้อยละ 88.90) ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจเข้าใจว่าผู้ป่วยบางคนไม่ได้มีอาการครบทั้ง 3 ระยะและไม่ทราบว่าอาการชัก เพื่อ ซึม หรือหมดสติ เป็นอาการทางสมองของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ประเด็นผู้ที่ป่วยแล้วจะไม่สามารถป่วยได้อีก (ร้อยละ 88.90) อาจเข้าใจว่าการป่วยเป็นโรคมาลาเรียจะมีความต้านทานโรคมาลาเรียได้ กรณีการนอนในมุ้งสามารถป้องกันโรคมาลาเรียได้ (ร้อยละ 88.90) ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจเข้าใจว่าถึงแม้นอนในมุ้งที่ชุบน้ำยาเคมีก็ป่วยได้ถ้าออกไปทำงานในเวลากลางคืน ซึ่งการทำงานไม่สามารถอยู่ในมุ้งได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนนภา ศิริบุรณ์ และนพรัตน์ ส่งเสริม (2559) หลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียแล้ว กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย มากกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรม สุขศึกษาตามระบบปกติที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.01

5.3.3.2 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย พบว่า ก่อนการพัฒนา การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย หลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี หลังพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมเนื่องจาก การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ที่ให้ตัวแทนชุมชนได้ร่วมเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ด้วยคณะกรรมการในพื้นที่ ได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมหรือโครงการที่สามารถแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้ โดยการเสนอข้อคิดเห็นของคณะกรรมการ ทั้งด้านการวางแผนคิดโครงการ ร่วมตัดสินใจ กำหนดวันดำเนินการ กำหนดรูปแบบหรือกิจกรรมที่สำคัญด้วยตนเอง ร่วมทำกิจกรรมที่สำคัญ เช่น การชุบมุ้ง การสำรวจมุ้ง การกระจายมุ้ง หรือการพ่นยาสารเคมีในการกำจัดยุง และการได้รับผลจากการดำเนินกิจกรรมโดยตรงของชุมชนเอง และมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากการร่วมกัน ส่วน

ประเด็นด้านการรับผลประโยชน์ ในเรื่องการดำเนินการพันสารเคมีตกค้างเพื่อฆ่ายุงกันปล่อง ก่อนการพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูงเนื่องจากการคณะกรรมการส่วนใหญ่หลังจากได้เข้าร่วมการพัฒนาเรียบร้อยแล้ว เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดำเนินงานการควบคุมโรคมาลาเรีย ได้มีการกำหนดมาตรการการควบคุมโรคภายใน 7 วัน ในกิจกรรมการพ่นยุง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จรุงศักดิ์ หวังล้อมกลาง (2552) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกและการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการใช้การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโรคมมาลาเรียตำบลห้วยข่าอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จต้องระดมทรัพยากรทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ และ ด้านการบริหารจัดการ ครอบคลุมทั้ง 3 ภารกิจ คือ 1) ภารกิจด้านการเฝ้าระวัง 2) ภารกิจด้านการป้องกันและ 3) ภารกิจด้านการควบคุมโรค และนโยบายด้านการควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียจากผู้บริหารในระดับอำเภอและระดับจังหวัด มีการจัดทำแผนพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การระบาดของพื้นที่ได้ การประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ทีม SRRT และภาคีเครือข่าย มีความรู้ ความเข้าใจมาตรฐานงานควบคุมโรคมมาลาเรีย “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว” ตามมาตรการ 1, 3, 7 และการติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญมา อูยาสงค์ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรียโดยทีม SRRT ของอาสาสมัครในเมืองด้อมลาน แขวงสาละวันสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

หลังการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรียอยู่ในระดับสูง โดยด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอยู่ในระดับสูงที่สุด รองลงมาด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรีย ของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี หลังการพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการดำเนินการคณะกรรมการให้ความสำคัญในการให้ความร่วมมือ สืบเนื่องจากการมอบนโยบายจากท่านนายอำเภอในการดำเนินงาน พชอ. และมีการ

ประชาสัมพันธ์เมื่อมีการดำเนินการควบคุมโรคโดยผู้นำชุมชน ทุกภาคส่วนทราบว่ามีการกิจกรรมจึงร่วมกันดำเนินการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรีัญญา ดวงสิงห์ชัย (2557) รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคมมาเลียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อมีกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนตำบลห้วยข่า ผู้นำชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมประชาชนจึงให้ความร่วมมือมากขึ้น ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยไม่ถูกปิดกั้น ความคิดเห็นของทุกคนจะนำมาร่วมพิจารณาหาเหตุผลทั้งในด้านดีและอุปสรรคต่อการดำเนินการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวัฒน์ เรกระโทก (2553) พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกเกิดจากความร่วมมือของประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนัก 2) การสร้างพลังอำนาจ 3) การระดมทรัพยากร 4) การขยายผลหลังพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตระหนัก และคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการดำเนินงานโดยผ่านคณะกรรมการ SRRT ในระดับตำบลยังส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การเข้าถึงพื้นที่ได้เร็ว ระดมทรัพยากรที่มีในชุมชน และการสร้างความเข้มแข็งให้ทีมและชุมชนโดยชุมชนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญมา อูยาสงค์ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมมาเลียโดยทีม SRRT ของอาสาสมัครในเมืองดຸ່ມລານ แขวงสาละวัน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จากผลการดำเนินงานที่สามารถให้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมการโรคมมาเลียโดยทีม SRRT อาสาสมัครในเมืองดຸ່ມລານ แขวงสาละวัน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การสร้างแกนนำในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง 2) การมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น 3) การมีระบบการทำงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง 4) การสนับสนุนการทำงานโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ดังนั้น รูปแบบพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโรคมมาเลียตำบลห้วยข่าอำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่าย และประชาชนในพื้นที่ ให้เกิดกระบวนการ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์และการร่วมประเมินผล สะท้อนผลการดำเนินการให้กลับชุมชนและกรรมการ จะทำให้ส่งผลต่อความยั่งยืนในการดำเนินงาน ในด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมมาเลีย ในพื้นที่ตำบลห้วยข่า โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ โดยการประสานแผนงานและบูรณาการด้านงบประมาณด้านการ ด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมมาเลีย ทำให้ลดการ

ดำเนินการที่ซับซ้อน ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับของการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียในพื้นที่ต่อไป

5.4 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.4.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

5.4.1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นโยบายจากผู้บริหารในระดับอำเภอและระดับจังหวัด มีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินการ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรีย แบบมีส่วนร่วมได้ดี ยิ่งขึ้น เกิดการพัฒนาอย่างเต็มรูปแบบ ผู้บริหารควรให้การสนับสนุน โดยการสนับสนุนมาตรการดำเนินการ วัสดุ งบประมาณและการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ และการนิเทศ ติดตามเพื่อเสริมพลังในเชิงนโยบายสามารถกระตุ้นให้เกิดการทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบล ทำงานเชิงรุกในด้านของการป้องกันและควบคุมโรคให้เข้มแข็งและเป็นต้นแบบของอำเภอได้

5.4.1.2 ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติการ

การดำเนินการตามขั้นตอนแผนปฏิบัติการ ของรูปแบบการพัฒนาระบบ ควรมีการพิจารณาขั้นตอนการดำเนินการให้ครอบคลุมทุกประเด็นและมีความละเอียดในทุกขั้นตอนหรือกิจกรรมที่จะดำเนินการ นั้น ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์หรือการดำเนินงานที่ไม่มีหรือมีอุปสรรคน้อยที่สุด ทุกขั้นตอนมีความสำคัญ แต่ขั้นตอนการวางแผนจะต้องมีการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ครอบคลุมมากที่สุด จะทำให้ได้ประเด็นปัญหา แนวทางการแก้ไขและโครงการแก้ปัญหาที่เกิดจากการร่วมคิดของคณะกรรมการทุกภาคส่วน

5.4.1.3 ข้อเสนอแนะเชิงระบบหรือเชิงการจัดการ

กระบวนการมีส่วนร่วม ค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งบริบทแตกต่างกันย่อมมีปัจจัยที่ต่างกัน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคระดับอำเภอหรือเหนือกว่า ควรมีการติดตามและประเมินผล เพื่อให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน หรือ การร่วมแก้ปัญหาให้กับพื้นที่ และใช้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการแก้ไขปัญหาหารือการดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ ในรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วม การแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคมมาลาเรียต้องพิจารณาและแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม เช่น อาสาสมัครมาลาเรีย องค์กรบริหารสภา

ส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย มาลาเรียคลินิก โรงเรียน และมีการร่วมมือวางแผนดำเนินงาน การจัดสรรงบประมาณรวม อาจารย์รวมถึงการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่

5.4.1.4 ข้อเสนอแนะด้านการจัดการความรู้

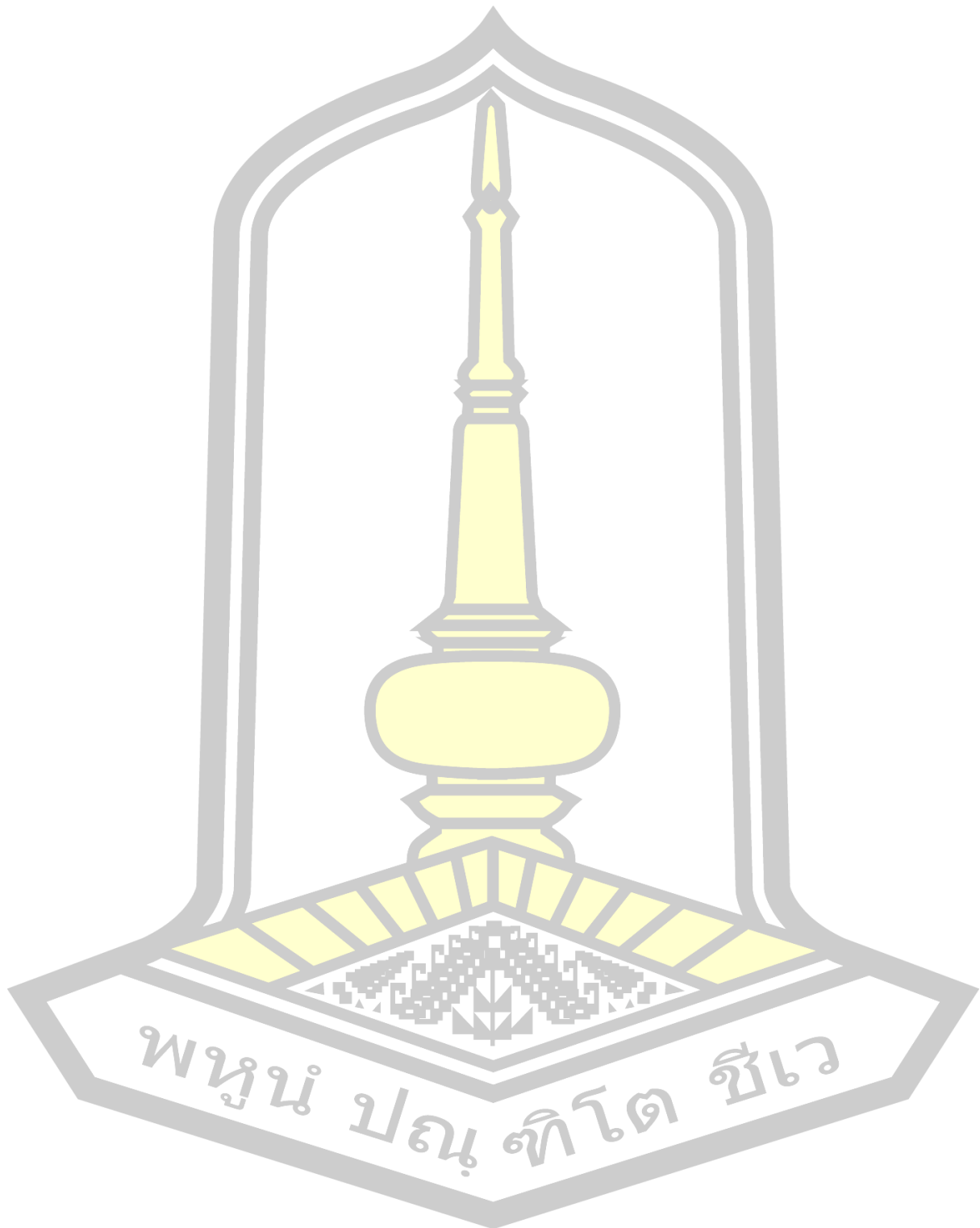
จากการดำเนินการหลังการพัฒนา มีประเด็นความรู้บางเรื่อง เช่น การติดต่อเวลาการออกหากินของยุง การป้องกัน หรืออาการ จึงควรมีการจัดการให้ความรู้แก่ชุมชนให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น ผู้จัดต้องเตรียมพร้อมของบริษัท ข้อมูลทางวิชาการ ให้เหมาะสม โดยการใช้สื่อที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย หรือการสื่อสารที่เป็นภาษาที่ไม่เป็นทางการ ควรใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสารแทน

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในระดับอำเภอหรือระดับจังหวัด ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนในเชิงนโยบาย ในการส่งเสริมการดำเนินการศึกษา ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคมาลาเรียได้



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569*.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา.

กัญเกียรติ ก้อนแก้ว และปัทมา สุพรรณกุล. (2558). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียสำหรับพื้นที่ชายแดน ไทย-พม่า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน:กรณีศึกษา ตำบลท่าสองยาง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.,DHB)*.

อุดรธานี: เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี.

คัทลียา พลอยวงษ์. (2552). *การสำรวจการใช้มุ้งชุบสารเคมีป้องกันยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย ของประชาชน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

คำนวนณ อึ้งชูศักดิ์. (2549). *หลักวิชาและการประยุกต์ระบาดวิทยาสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข*.

หนังสือประกอบการเรียนหลักสูตร Mini M.M. in Health. กรุงเทพฯ:

สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

คำนวนณ อึ้งชูศักดิ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศม วิทยา สวัสดิ์วุฒิมพงษ์ และชุลีพร จิระพงษา. (2557).

พื้นฐานระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ: แคนนากราฟฟิค.

คันธวุฒิ พลอยอุบล. (2551). *การรับรู้บทบาทและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมมาลาเรีย จังหวัดยะลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชดากร ศิริคุณและวุธพงศ์ ภัคดีกุล. (2557). *การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ Systemระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร*. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(1), 25-30.

ชยุต ชำนาญเนาว์. (2557). *รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน อำเภอ นางรอง จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ชำนาญ ปินนา. (2556) *ประสิทธิผลของการควบคุมโรคมาลาเรียในจังหวัดพื้นที่แพร่เชื้อ ภายใต้โครงการกองทุนโลก*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 22(6), 944-955.

- จรรยาศักดิ์ หวังล้อมกลาง. (2552). *ประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกของอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และวิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร. (2557). *วิทยาการระบาด*. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์.
- เดือนนภา ศิริบุรณ์ และนพรัตน์ ส่งเสริม. (2559). *ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของตัวแทนครัวเรือน ตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. (2557). *พื้นฐานระบาดวิทยา*. กรุงเทพฯ: แคนนา กราฟฟิค.
- ชกฤต จันทร์พลงาม และคณะ. (2557). *การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์*. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, 9(1), 499-461.
- นิภาพรรณ สฤกษ์ดีอภิรักษ์, อำนวย ทิพศรีราช, สุภาวิณี แสงเรือน, ปฐวี มาวิริยะและคณะ. (2555). *แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล*. นนทบุรี: สำนักกระบวนกรรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- นันทวดี เนียมนุ้ย. (2555). *โรคมาลาเรีย (Malaria)*. *วารสารเทคนิคการแพทย์*, 40(3), 4291-4299.
- บุญมา อูยาสงค์. (2557). *การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย โดยทีม SRRT ของอาสาสมัครในเมืองด้อมลาน แขวงสาละวัน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ปรีชา ปิยะพันธ์. (2556). *พฤติกรรมกำป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอภูสิงห์จังหวัดศรีสะเกษ*. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 11(4), 30-39.
- ประยุทธ์ สูดาทิพย์. (2541). *ปัจจัยเสี่ยงของการป่วยเป็นไข้มาลาเรียชนิดพาสโมเดียมฟัลซิพารัมซ้ำในผู้ป่วยมาลาเรียที่มารับการรักษา ณ มาลาเรียคลินิก จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประยูทธ สุดาทิพย์ และคารินทร์ คงคาสุริยะฉาย. (2560). โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศไทย : เหตุผลที่ต้องลงทุนอย่างต่อเนื่อง. RTI International และสำนักโรคติดต่อหน้าโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. *จดหมายข่าว*, 25 เมษายน 2560. (ออนไลน์) ได้จาก:
http://www.thaivbd.org/n/uploads/file/file_PDF/malaria/CBA%20Advocacy%20brief_240417_TH2.pdf [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2560].
- พรพรรณ สอนเชื้อ. (2560). การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศกับโรคติดต่อ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*. 17(3), 440-447.
- พีรพรรณ ตันอารีย์ (2557). *มาลาเรีย*. (ออนไลน์) ได้จาก:
<http://www.sc.mahidol.ac.th/usr/?p=51>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2560].
- พิมพ์พร เชื้อบางแก้ว. (2541). ระบาดวิทยาและการป้องกันตนเองของโรคมาลาเรียในชาวเขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร์ สุกัญญา สุวรรณรัตน์ และวีราภรณ์ สุวรรณ. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาโรคมาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรีย ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารโรคติดต่อหน้าโดยแมลง*, 7(2), 1-11.
- ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร์ และคณะ. (2551). ผลกระทบของนโยบายต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อหน้าโดยแมลง กรณีศึกษาพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- วันชัย สีหะวงษ์ วรสิทธิ์ ไหลหลัง และฤชอร วงศ์ภิรมย์. (2557). พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชา เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 14. อุบลราชธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี.
- วันชัย อาจเขียน, นิภาพรณ สฤกษ์ดีอภิรักษ์ และโสภณ เอี่ยมศิริถาวร. (2558). การพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- วันทนา กลางบุรีรัมย์. (2557). การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยบูรณาการหลักการสิ่งแวดล้อมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- วีระพล โพธิ์จิตติ และคณะ. (2547). การพัฒนารูปแบบการควบคุมไข้มาลาเรียและยุงพาหะ ด้วยวิธี
มุ้งชุบสารเคมีโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก . ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ศรัญญา ดวงสิงห์ชัย. (2557). รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรค
มาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.
- ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค. (2558). พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ:
ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค. (2559). ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชื่อและอาการสำคัญของ
โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง. กรุงเทพฯ: ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์ระบาดวิทยา. (2560). รายงาน 506. โรงพยาบาลบุญชริก อำเภอบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี
- สิทธิพร ภัทรดิลกรัตน์. (2557). พันธุศาสตร์ของเชื้อมาลาเรีย: จากงานวิจัยพื้นฐานสู่การพัฒนาต้าน
มาลาเรีย. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา, 19 (2), 168-178.
- สุนีย์ เจ๊ะกะบาขอ. (2552). พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของผู้ประกอบอาชีพกรีดยาง
อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุพัตรา ทองรุ่งเกียรติ, เสฎฐวุฒิ แก้ววิเศษ และสมชัย บวรกิตติ. (2552). ภาวะโลกร้อนกับโรค
มาลาเรีย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 3(4), 506-511.
- สุ่มทนา กลางคาร และวราพจน์ พรหมสัถยพรต. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Principle of health science research). พิมพ์ครั้งที่ 6 (ฉบับปรับปรุงใหม่)
มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2544). การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อักษรไทย.
- สุวัฒน์ เรกระโทก. (2553). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกในเขต พื้นที่สถานีอนามัยบ้านหนองใหญ่ ตำบลห้วยบงอำเภอด่านขุนทด
จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาศ
สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ และคณะ. (2559). การประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการ
สุขภาพระดับอำเภอกรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 7(2), 105-130.
- สรารัฐ สุวัฒน์ทัพพะ และคณะ. (2558). แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคไข้มาลาเรียประเท
ไทย 2558. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

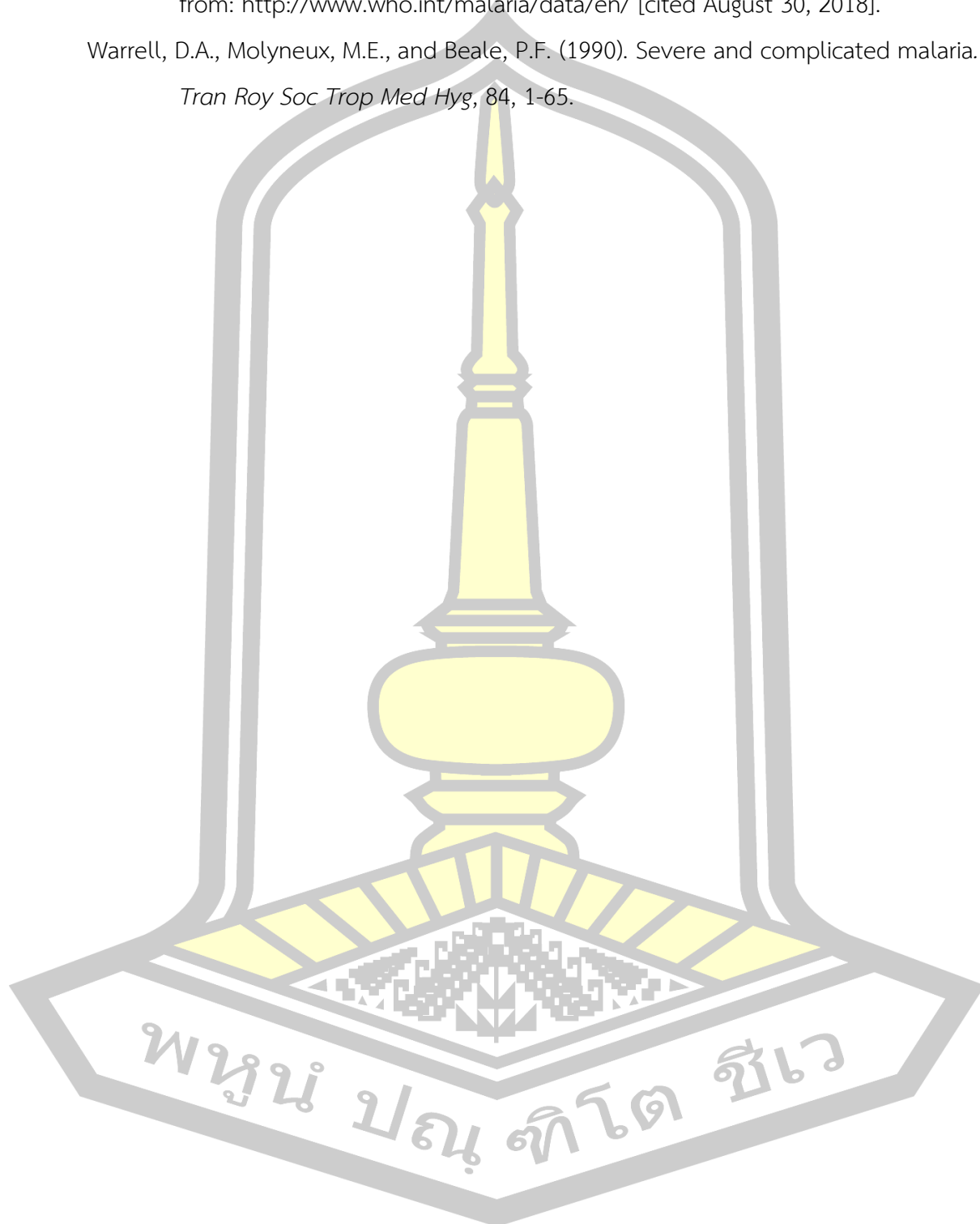
- สมชาย จงวุฒิเวศย์ และอุษา ทิสยากร. (2549). *มาลาเรีย*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
- สมทัศน์ มะลิกุล. (2543). *การรักษามาลาเรียของโครงการควบคุมไข้มาลาเรียมาลาเรียวิทยา*.
 นนทบุรี: กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *โรคมมาลาเรีย*. (ออนไลน์) ได้จาก:
<http://www.boe.moph.go.th/fact/Malaria.htm> [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2560].
- สำนักโรคติดต่อหน้าโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555- 2560) *สถานการณ์โรค
 ไข้มาลาเรียรายสัปดาห์*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคติดต่อหน้าโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือแนวทางการ
 ดำเนินงานและการประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อหน้าโดยแมลง ระดับอำเภอ*.
 กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคติดต่อหน้าโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *หลักสูตรอบรมวิทยากร
 เพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล*. กรุงเทพฯ:
 กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2555). *มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวน
 เคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ (2555)*. กรุงเทพฯ: สำนักกระบาดวิทยา
 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Amir, A., Sum, J. S., Lau, Y. L., Vythilingam, I., and Fong, M. Y. (2013). Colonization of
Anopheles cracens: a malaria vector of emerging importance. *Parasit
 Vectors*. 6(81), 234-256.
- Breman, J.G. (2001). The ears of the hippopotamus: manifestations, determinants,
 and estimates of the malaria burden. *Am J Trop Med Hyg*. 64, 1-11.
- Jongwutives, S., Putaporntip, C., Iwasaki, T., Sata, T., Kanbana, H. Naturally acquire.
 (2004). *Plasmodium Knowlesi* malaria in human in Thailand. *Emerg Infect Dis*.
 10, 2211-2213.
- Sutherland, C. J., Tanomsing, N., Nolder, D., Oguike, M., Jennison, C., Pukrittayakamee,
 S., Arez A. P. (2010). Two nonrecombining sympatric forms of the human
 malaria parasite *Plasmodium ovale* occur globally. *Journal of Infectious
 Diseases*, 201(10), 1544-1550.
- Price, N.R., Tjitra, E., Guerra, A.C., Yeung, S., White, J.N., (1986). *Synchronization of
 Plasmodium falciparum gametocytes using an automated suspension
 culture system*. *Parasitol Res*, 93, 263-274.

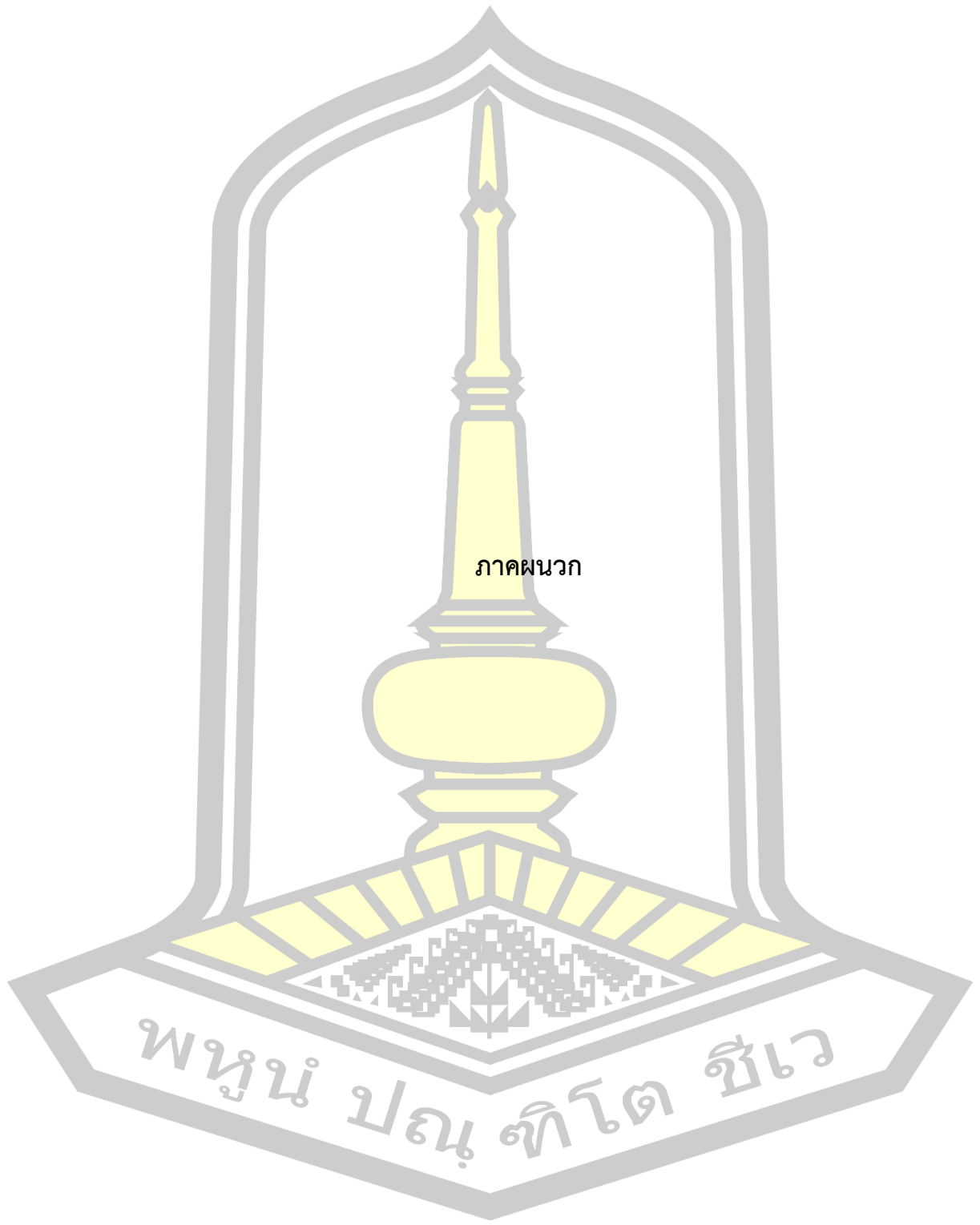
World Health Organization. (2016). *World Malaria Report 2016*. [online].

from: <http://www.who.int/malaria/data/en/> [cited August 30, 2018].

Warrell, D.A., Molyneux, M.E., and Beale, P.F. (1990). Severe and complicated malaria.

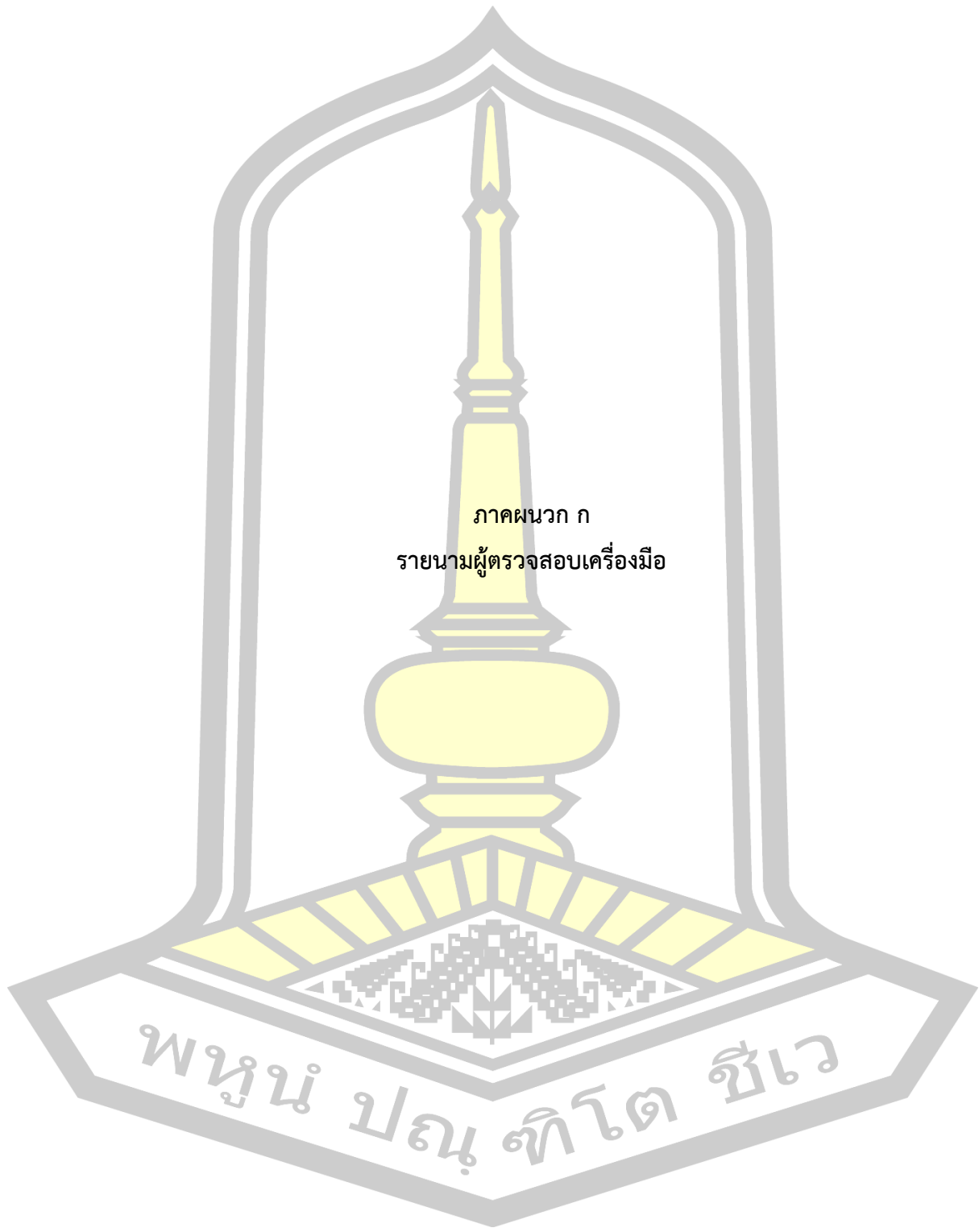
Tran Roy Soc Trop Med Hyg, 84, 1-65.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณุ ทิโต ชีเว



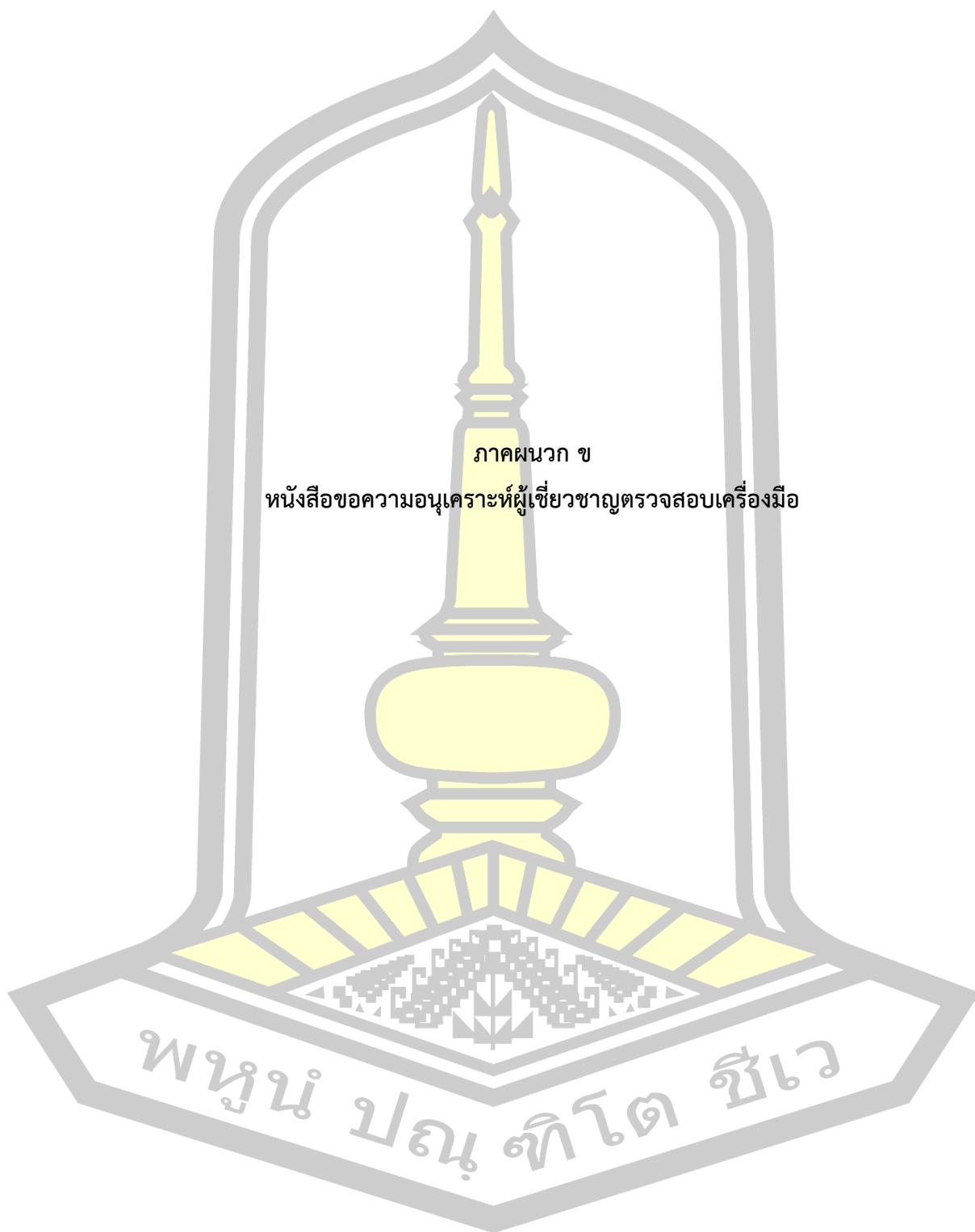
ภาคผนวก ก
รายนามผู้ตรวจสอบเครื่องมือ

พหุพันธ์ ปณฺ ทิโต ชีเว

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายวันชัย สีหะวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้า
หน่วยควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 10 อุบลราชธานี
2. นายประพนธ์ บุญไชย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ฝ่ายควบคุมโรค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. นางสาววัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ฝ่ายควบคุมโรค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี





ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

พหุบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ ๙๙ ลี ๙

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายประพนธ์ บุญไชย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๓. แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ เล่ม

ด้วย นายประเสริฐ สุระพล นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาระบบ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบუნทริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วราภรณ์ พรหมสัถยพรตและ อ.ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ ๓๓๕ ๖๒

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายวันชัย สีหะวงษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๓. แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ เล่ม

ด้วย นายประเสริฐ สุระพล นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบูนทริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรตและ อ.ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุธรรม เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/๙๙๖ ๖๕๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นางสาวชรินทร์ กรวยสวัสดิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๓. แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ เล่ม

ด้วย นายประเสริฐ สุระพล นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วรวจน์ พรหมสัตยพรตและ อ.ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

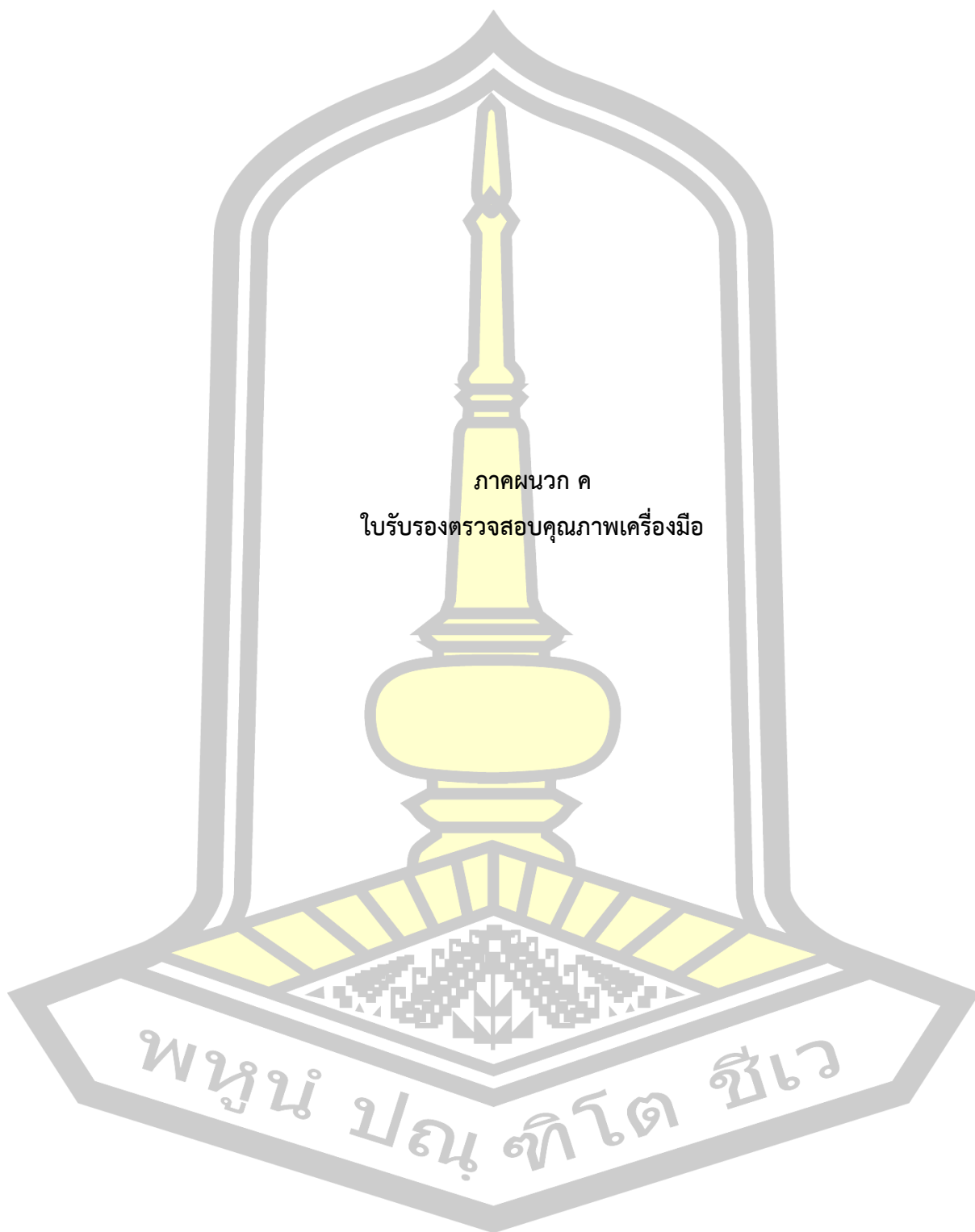
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก ค

ใบรับรองตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

พหุบัณฑิตวิทยาลัย



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

- 1. ชื่อ - สกุล นิสิต ...นายประเสริฐ สุระพล... รหัสประจำตัว59051480007.....
- 4. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
- 3. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี
(ภาษาอังกฤษ) Development of surveillance system for malaria control in Huai Kha Sub-district, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.
- 4. ผู้เชี่ยวชาญ(ชื่อ) นางสาวชรินทร์ กรวยสวัสดิ์
วุฒิการศึกษาสูงสุด สวอรรถศาสตรมหาบัณฑิต *รังษณรศรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุข)*
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

5. ปัญหาที่พบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. ข้อเสนอแนะ

*ชื่อเรื่องภาษาไทย และ รหัสประจำตัว นิสิต ควรแจ้ง ไม่ควร ปล่อยให้ว่าง เพื่อที่ควร
เลือกว่าได้เรื่องหรือไม่ก่อนลงทะเบียนเป็นนิสิต ของอำเภอบุณฑริก หรือ นำมาลงชื่อ ลงนามลงชื่อ (นามสกุล) ไว้
ผู้แนะนำชื่อ อ.ประเสริฐ สุระพล... แนะนำให้แจ้ง
ผู้ชี้แนะ*

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ *ชรินทร์* ผู้เชี่ยวชาญ
(นางสาวชรินทร์ กรวยสวัสดิ์)
วันที่ *๒๒.๗.๒๕.๖๒*

PH2



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. ชื่อ - สกุล นิสิต ... นายประเสริฐ สุระพล... รหัสประจำตัว59051480007.....
3. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
3. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี
(ภาษาอังกฤษ) Development of surveillance system for malaria control in Huai Kha Sub-district, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.
4. ผู้เชี่ยวชาญ(ชื่อ) นายวันชัย สีหะวงษ์
วุฒิการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

5. ปัญหาที่พบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. ข้อเสนอแนะ

- ฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูล คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ศึกษานิสิตที่เก็บข้อมูล คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- งดส่งผลงานวิจัยต้นฉบับให้ทางคณะศึกษาศาสตร์

ลงชื่อ ผู้เชี่ยวชาญ

(นายวันชัย สีหะวงษ์)

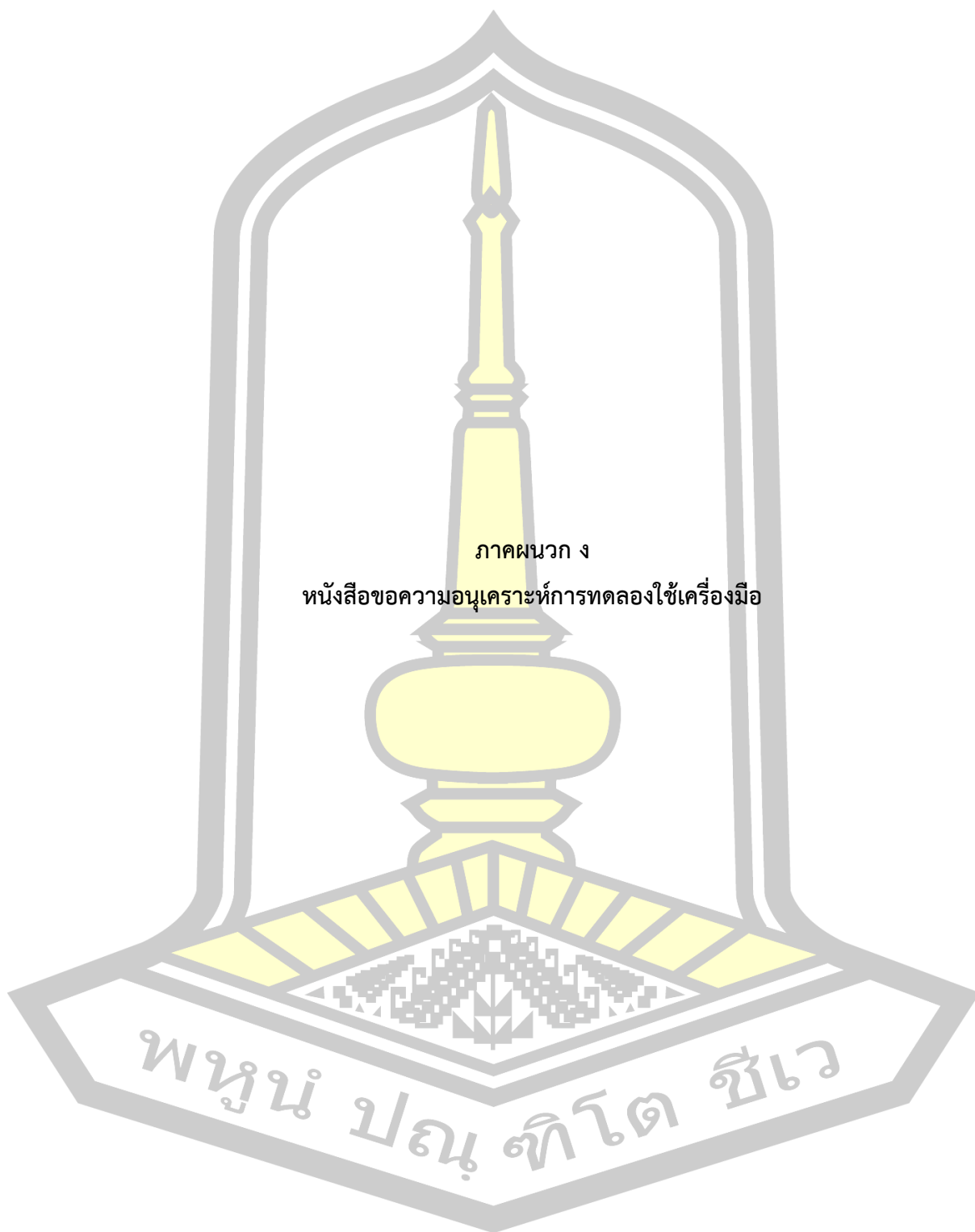
วันที่ 89 No. 10



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. ชื่อ - สกุล นิสิต ... นายประเสริฐ สุระพล... รหัสประจำตัว59051480007.....
2. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
3. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี
(ภาษาอังกฤษ) Development of surveillance system for malaria control in Huai Kha Sub-district, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.
4. ผู้เชี่ยวชาญ(ชื่อ) นายประพนธ์ บุญไชย
วุฒิการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
5. ปัญหาที่พบ *ใช้คำถามที่เป็นทบทวนไป*
6. ข้อเสนอแนะ *ชื่อเรื่องยาวเกินไป ควรใช้คำถามที่เป็น คำตั้งคำถาม เช่น โรคมาลาเรีย และ โรคไข้มาลาเรีย (การเสียดายอันสูงส่ง) - คำถามเชิงทบทวน ทบทวนชื่อคำถามคือ ok - เปลี่ยนคำถามให้เป็น ทบทวน*

ลงชื่อ *[Signature]* ผู้เชี่ยวชาญ
(นายประพนธ์ บุญไชย)
วันที่ *24* *พ.ค.* *60*



ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์การทดลองใช้เครื่องมือ

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/๒๕๐๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

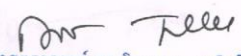
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำยืน

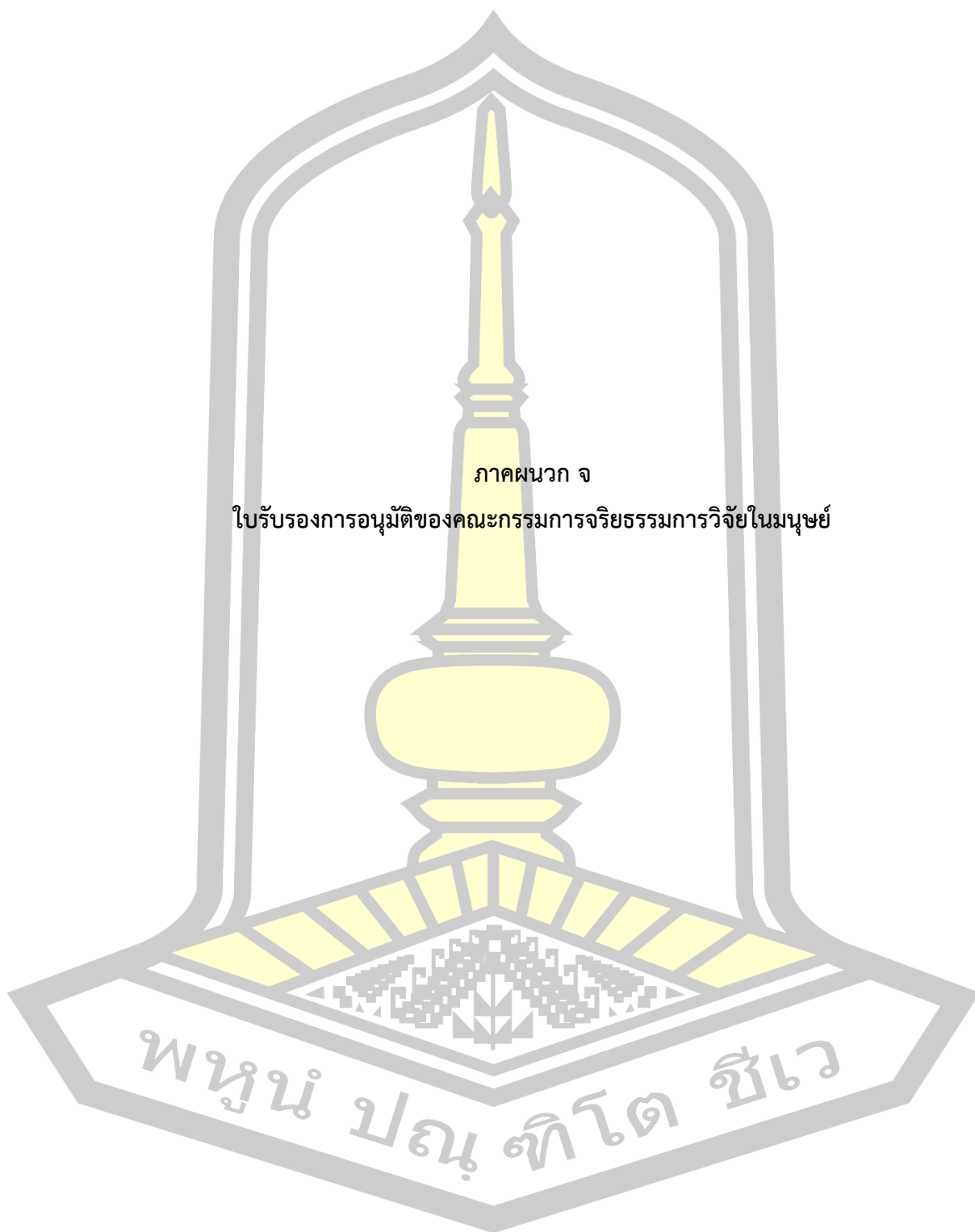
ด้วย นายประเสริฐ สุระพล นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาระบบ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบუნตริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรตและ อ.ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นบุคลากรและหน่วยงานในกำกับของคุณดูแลของท่าน มีความเหมาะสม ในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดอนุญาตให้ นายประเสริฐ สุระพล ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย เพื่อที่นิตจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

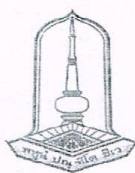

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรารณ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษานโยบายบริหารการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก จ

ใบรับรองการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุบัณฑิต โท ชีวะ



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 061 / 2561

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Development of surveillance system for malaria control in Huai Kha Sub-district, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.

ผู้วิจัย : นายประเสริฐ สุระพล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : คณะกรรมการเต็มชุด

วันที่รับรอง : 30 เมษายน 2561

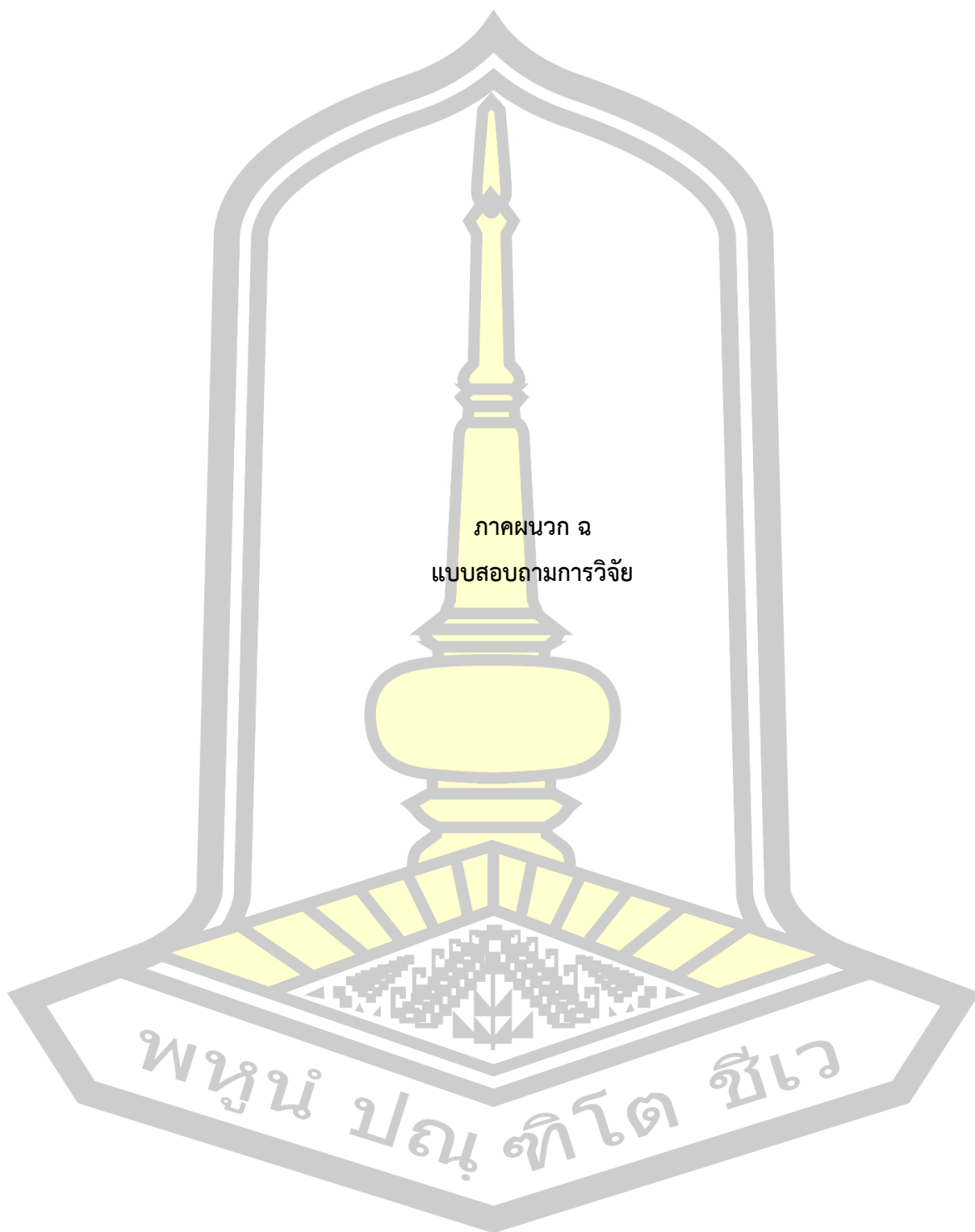
วันหมดอายุ : 29 เมษายน 2562

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ สัมพันธ์ ฤทธิเดช)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ฉ
แบบสอบถามการวิจัย

พหุบัณฑิตวิทัย

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 1

เลขที่.....

เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก
จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้สำหรับผู้เข้าร่วมศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหลักในหน่วยงานราชการในพื้นที่ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานควบคุม โรคของโรงพยาบาลบุณฑริก ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลห้วยข่า เจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง

2. คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น

3. แบบสอบถามชุดนี้มีความมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1.ด้านบุคลากร 7 ข้อ 2.ด้านงบประมาณ 6 ข้อ 3.ด้านวัสดุอุปกรณ์ 6 ข้อ และ 4.ด้านการบริหารจัดการ 14 ข้อ รวมทั้งสิ้น 33 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย 22 ข้อ

ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย 22 ข้อ

ส่วนที่ 5 การป้องกันโรคมาลาเรีย 22 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย 4 ด้าน 15 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) 8 ข้อ

ส่วนที่ 8 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี 4 ข้อ

4. โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี

จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นายประเสริฐ สุระพล

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดเติมเครื่องหมาย / ลงในช่อง [] หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูล

ผู้ตอบแบบสอบถาม หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ได้ความสมบูรณ์

1. เพศ [] ชาย [] หญิง
2. อายุ ปี (เต็ม)
3. สถานภาพสมรส
[] โสด [] สมรส [] หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
[] ประถมศึกษา [] มัธยมศึกษาตอนต้น
[] มัธยมศึกษาตอนปลาย [] ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา
[]ปริญญาตรี [] สูงกว่าปริญญาตรี
5. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง
[] คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข
[] คณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
[] คณะกรรมการภาคประชาชน
[] คณะกรรมการจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้องอื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้ของท่าน..... บาท / เดือน
7. ในปีที่ผ่านมา (2560) หมู่บ้านของท่านมีผู้ป่วยโรคมาลาเรียเกิดขึ้นหรือไม่
() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
8. การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย
() ไม่เคย () เคย 1-3 ครั้ง () เคย มากกว่า 3 ครั้ง
9. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรียในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
 - 9.1 ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรียถ้าตอบเคยให้ตอบข้อ 9.2 ต่อ
() ไม่ เคยได้รับ () เคยได้รับจำนวน.....ครั้ง
 - 9.2 แหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมาลาเรีย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. วิทยุ () 2. โทรทัศน์ () 3. หนังสือพิมพ์
() 4. โปสเตอร์แผ่นพับ () 5. หอกระจายข่าว () 6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
() 7. อสม.หรือ อสม.ม. () 8. เพื่อนบ้าน () 9. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1.ด้านบุคลากร 7 ข้อ 2.ด้านงบประมาณ 6 ข้อ 3.ด้านวัสดุครุภัณฑ์ 6 ข้อ และ 4.ด้านการบริหารจัดการ 14 ข้อ รวมทั้งสิ้น 33 ข้อ

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย / ที่ตรงกับข้อมูลของท่านผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น	มาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น	ปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น	น้อย

ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ด้านบุคลากร			
1. การจัดอัตรากำลังบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เพียงพอ			
2. การกำหนดนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
3. แผนพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้ความสามารถในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
4. การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจน			
5. บุคลากรมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่รวมถึงกฎระเบียบในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
6. การจัดตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
7. การพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
ด้านงบประมาณ			
8. ความสามารถในการจัดสรรเงินตอบแทนในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนอกเวลา - ราชการ ของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข			
9. การจัดสรรงบประมาณในด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
10. การจัดสรรงบประมาณเพื่อการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ภาวะฉุกเฉิน			
11. การจัดสรรงบประมาณสำหรับการบำรุงรักษาและซ่อมแซมครุภัณฑ์ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			

ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
12.การจัดตั้งกองทุนการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
13.ระบบการประเมินประสิทธิภาพการใช้งบประมาณด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
ด้านวัสดุครุภัณฑ์			
14.การจัดให้มีหรือสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน			
15.มีวัสดุที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ เช่น มุ้งชุบ			
16.ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ เช่น เครื่องพ่นหมอกควัน เครื่องพ่นละอองฝอย			
17.มีสารเคมีที่ใช้การป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ เช่น ทรายเคมีสำหรับควบคุมลูกน้ำ			
18.ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสารเพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน			
19.ยานพาหนะเพื่อใช้ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน			
ด้านการบริหารจัดการ			
20.กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
21.การกำหนดแนวทางการดำเนินงานวางแผน-งาน / โครงการและแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
22.การนิเทศ ควบคุม กำกับ และติดตามงานด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ อย่างเป็นระบบ			
23.ความสามารถการเอื้ออำนวยในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
24.ความสามารถจัดกิจกรรมที่ผสมผสานกับการส่งเสริม ควบคุม ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพโดยประชาชนมีส่วนร่วม			
25.ความสามารถในการเอื้ออำนวยด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			

ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
26.ความสามารถในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพที่ผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสุขภาพ โรคมาลาเรียในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี			
27.การประสานแผนงานโครงการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี			
28.การประสานการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี			
29.การใช้ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนประกอบการวางแผนงบประมาณด้านสาธารณสุขของการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			
30.ความสามารถขอความร่วมมือและระดมทรัพยากรจากองค์กร/หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน			
31.ระบบและกลไกในการควบคุมการบริหารงบประมาณด้านการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ/กิจกรรม			
32. ระบบการประเมินประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณไปพัฒนาระบบบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข			
33.การจัดทำรายงานบัญชีทรัพย์สินในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่			

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย จำนวน 22 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน เพียงช่องเดียวที่ถูกต้องที่สุด

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ข้อที่	ประเด็นคำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
	สาเหตุของโรคไข้มาลาเรีย (7 ข้อ)		
1	ยุงนำเชื้อโรคมาลาเรีย คือยุงที่มีชื่อว่า ยุงก้นปล่อง		
2	ยุงนำเชื้อโรคมาลาเรีย มักกัดคนในช่วงเวลากลางวัน		
3	ไม่ว่ายุงชนิดใดก็ตามสามารถทำให้เกิดไข้มาลาเรียได้ เมื่อถูกยุงที่มีเชื้อมาลาเรียกัด		
4	คนทำงานในป่ามีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทำงานในเมือง		
5	โรคไข้มาลาเรียสามารถติดต่อได้ด้วยการถ่ายเลือด (การรับเลือดจากการบริจาคโลหิต)		
6	ไข้มาลาเรียกับไข้เลือดออกเป็นยุงชนิดเดียวกัน		
7	การดื่มน้ำในลำธารหรือในแหล่งน้ำขัง ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคมาลาเรีย เป็นสาเหตุของการติดเชื้อและป่วยเป็นโรคมาลาเรียได้		
	อาการของโรคมาลาเรีย (5 ข้อ)		
8	อาการสำคัญที่ทำให้สงสัยว่าป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ		
9	ปัจจุบันเชื้อมาลาเรียสามารถมีความรุนแรง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในเวลารวดเร็ว ถ้าหากไม่รักษา		
10	อาการของโรคมาลาเรียมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะหนาวสั่น ระยะร้อน และระยะเหงื่อออก		
11	โรคมาลาเรีย หรือเรียกว่าไข้จับสั่น		
12	อาการทางสมองที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ได้แก่ อาการปวดศีรษะมาก ชิม หรือเพ้อซึก และหมดสติในที่สุด		
	การรักษา		
13	เป็นมาลาเรียหากกินยาไม่ครบอาจทำให้ป่วยอีกได้		
14	เมื่อมีอาการสงสัยเป็นโรคมาลาเรีย ไม่ต้องไปหาหมอซื้อยากินเองก็หาย		

ข้อที่	ประเด็นคำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
15	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ถ้าไม่รีบไปพบแพทย์เพื่อรักษาอาจทำให้เกิดความรุนแรงและเสียชีวิตได้		
16	ในการกินยารักษาไข้มะเร็ง ผู้ป่วยอาจมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะอาจมีสีเข้มขึ้น		
17	คนที่เคยเป็นมะเร็งแล้วจะไม่เป็นอีก		
	การป้องกันโรคไข้มะเร็ง		
18	แหล่งเพาะพันธุ์ของมะเร็งอยู่ในกะลา โองน้ำ และยางรถยนต์		
19	การนอนในมุ้งชุบน้ำยาทุกครั้ง สามารถป้องกันการเป็นโรคมะเร็งได้ดีที่สุด		
20	เมื่อท่านป่วยเป็นโรคมะเร็ง ท่านสามารถร่วมทานอาหาร อาศัยหรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัว หมู่บ้าน ได้ เหมือนคนปกติทั่วไป		
21	การป้องกันยุงกัด ที่สามารถทำได้ง่ายที่สุดคือ การใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด(แขนยาว/ขาวยาว) นอนในมุ้ง และทายากันยุงก็ได้		
22	เมื่อยุงพาหะบินมาถึงบ้าน/ชุมชนมักจะเกาะที่ผนังบ้าน		

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคมะเร็ง 22 ข้อ

คำชี้แจง อ่านข้อความในตารางด้านล่างและทำเครื่องหมาย / แสดงความคิดเห็นลงในช่อง “ความคิดเห็นต่อข้อความ” ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุด

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1	ท่านก็มีโอกาสเป็นโรคมะเร็ง			
2	คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสมะเร็ง			
3	เมื่อท่านป่วยเป็นโรคมะเร็ง ท่านมีโอกาสมะเร็งซ้ำได้อีก			
4	การป้องกันโรคมะเร็งทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด			
5	คนที่เคยเป็นโรคมะเร็งแล้วไปรักษาซ้ำ อาจตายได้			
6	ฉันคิดว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญและบางครั้งอาจเป็นโรคที่มีอันตรายต่อชีวิต			

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น		
		เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
7	ฉันคิดว่าโรคมาลาเรียสามารถติดต่อได้โดยตรงจากคนสู่คน			
8	ฉันเชื่อว่าถ้ามีผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียแล้วไม่รักษาทันที อาจจะมีอันตรายต่อชีวิตได้			
9	ฉันคิดว่าวิธีที่ดีที่สุดที่จะป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อมาลาเรีย คือ การป้องกันไม่ให้ยุงกัด			
10	ชาวบ้านทุกคนในหมู่บ้านของท่านมีโอกาสป่วยเป็นโรคมาลาเรียได้			
11	ถ้าป่วยเป็นไข้มาลาเรียสามารถซื้อยากินเองได้			
12	เมื่อเคยป่วยเป็นโรคมาลาเรียแล้วไม่สามารถป่วยซ้ำอีก			
13	ถ้าท่านป่วยเป็นโรคมาลาเรียท่านจะไปรักษาที่ โรงพยาบาล มาลาเรียคลินิก มาลาเรียคลินิกชุมชนเท่านั้น			
14	การนอนในมุ้งตอนกลางคืนเป็นวิธีที่ดีที่สุด สามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคมาลาเรียได้			
15	เด็กและสตรีมีครรภ์ ที่ป่วยเป็นโรคมาลาเรียมี มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคมาลาเรียและเสียชีวิตได้มาก			
16	ฉันคิดว่า ยารักษาโรคมาลาเรียที่ โรงพยาบาล มาลาเรียคลินิก มาลาเรียคลินิก สามารถรักษามาลาเรียได้เหมือนกัน			
17	ฉันคิดว่าการหายจากการป่วยด้วยโรคมาลาเรียสามารถหายเองได้โดยไม่ต้องรักษา			
18	ฉันคิดว่าต้องไปที่โรงพยาบาล มาลาเรียคลินิก มาลาเรียคลินิกชุมชนทันทีเมื่อสงสัยว่าติดเชื้อมาลาเรีย			
19	ฉันอาจติดเชื้อมาลาเรียถ้าฉันทำงาน นอนไม่กางมุ้งหรือเข้าป่าตอนกลางคืน			
20	ฉันคิดว่าสามารถหยุดกินยาได้เลยถ้ารู้สึกหายดีแล้ว			
21	ฉันคิดว่าเป็นอันตรายมากถ้ากินยารักษามาลาเรียไม่หมดหรือไม่ครบ			
22	ฉันสามารถหาคำแนะนำหรือข้อมูลการรักษามาลาเรียได้เมื่อฉันป่วยเป็นมาลาเรีย			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการป้องกันโรคมะเร็ง 22 ข้อ

คำชี้แจง อ่านข้อความในตารางด้านล่างและทำเครื่องหมาย / แสดงความคิดเห็นลงในช่อง “ความคิดเห็นต่อข้อความ” ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุด

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	ท่านสามารถป้องกันไม่ให้ไขมันเลวเกิดขึ้นกับท่านได้			
2	การนอนในมุ้งสามารถป้องกันท่านจากการป่วยเป็นไขมันเลวได้			
3	การใส่ยาทาที่ผิวหนังไม่สามารถป้องกันการป่วยเป็นไขมันเลวได้			
4	การฉีดยาฆ่าเชื้อสามารถป้องกันการป่วยเป็นไขมันเลวได้			
5	การสวมเสื้อผ้ามีดัดปิดบังร่างกายไม่สามารถป้องกันการป่วยเป็นไขมันเลวได้			
6	การไม่ออกไปนอกร้านในเวลากลางคืนสามารถป้องกันการป่วยเป็นไขมันเลวได้			
7	การพันสารเคมี (ยาดีดีที) บนฝาผนังบ้านสามารถฆ่าเชื้อได้ และสามารถป้องกันการป่วยเป็นไขมันเลวได้			
8	ปัจจุบันดีดีทีไม่มาสามารถกำจัดยุงพาหะมาลาเรียได้			
9	เมื่อท่านถูกยุงกัดเพียงตัวเดียวก็กัด สามารถทำให้ท่านป่วยเป็นโรคมะเร็งได้			
10	การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก้นปล่อง สามารถทำได้โดยการถากถางวัชพืชริมลำธาร จะสามารถลดปริมาณยุงก้นปล่องให้น้อยลงได้			
11	วิธีการการป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ดีที่สุดคือ การป้องกันไม่ให้ยุงกัดเราจะสามารถป้องกันการป่วยเป็นไขมันเลวได้			
12	ไขมันเลวจะมีการระบาดโดยเฉพาะฤดูฝนเท่านั้น			
13	ยาป้องกันไขมันเลวสามารถป้องกันการป่วยเป็นไขมันเลวได้			
14	การควบคุมไม่ให้เกิดไขมันเลวเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น			
15	ผู้มีความรู้เกี่ยวกับไขมันเลวสามารถป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยเป็นไขมันเลวได้			
16	การป้องกันไม่ให้ยุงกัดอาศัยวิธีการป้องกันอย่างเดียวก็เพียงพอ			
17	การป้องกันตนเองและครอบครัวไม่ให้ป่วยเป็นไขมันเลวได้เป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถทำได้			

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
18	การนอนในมุ้งที่มีการชุบน้ำยาเคมีทุกครั้ง สามารถป้องกันยุงกัดและป้องกันการป่วยเป็นโรคมาลาเรียได้			
19	การทายากันยุง หรือสวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายให้มิดชิดไม่สามารถป้องกันยุงกัดได้			
20	การป้องกันการแพร่เชื้อมาลาเรียในชุมชนของท่าน หรือการควบคุมโรคมาลาเรียเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด จะให้เกิดความสำเร็จได้ดี ควรให้เป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชนของท่าน			
21	มาตรการควบคุมโรคมาลาเรียประกอบด้วยมาตรการต่อยุงพาหะต่อเชื้อและต่อคน			
22	ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วหมายถึงทีมที่มีการฝึกในการตอบสนองเหตุการณ์เน้นการเฝ้าระวังโรค เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้มีการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว			

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย 4 ด้าน 16 ข้อ คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ซึ่งแต่ละข้อให้ตอบได้เพียงข้อเดียว และระดับการมีส่วนร่วม 3 ระดับ

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำทุกครั้ง
มีส่วนร่วมบางครั้ง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้น ๆ พอสมควร
ไม่เคยมีส่วนร่วม หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้น ๆ พอสมควร

การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน

1. ท่านมีส่วนร่วมเสมอ ในการคิด วางแผน ทำโครงการที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาโรคมาลาเรียให้กับคนในชุมชนของท่าน เช่นการจัดซื้อมุ้งชุบน้ำยา การเข้ารับการเจาะเลือด ของเจ้าหน้าที่ในชุมชน
() 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
สาเหตุเพราะ.....

2. ท่านเคยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเสนอวัน หรือระบุช่วงของการรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ชุมชนของท่าน เช่น การพนเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้าง การชูปมุง การใช้สารกำจัดลูกน้ำการจัดซื้อมุงการจัดซื้อมุง การเข้ารับการเจาะเลือดมาลาเรียให้กับครอบครัวหรือชุมชนท่าน
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
3. ท่านเคยเข้าร่วมเพื่อเสนอปัญหาของชุมชนและการวางแผนในการแก้ไขปัญหา ในชุมชนของท่าน (การทำประชาคม หรือจับกลุ่มเพื่อพูดคุยเสนอแนะแนวทาง)
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
4. ท่านเคยพูดคุย เสนอแนะแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันหรือการควบคุมโรคมาลาเรีย ในครอบครัว ชุมชน หรือในที่ประชุมของชุมชน/หมู่บ้านของท่าน เพื่อของบประมาณจาก อบต. หรือหน่วยงานอื่น ๆ
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

1. ท่านเคยพูดคุย หรือให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย เกี่ยวกับ ความรุนแรง การติดต่อ การรักษา การป้องกัน ให้กับสมาชิกภายในครอบครัวของท่าน หรือคนในชุมชนของท่าน
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
2. ท่านมีส่วนร่วมในการ สำรองมุง แจกมุง ชูปมุงด้วยน้ำยาเคมีเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย หรือการรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงกันปล่อง หรือการพนสารเคมีร่วมกับชุมชนของท่าน
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
3. ท่านเคยเข้ารับการตรวจเลือดเมื่อมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อมาลาเรีย หรือบอกกล่าวคนในครอบครัว ชุมชนของท่าน ให้ไปตรวจเลือด เมื่อสงสัยว่าจะได้รับเชื้อมาลาเรีย
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

4. ท่านเคยร่วมปล่อยปลากินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูง ปลากระดี่ ปลานู๋ ปลากัด ในห้วย หนอง คลอง บึง ลำธาร หรือเลี้ยงไว้ที่บ้าน หรือแจกเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันการระบาดของโรคมาลาเรีย ในชุมชนของท่าน
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์

1. ท่านได้รับการชูบมุ้งเคมี หรือ การแจ่มมุ้ง หรือยาทากันยุง จากเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานของ ราชการ
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
2. ท่านเคยเห็นหรือเคยได้รับการพ่นสารเคมีตกค้าง (ดีดีที) ในบ้านท่านหรือชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ เมื่อมีผู้ป่วยในบ้านท่านหรือในชุมชนของท่าน เพื่อการกำจัดยุงก้นปล่อง
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
3. ท่านหรือคนในบ้านท่าน หรือในชุมชนท่าน เคยมาเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อโรคมาลาเรีย
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
4. ท่านเคยหรือคนในครอบครัวของท่าน หรือในชุมชนของท่าน เคยเห็นหรือเคยได้รับความรู้ จากการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์การป้องกันโรคมาลาเรีย
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

1. ท่านติดตามข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยไข้มาลาเรียในชุมชนของท่านว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลง
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
2. ท่านเคยเสนอความคิดหรือแนวทางในการค้นหาผู้ป่วย
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

3. ท่านติดตามการดำเนินงานในกิจกรรมการสำรวจมั่ง ชุมมั่ง กระจายมั่ง หรือการพนสารเคมี ตกค้างของเจ้าหน้าที่อยู่เสมอ
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
4. ท่านเสนอแนวคิด ข้อคิดเห็นเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม โรคมะลาเรียในชุมชนของท่านหรือ อบต.
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ซึ่งแต่ละข้อให้ตอบได้เพียงข้อเดียว และระดับการมีส่วนร่วม 3 ระดับ

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้นๆเป็นประจำทุกครั้ง
มีส่วนร่วมบางครั้ง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้นๆพอสมควร
ไม่เคยมีส่วนร่วม หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้นๆพอสมควร

ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB)

ด้านการเตรียมความพร้อม

1.ท่านคิดว่าการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอหรือ DHB มีความพร้อมในการสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ในเรื่องการเฝ้าระวังและควบคุมโรคมะลาเรียในด้าน การเตรียมความพร้อม การจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการและโครงการ บุคลากร และงบประมาณ เพียงใด

() 3.มาก () 2.ปานกลาง () 1.น้อย

สาเหตุเพราะ.....

2.ท่านมีส่วนร่วมในการเตรียมบุคลากรด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB)

() 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

3. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดระบบพี่เลี้ยง กำหนดการนิเทศหรือการออกแบบระบบการสนับสนุนช่วยเหลือใน ระดับอำเภอ

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการและโครงการ

4. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการคัดเลือกปัญหา การเลือกใช้ข้อมูลและปัญหาของพื้นที่

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

5. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามประเด็นที่เลือก

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

6. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและ การประเมินผล กำหนดตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

ด้านบุคลากร

7. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

ด้านงบประมาณ

8. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละโครงการตาม ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เลือก

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

ส่วนที่ 8 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคตาบอดห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง โปรดระบุความคิดเห็นที่ตรงกับความต้องการของท่าน

1. การดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรีย ตาบอดห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ท่านพบปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานที่ผ่านมีอะไรบ้าง

.....

.....

2. ท่านมีวิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวอย่างไรบ้าง

.....

.....

3. ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือตามรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรีย ตาบอดห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ท่านต้องการให้ช่วยเหลือด้านใด โปรดระบุ

.....

.....

4. ข้อเสนอแนะในรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรีย ตาบอดห้วยขา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่ท่านต้องการ

.....

.....

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบคำถาม

พูน ปรนุ ทิโต ชีเว

แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 2

เลขที่.....

เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้สำหรับผู้เข้าร่วมศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี คือ ผู้ปฏิบัติงานหลักนอกหน่วยงานราชการในพื้นที่ตำบลห้วยข่า ได้แก่ พนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชน อาสาสมัครมาลาเรีย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวชาญ (อสม.เชิงวชาญ) ด้านการป้องกันและควบคุมโรค ในหมู่บ้าน A1, A2 เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชนพื้นที่ A 1 และ A 2 หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมการบริหารส่วนตำบลห้วยข่าหรือผู้แทน

คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น

2. แบบสอบถามชุดนี้มีความมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้า

ระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

3. แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย 22 ข้อ

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย 22 ข้อ

ส่วนที่ 4 การป้องกันโรคมาลาเรีย 22 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย 4 ด้าน 16 ข้อ

ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี 4 ข้อ

4. โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นายประเสริฐ สุระพล

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน บุญเกิด ชิว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดเติมเครื่องหมาย / ลงในช่อง [] หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ได้ความสมบูรณ์

1. เพศ [] ชาย [] หญิง
2. อายุ ปี (เต็ม)
3. สถานภาพสมรส
[] โสด [] สมรส [] หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
[] ประถมศึกษา [] มัธยมศึกษาตอนต้น
[] มัธยมศึกษาตอนปลาย [] ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา
[]ปริญญาตรี [] สูงกว่าปริญญาตรี
5. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง
[] คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข
[] คณะกรรมการส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
[] คณะกรรมการภาคประชาชน
[] คณะกรรมการจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
(ระบุ).....
6. รายได้ของท่าน..... บาท / เดือน
7. ในปีที่ผ่านมา (2560) หมู่บ้านของท่านมีผู้ป่วยโรคมาลาเรียเกิดขึ้นหรือไม่
() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
8. การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย
() ไม่เคย () เคย 1-3 ครั้ง () เคย มากกว่า 3 ครั้ง
9. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรียในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
 - 9.1 ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรียถ้าตอบเคยให้ตอบข้อ 9.2 ต่อ
() ไม่เคยได้รับ () เคยได้รับจำนวน.....ครั้ง
 - 9.2 แหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมาลาเรีย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. วิทยู () 2. โทรทัศน์ () 3. หนังสือพิมพ์
() 4. โปสเตอร์แผ่นพับ () 5. หอกระจายข่าว () 6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
() 7. อสม.หรือ อสม.ม. () 8. เพื่อนบ้าน () 9. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย จำนวน 22 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน เพียงช่องเดียวที่ถูกต้องที่สุด

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ข้อที่	ประเด็นคำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
	สาเหตุของโรคไข้มาลาเรีย (7 ข้อ)		
1	ยุงนำเชื้อโรคมาลาเรีย คือยุงที่มีชื่อว่า ยุงก้นปล่อง		
2	ยุงนำเชื้อโรคมาลาเรีย มักกัดคนในช่วงเวลากลางวัน		
3	ไม่ว่ายุงชนิดใดก็ตามสามารถทำให้เกิดไข้มาลาเรียได้ เมื่อถูกยุงที่มีเชื้อมาลาเรียกัด		
4	คนทำงานในป่ามีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทำงานในเมือง		
5	โรคไข้มาลาเรียสามารถติดต่อได้ด้วยการถ่ายเลือด (การรับเลือดจากการบริจาคโลหิต)		
6	ไข้มาลาเรียกับไข้เลือดออกเป็นยุงชนิดเดียวกัน		
7	การดื่มน้ำในลำธารหรือในแหล่งน้ำขัง ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคมาลาเรีย เป็นสาเหตุของการติดเชื้อและป่วยเป็นโรคมาลาเรียได้		
	อาการของโรคมาลาเรีย (5 ข้อ)		
8	อาการสำคัญที่ทำให้สงสัยว่าป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ได้แก่ ไข้ หนาวสั่นปวดศีรษะ		
9	ปัจจุบันเชื้อมาลาเรียสามารถมีความรุนแรง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในเวลารวดเร็ว ถ้าหากไม่ได้รับการรักษา		
10	อาการของโรคมาลาเรียมี 3 ระยะได้แก่ ระยะหนาวสั่น ระยะร้อน และระยะเหงื่อออก		
11	โรคมาลาเรีย หรือเรียกว่าไข้จับสั่น		
12	อาการทางสมองที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ได้แก่ อาการปวดศีรษะมาก ซึม หรือเพ้อซึก และหมดสติในที่สุด		
	การรักษา		
13	เป็นมาลาเรียหากกินยาไม่ครบอาจทำให้ป่วยอีกได้		
14	เมื่อมีอาการสงสัยเป็นโรคมาลาเรีย ไม่ต้องไปหาหมอซื้อยากินเองก็หาย		

ข้อที่	ประเด็นคำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
15	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ถ้าไม่รีบไปพบแพทย์เพื่อรักษาอาจทำให้เกิดความรุนแรงและเสียชีวิตได้		
16	ในการกินยารักษาไข้มะเร็ง ผู้ป่วยอาจมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะอาจมีสีเข้มขึ้น		
17	คนที่เคยเป็นมะเร็งแล้วจะไม่เป็นอีก		
	การป้องกันโรคไข้มะเร็ง		
18	แหล่งเพาะพันธุ์ของมะเร็งอยู่ในกะลา ใถ่น้ำ และยางรถยนต์		
19	การนอนในมุ้งชุบน้ำยาทุกครั้ง สามารถป้องกันการเป็นโรคมะเร็งได้ดีที่สุด		
20	เมื่อท่านป่วยเป็นโรคมะเร็ง ท่านสามารถร่วมทานอาหาร อาศัยหรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัว หมู่บ้าน ได้ เหมือนคนปกติทั่วไป		
21	การป้องกันยุงกัด ที่สามารถทำได้ง่ายที่สุดคือ การใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด (แขนยาว/ขาวยาว) นอนในมุ้ง และทายากันยุงก็ได้		
22	เมื่อยุงพาหะบินมาถึงบ้าน/ชุมชนมักจะเกาะที่ผนังบ้าน		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคมะเร็ง 22 ข้อ

คำชี้แจง อ่านข้อความในตารางด้านล่างและทำเครื่องหมาย / แสดงความคิดเห็นลงในช่อง “ความคิดเห็นต่อข้อความ” ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุด

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1	ท่านก็มีโอกาสเป็นโรคมะเร็ง			
2	คนที่นอนนอกร่มเวลากลางคืนมีโอกาสมะเร็ง			
3	เมื่อท่านป่วยเป็นโรคมะเร็ง ท่านมีโอกาสมะเร็งซ้ำได้อีก			
4	การป้องกันโรคมะเร็งทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด			
5	คนที่โรคมะเร็งแล้วไปรักษาซ้ำ อาจตายได้			
6	ฉันคิดว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญและบางครั้งอาจเป็นโรคที่มีอันตรายต่อชีวิต			
7	ฉันคิดว่าโรคมะเร็งสามารถติดต่อได้โดยตรงจากคนสู่คน			

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
8	ฉันเชื่อว่าถ้ามีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งแล้วไม่รักษาทันที อาจจะมีอันตรายต่อชีวิตได้			
9	ฉันคิดว่าวิธีที่ดีที่สุดที่จะป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อมะเร็ง คือ การป้องกันไม่ให้ยุ่งกั			
10	ชาวบ้านทุกคนในหมู่บ้านของท่านมีโอกาสป่วยเป็นโรคมะเร็งได้			
11	ถ้าป่วยเป็นไข้มะเร็งสามารถซื้อยามกินเองได้			
12	เมื่อเคยป่วยเป็นโรคมะเร็งแล้วไม่สามารถป่วยซ้ำอีก			
13	ถ้าท่านป่วยเป็นโรคมะเร็งท่านจะไปรักษาที่ โรงพยาบาล มะเร็งคลินิก มะเร็งคลินิกชุมชนเท่านั้น			
14	การนอนในมุ้งตอนกลางคืนเป็นวิธีที่ดีที่สุด สามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคมะเร็งได้			
15	เด็กและสตรีมีครรภ์ ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งมี มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคมะเร็งและเสียชีวิตได้มาก			
16	ฉันคิดว่า ยารักษาโรคมะเร็งที่ โรงพยาบาล มะเร็งคลินิก มะเร็งคลินิก สามารถรักษามะเร็งได้เหมือนกัน			
17	ฉันคิดว่าการหายจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งสามารถหายเองได้โดยไม่ต้องรักษา			
18	ฉันคิดว่าต้องไปที่โรงพยาบาล มะเร็งคลินิก มะเร็งคลินิกชุมชนทันที เมื่อสงสัยว่าติดเชื้อมะเร็ง			
19	ฉันอาจติดเชื้อมะเร็งถ้าฉันทำงาน นอนไม่กางมุ้งหรือเข้าป่าตอนกลางคืน			
20	ฉันคิดว่าสามารถหยุดกินยาได้เลยถ้ารู้สึกหายดีแล้ว			
21	ฉันคิดว่าเป็นอันตรายมากถ้ากินยารักษามะเร็งไม่หมดหรือไม่ครบ			
22	ฉันสามารถหาคำแนะนำหรือข้อมูลการรักษามะเร็งได้เมื่อฉันป่วยเป็นมะเร็ง			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการป้องกันโรคมลาเรีย 22 ข้อ

คำชี้แจง อ่านข้อความในตารางด้านล่างและทำเครื่องหมาย / แสดงความคิดเห็นลงในช่อง

“ความคิดเห็นต่อข้อความ” ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุด

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1	ท่านสามารถป้องกันไม่ให้ไข้มาลาเรียเกิดขึ้นกับท่านได้			
2	การนอนในมุ้งสามารถป้องกันท่านจากการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้			
3	การใช้ยาทากันยุงไม่สามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้			
4	การฉีดยาฆ่ายุงสามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้			
5	การสวมเสื้อผ้ามิดชิดปกปิดร่างกายไม่สามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้			
6	การไม่ออกไปนอกบ้านในเวลากลางคืนสามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้			
7	การพ่นสารเคมี (ยาดีดีที) บนผาผนังบ้านสามารถฆ่ายุงกันปล่องได้ และสามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้			
8	ปัจจุบันดีดีทีไม่มาสามารถกำจัดยุงพาหะมาลาเรียได้			
9	เมื่อท่านถูกยุงกัดเพียงตัวเดียวกัด สามารถทำให้ท่านป่วยเป็นโรคมลาเรียได้			
10	การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงกันปล่อง สามารถทำได้โดยการถากถางวัชพืชริมลำธาร จะสามารถลดปริมาณยุงกันปล่องให้น้อยลงได้			
11	วิธีการการป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคมลาเรียที่ดีที่สุดคือ การป้องกันไม่ให้ยุงกัดเราจะสามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้			
12	ไข้มาลาเรียจะมีการระบาดในเฉพาะฤดูฝนเท่านั้น			
13	ยาป้องกันไข้มาลาเรียสามารถป้องกันการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้			
14	การควบคุมไม่ให้เกิดไข้มาลาเรียเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น			
15	ผู้มีความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียสามารถป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้			
16	การป้องกันไม่ให้ยุงกัดอาศัยวิธีการป้องกันอย่างเดียวก็ไ้ผล			
17	การป้องกันตนเองและครอบครัวไม่ให้ป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้เป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถทำได้			

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
18	การนอนในมุ้งที่มีการชุบน้ำยาเคมีทุกครั้ง สามารถป้องกันยุงกัดและป้องกันการป่วยเป็นโรคมาลาเรียได้			
19	การทายากันยุง หรือสวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายให้มิดชิดไม่สามารถป้องกันยุงกัดได้			
20	การป้องกันการแพร่เชื้อมาลาเรียในชุมชนของท่าน หรือการควบคุมโรคมาลาเรียเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด จะให้เกิดความสำเร็จได้ดี ควรให้เป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชนของท่าน			
21	มาตรการควบคุมโรคมาลาเรียประกอบด้วยมาตรการต่อยุงพาหะต่อเชื้อและต่อคน			
22	ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วหมายถึงทีมที่มีภารกิจในการตอบสนองเหตุการณ์เน้นการเฝ้าระวังโรค เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้มีการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย 4 ด้าน 16 ข้อ คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ซึ่งแต่ละข้อให้ตอบได้เพียงข้อเดียว และระดับการมีส่วนร่วม 3 ระดับ

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำทุกครั้ง
มีส่วนร่วมบางครั้ง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้น ๆ พอสมควร
ไม่เคยมีส่วนร่วม หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้น ๆ พอสมควร

การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน

1. ท่านมีส่วนร่วมเสมอ ในการคิด วางแผน ทำโครงการที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาโรคมาลาเรีย ให้กับคนในชุมชนของท่าน เช่นการจัดซื้อมุ้งชุบน้ำยา การเข้ารับการเจาะเลือด ของเจ้าหน้าที่ในชุมชน

() 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

2. ท่านเคยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเสนอวัน หรือระบุช่วงของการรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ชุมชนของท่าน เช่น การพ่นเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้าง การชุบมุ้ง การใช้สารกำจัดลูกน้ำการจัดซื้อมุ้งการจัดซื้อมุ้ง การเข้ารับการเจาะเลือดมาลาเรียให้กับครอบครัวหรือชุมชนท่าน
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
3. ท่านเคยเข้าร่วมเพื่อเสนอปัญหาของชุมชนและการวางแผนในการแก้ไขปัญหา ในชุมชนของท่าน (การทำประชาคม หรือจับกลุ่มเพื่อพูดคุยเสนอแนะแนวทาง)
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
4. ท่านเคยพูดคุย เสนอแนะแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันหรือการควบคุมโรคมาลาเรีย ในครอบครัว ชุมชน หรือในที่ประชุมของชุมชน/หมู่บ้านของท่าน เพื่อของบประมาณจาก อบต. หรือหน่วยงานอื่น ๆ
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

1. ท่านเคยพูดคุย หรือให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย เกี่ยวกับ ความรุนแรง การติดต่อ การรักษา การป้องกัน ให้กับสมาชิกภายในครอบครัวของท่าน หรือคนในชุมชนของท่าน
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
2. ท่านมีส่วนร่วมในการ สักรวมมุ้ง แจกมุ้ง ชุบมุ้งด้วยน้ำยาเคมีเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย หรือการรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก้นปล่อง หรือการพ่นสารเคมีร่วมกับชุมชนของท่าน
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
3. ท่านเคยเข้ารับการตรวจเลือดเมื่อมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อมาลาเรีย หรือบอกกล่าวคนในครอบครัว ชุมชนของท่าน ให้ไปตรวจเลือด เมื่อสงสัยว่าจะได้รับเชื้อมาลาเรีย
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

4. ท่านเคยร่วมปล่อยปลากินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูง ปลากระดี่ ปลาบู่ ปลาก๊าด ในห้วย หนอง คลอง บึง ลำธาร หรือเลี้ยงไว้ที่บ้าน หรือแจกเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันการระบาดของโรคมาลาเรีย ในชุมชนของท่าน
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์

1. ท่านได้รับการชุบมุ้งเคมี หรือ การแจกกุ้ง หรือยาทากันยุง จากเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานของ ราชการ
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
2. ท่านเคยเห็นหรือเคยได้รับการพ่นสารเคมีตกค้าง (ดีดีที) ในบ้านท่านหรือชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ เมื่อมีผู้ป่วยในบ้านท่านหรือในชุมชนของท่าน เพื่อการกำจัดยุงก้นปล่อง
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
3. ท่านหรือคนในบ้านท่าน หรือในชุมชนท่าน เคยมาเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อโรคมาลาเรีย
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
4. ท่านเคยหรือคนในครอบครัวของท่าน หรือในชุมชนของท่าน เคยเห็นหรือเคยได้รับความรู้ จากการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์การป้องกันโรคมาลาเรีย
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

1. ท่านติดตามข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยไข้มาลาเรียในชุมชนของท่านว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลง
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
2. ท่านเคยเสนอความคิดหรือแนวทางในการค้นหาผู้ป่วย
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

3. ท่านติดตามการดำเนินงานในกิจกรรมการสำรวจมั่ง ชุมมั่ง กระจายมั่ง หรือการพนสารเคมี ตกค้างของเจ้าหน้าที่อยู่เสมอ
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....
4. ท่านเสนอแนวคิด ข้อคิดเห็นเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม โรคมะลาเรียในชุมชนของท่านหรือ อบต.
- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม
- สาเหตุเพราะ.....

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ซึ่งแต่ละข้อให้ตอบได้เพียงข้อเดียว และระดับการมีส่วนร่วม 3 ระดับ

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้นๆเป็นประจำทุกครั้ง

มีส่วนร่วมบางครั้ง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้นๆพอสม.ควร

ไม่เคยมีส่วนร่วม หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้นๆพอสม.ควร

ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB)

ด้านการเตรียมความพร้อม

1.ท่านคิดว่าการทำงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอหรือ DHB มีความพร้อมในการสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ในเรื่องการเฝ้าระวังและควบคุมโรคมะลาเรียในด้าน การเตรียมความพร้อม การจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการและโครงการ บุคลากร และงบประมาณ เพียงใด

() 3.มาก () 2.ปานกลาง () 1.น้อย

สาเหตุเพราะ.....

2.ท่านมีส่วนร่วมในการเตรียมบุคลากรด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)

() 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

3. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดระบบพี่เลี้ยง กำหนดการนิเทศหรือการออกแบบระบบการสนับสนุนช่วยเหลือใน ระดับอำเภอ

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการและโครงการ

4. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการคัดเลือกปัญหา การเลือกใช้ข้อมูลและปัญหาของพื้นที่

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

5. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามประเด็นที่เลือก

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

6. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและ การประเมินผล กำหนดตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

ด้านบุคลากร

7. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

ด้านงบประมาณ

8. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละโครงการตาม ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เลือก

- () 3.มีส่วนร่วมทุกครั้ง () 2.มีส่วนร่วมบางครั้ง () 1.ไม่เคยมีส่วนร่วม

สาเหตุเพราะ.....

พิบูลย์ บณู ทิโต ชีโว

ส่วนที่ 8 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง โปรดระบุความคิดเห็นที่ตรงกับความต้องการของท่าน

1. การดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี ท่านพบปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานที่ผ่านมามีอะไรบ้าง

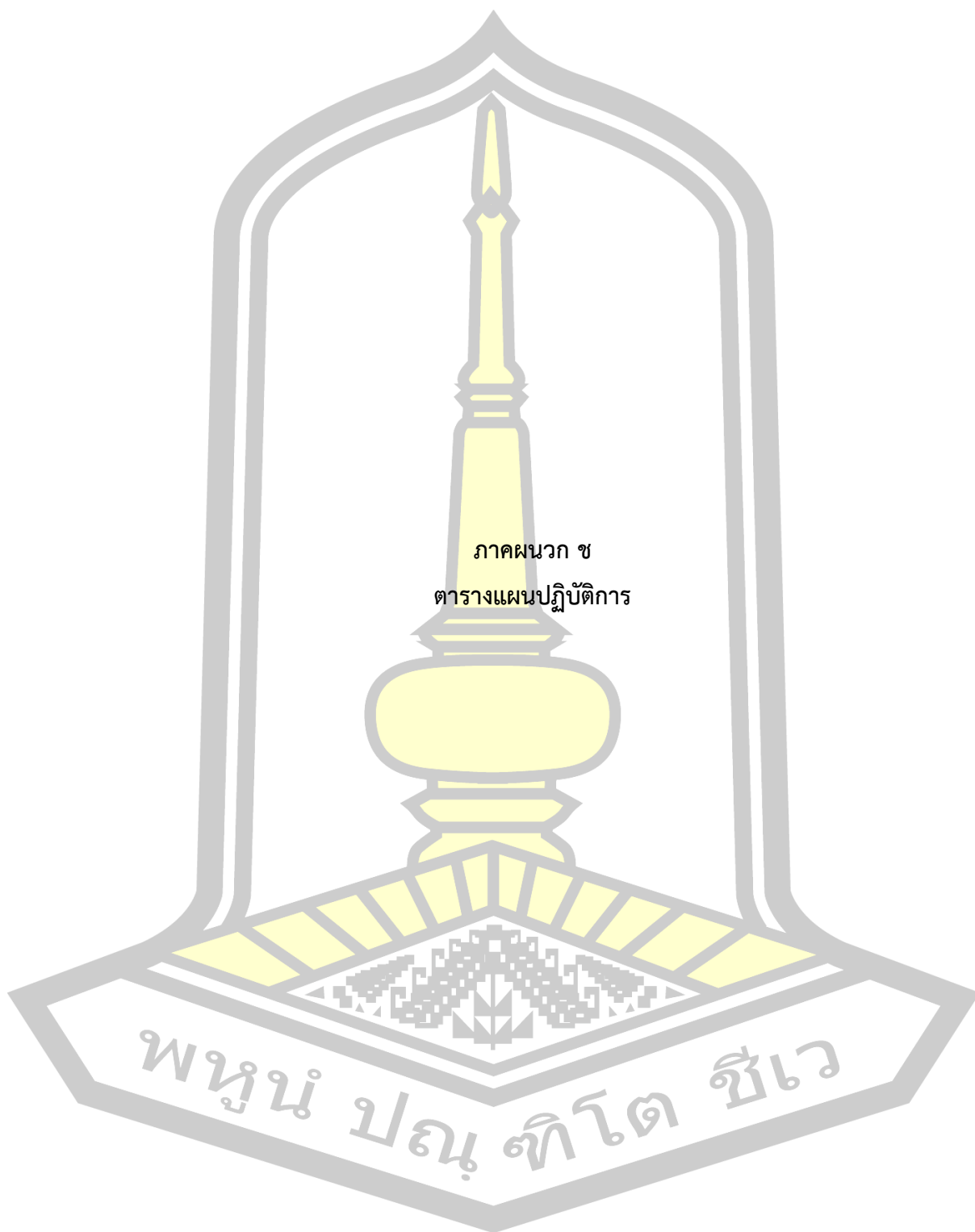
2. ท่านมีวิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวอย่างไรบ้าง

3. ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือตามรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี ท่านต้องการให้ช่วยเหลือด้านใด โปรดระบุ.....

4. ข้อเสนอแนะในรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี ที่ท่านต้องการ.....

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบคำถาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ช
ตารางแผนปฏิบัติการ

พหุมนุ ปณุ ทิโต ชีเว

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนากระบวนการป้องกันความเสี่ยงป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภออุบลราชธานี

กระบวนการ PAOR : ระยะที่ 1 การวางแผน

วัตถุประสงค์/กิจกรรม	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ เพื่อเก็บรวบรวม ข้อมูลก่อนการ ศึกษาวิจัย	1. ศึกษาบริบทของชุมชน วิเคราะห์ สถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียตำบล ห้วยข่าอำเภออุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี 2. ศึกษากระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียตำบล ห้วยข่าอำเภออุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี 3. ศึกษาทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนใน การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและ ควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี (Input) เพื่อวางแผนพัฒนาเป็นระบบ ใหม่	1. ระยะเวลา 1-4 พฤษภาคม 2561 2. สถานที่ดำเนินการ 2.1 โรงพยาบาลอุบลราชธานี 2.2 โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลห้วยข่า 2.3 ชุมชนในตำบลห้วยข่า	1. ข้อมูลผู้เกี่ยวข้องหลัง มีฐานข้อมูล สถานการณ์ผู้ป่วยการดำเนินงานเฝ้า ระวังป้องกันและควบคุมโรค ข้อมูล เชิงปริมาณ 2. สามารถระบุระบบการดำเนินงาน เดิม (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) 3. สามารถระบุทรัพยากรในการ ดำเนินงานเฝ้าระวังในปัจจุบัน	1. ผู้วิจัย และ คณะกรรมการ มีข้อมูล ที่เป็นปัจจุบันที่ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถ อ้างอิงแหล่งที่มาได้ 2. วัสดุปัญหาเสภาพ พื้นที่และเกี่ยวกับปัจจัย การเกิดโรค	ผู้วิจัย คณะทำงาน คณะกรรมการวิจัย
กิจกรรมที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงาน/ คณะกรรมการ ศึกษาวิจัย	1. กำหนดคุณสมบัติคณะทำงาน 2. ติดตั้งประสานงาน 3. แต่งตั้งคณะทำงาน/คณะกรรมการ ศึกษาวิจัย	ระยะเวลา 1-4 พฤษภาคม 2561 สถานที่ดำเนินการ : 1. โรงพยาบาลอุบลราชธานี	1. การตอบรับเข้าร่วมการศึกษาวิจัย กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมศึกษาวิจัยไม่ น้อยกว่า ร้อยละ 80	คณะทำงาน/ คณะกรรมการวิจัยมี ส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ของการศึกษาวิจัย	ผู้วิจัย คณะทำงาน คณะกรรมการวิจัย

กระบวนการ PAOR : ระยะที่ 1 การวางแผน (ต่อ)

วัตถุประสงค์/กิจกรรม	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 3. เก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย	<ol style="list-style-type: none"> 1. การออกแบบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ 2. ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3. ทดสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย 4. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ระบบนำร่องมาลาเรีย ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไข ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ 5. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ลักษณะทางประชากร ระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการรับรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ 	ระยะเวลา 1-4 พฤษภาคม 2561 โรงพยาบาลสุนทรภู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล 2. ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถกรอกข้อมูลได้ 3. ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณที่สามารถแปลผลและวิเคราะห์ได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะทำงาน/คณะกรรมการวิจัยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการศึกษาวิจัย 2. ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณที่มีความน่าเชื่อถือ 	ผู้วิจัย คณะกรรมการวิจัย
กิจกรรมที่ 4 ประชุม คณะทำงาน/คณะกรรมการวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดแผนการประชุมคณะกรรมการ 2. แจ้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3. ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ 4. กำหนดแผนงาน โครงการในการดำเนินการศึกษาวิจัยและแก้ไขปัญหา 	ระยะเวลา : 5 พฤษภาคม 2561 โรงพยาบาลสุนทรภู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะทำงาน/คณะกรรมการวิจัย เข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยหรือเข้าร่วมการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 75.0 	สามารถกำหนดแผนงานโครงการหรือกิจกรรม ที่ชัดเจนได้	ผู้วิจัย คณะกรรมการวิจัย

กระบวนการ PAOR : ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตามแผน

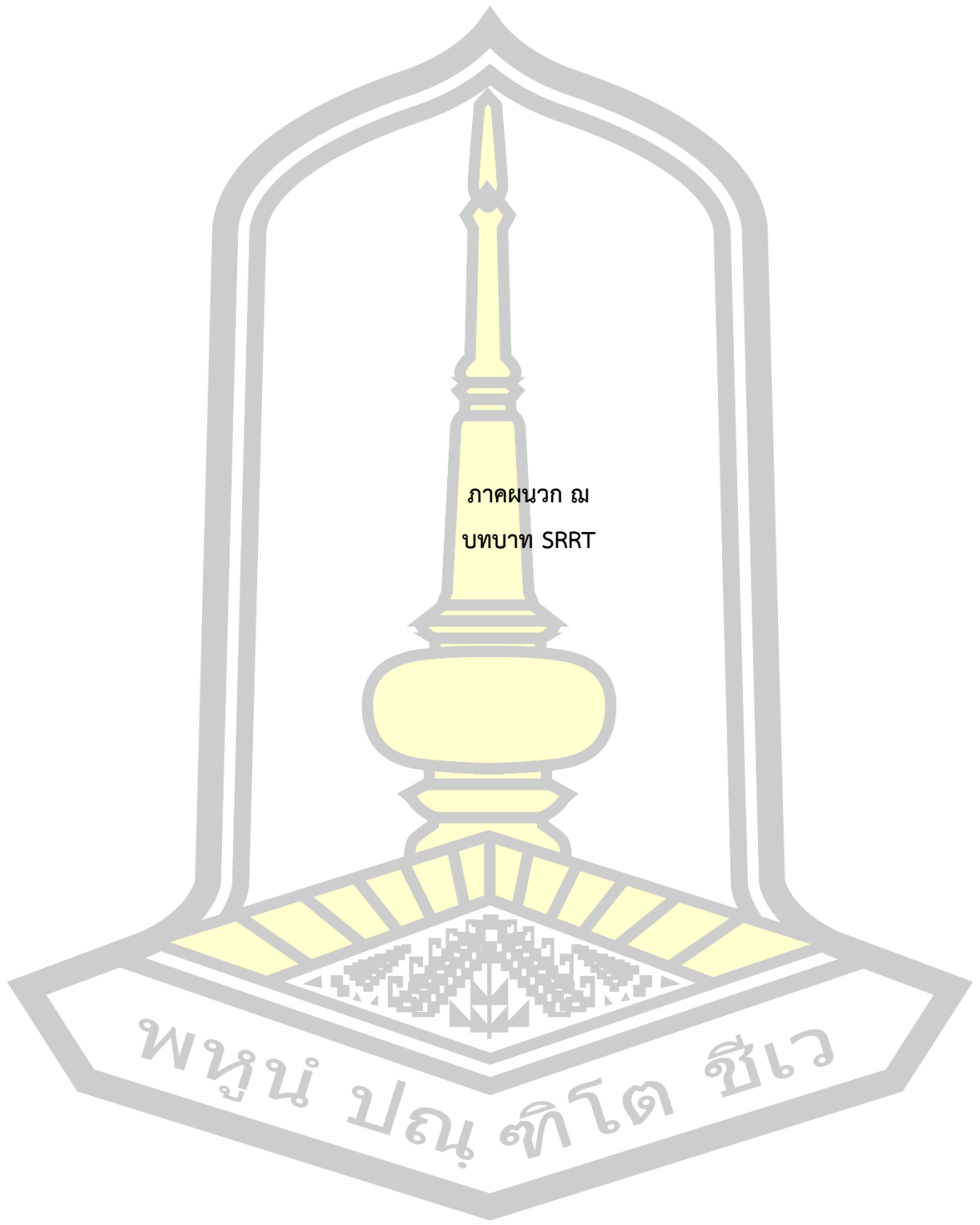
วัตถุประสงค์/ กิจกรรม	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 5 นำแผนงาน โครงการไปสู่การ ปฏิบัติ	<p>1. จัดทำโครงการตามแผนงานที่ถูกกำหนด โดยผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย</p> <p>2. ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ</p> <p>3. ดำเนินกิจกรรมตามแผน</p> <p>1. กิจกรรมการสร้างความรู้</p> <p>2. กิจกรรมการรณรงค์การป้องกันและ ควบคุมโรคมาลาเรีย</p> <p>3. กิจกรรมการสร้างเครือข่าย</p>	<p>1. ระยะเวลา พฤษภาคมถึง มิถุนายน 2561</p> <p>2. สถานที่ดำเนินการ</p> <p>2.1 โรงพยาบาลบุรีรัมย์/2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหัว ข่า</p> <p>3. วัสดุ / อุปกรณ์ กระดาษ ปากกา กล่องถายรูป เครื่อง LCD</p>	<p>1. แผนงานโครงการถูกนำไป ปฏิบัติ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของ แผนงานทั้งหมด</p> <p>2. แบบประเมินการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรค มาลาเรีย</p> <p>3. แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมใน การแสดงความคิดเห็น</p> <p>4. แบบรายงานผลการตรวจสอบ ผู้ป่วย</p>	<p>1. แผนงาน โครงการสามารถ ดำเนินงานได้ อย่างมี ประสิทธิภาพและ ประสิทธิผล</p> <p>2. มีรูปแบบการ พัฒนาที่ชัดเจน เกิดการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน</p>	<p>ผู้วิจัย คณะทำงาน คณะกรรมการวิจัย</p>

กระบวนการ PAOR : ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกต

วัตถุประสงค์/ กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 6 ประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตทุกกิจกรรม และบันทึกผลทุกขั้นตอน 2. ประเมินผลกระบวนการ 3. ประเมินระดับการมีส่วนร่วมในศึกษาวิจัย 4. ประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบ 5. ประเมินแผนปฏิบัติการ โครงการ 6. ประเมินผลงาน/ผลลัพธ์ 7. นิเทศสรุปผลการดำเนินงาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระยะเวลา ครั้งที่ 1 พฤษภาคม ครั้งที่ 2 มิถุนายน 2561 2. สถานที่ดำเนินการ 2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองเม็ก 2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพห้วยข่า 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีผลการดำเนินงานกิจกรรม/ขั้นตอน ทั้งก่อน ระหว่าง หลังดำเนินการ 2. สามารถประเมินผล ก่อนหลังดำเนินงาน ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ประเมินการมีส่วนร่วม 2.2 ประเมินความพึงพอใจของระบบ 2.3 ประเมินแผนปฏิบัติการโครงการ 2.3.1 แผนงานโครงการถูกนำไปปฏิบัติ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของแผนงานทั้งหมด 2.3.2 ประเมินผลโครงการตามตัวชี้วัดและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด 2.3.3 ประเมินโครงการตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยกำหนด 2.4 ประเมินผลงาน/ผลลัพธ์ ของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถเปรียบเทียบ ประเมินผล ก่อนหลังดำเนินงานทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณได้อย่างชัดเจน 2. ได้ทราบถึงผล การดำเนินงาน ของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา มาตรฐาน 	ผู้วิจัย คณะทำงาน คณะกรรมการวิจัย

กระบวนการ PAOR : ระยะที่ 4 ขึ้นสะท้อนผล

วัตถุประสงค์/ กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 7 สะท้อนผล เพื่อ สะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัด ในการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางแก้ไข คืนข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขและการดำเนินงานครั้งต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> ระยะเวลา 25 มิถุนายน 2561 สถานที่ดำเนินการ 2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3. วัสดุ / อุปกรณ์ กระดาษ ปากกา กล้องถ่ายรูป เครื่อง LCD 	<ol style="list-style-type: none"> คณะกรรมการวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 มีแผนงานโครงการ แนวทางหรือข้อกำหนด ในการแก้ไขปัญหา 	<ol style="list-style-type: none"> คณะกรรมการวิจัย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม มีส่วนร่วมในแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ได้ทราบถึงปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน 	ผู้วิจัย คณะทำงาน คณะกรรมการวิจัย



ภาคผนวก ฅ
บทบาท SRRT

พหุมนุ ปรณุ ทิโต ชีเว

บทบาทภารกิจหลักของทีม SRRT ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรีกร กรมี่ออกสอบสวนโรคและกรณีปกติ

หัวหน้าทีม นายกองค้การบริหารส่วนตำบล

รองหัวหน้าทีม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

มีหน้าที่ดังนี้

1. ให้คำปรึกษา และช่วยแก้ไขปัญหาด่าง ๆ เพื่อให้การสอบสวนการระบาดดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ติดตามผลการสอบสวนโรคเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

2. พิจารณาร่วมออกสอบสวนตามความเหมาะสม

3. สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็น

ทีมสอบสวนหลัก นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ประธานอสม.

อาสาสมัครค้ส้วมชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียนและมาลาเรียคลินิกชุมชน

มีหน้าที่ดังนี้

1. รับแจ้งข่าวการระบาด รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินสถานการณ์ และตรวจจับการระบาด

2. ประสานผู้ร่วมทีมเพื่อออกสอบสวนโรค

3. ประสานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อวางแผนดำเนินงานและแก้ไขปัญหา

4. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการสอบสวนโรค เช่น ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลบุญศรีกร ทีมSRRT ระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุญศรีกร ฯลฯ

5. มอบหมายงานให้กับสมาชิกในทีม

6. กรณีที่มีปัญหา ให้ปรึกษาหัวหน้าทีม สอบสวนโรค

7. นำทีมออกสอบสวนและติดตามผลข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน พร้อมสรุปผลและเขียนรายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น เสนอผู้บริหารภายใน 24 ชั่วโมงและสรุปเป็น รายงาน final report ภายใน 2 สัปดาห์ ส่งให้ ทีม SRRT ระดับอำเภอ

8. นำเสนอผลการสอบสวนโรคแก่หัวหน้าทีมและผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

ทีมสนับสนุน พยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข

มีหน้าที่ดังนี้

1. จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมใช้อยู่เสมอ

2. ตรวจสอบเชื้ออุปกรณ์ที่ใช้แล้ว หลังกลับจากพื้นที่โดยทำความสะอาดให้ปลอดภัย

3. จัดการด้านธุรการ เช่นหนังสืออนุมัติ เงิน ยานพาหนะ

4. ร่วมตรวจจับการระบาดและรับข่าวสาร

5. ทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นกับการสอบสวนโรค

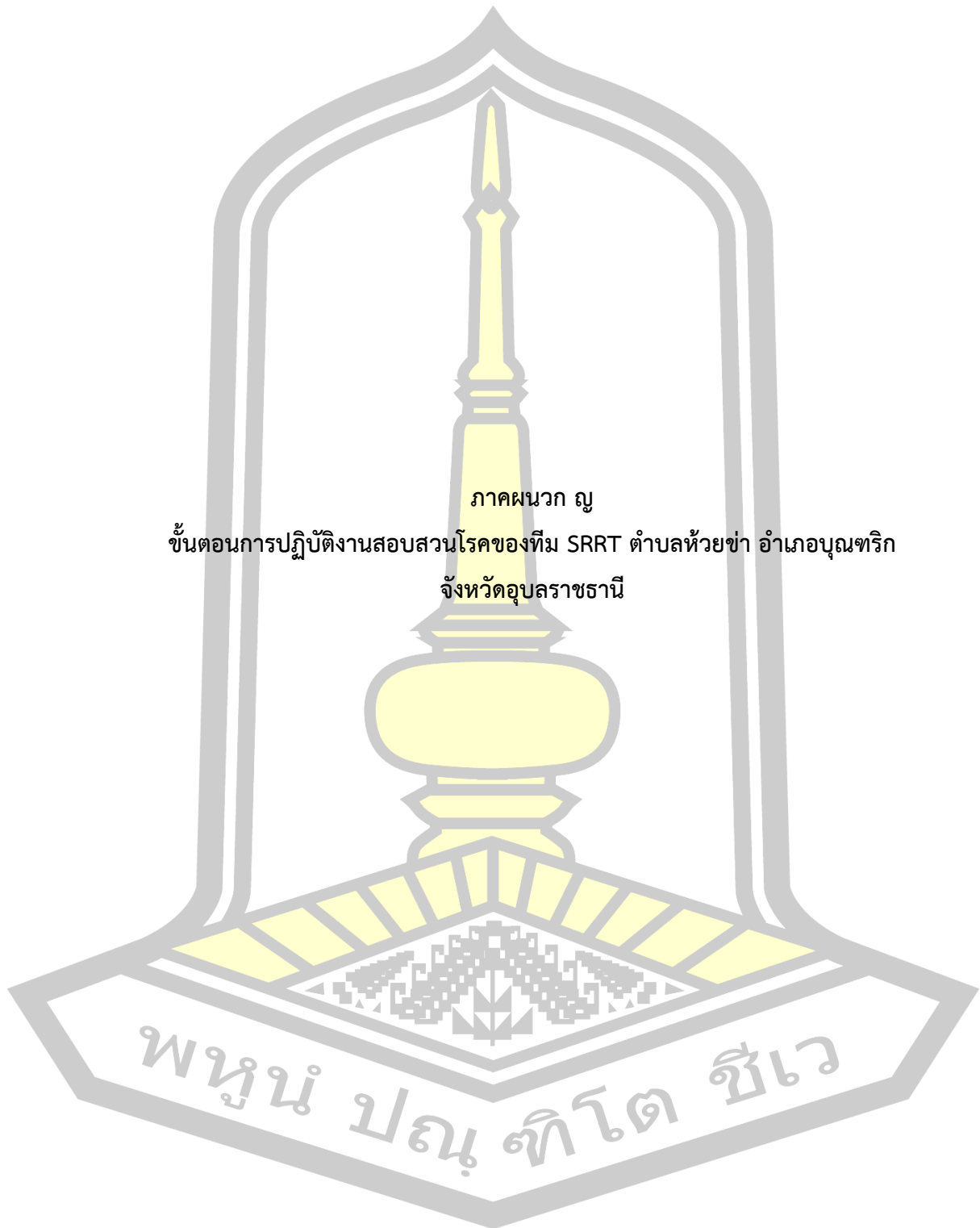
6. จัดเตรียมเอกสารที่ต้องใช้ เช่น แนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ

7. ร่วมออกสอบสวนโรคให้ข้อคิดเห็นแก่ทีมสอบสวนโรคและร่วมเขียนรายงาน
สอบสวนโรค

8. ร่วมดำเนินการควบคุมโรคเบื้องต้นในพื้นที่

9. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีม



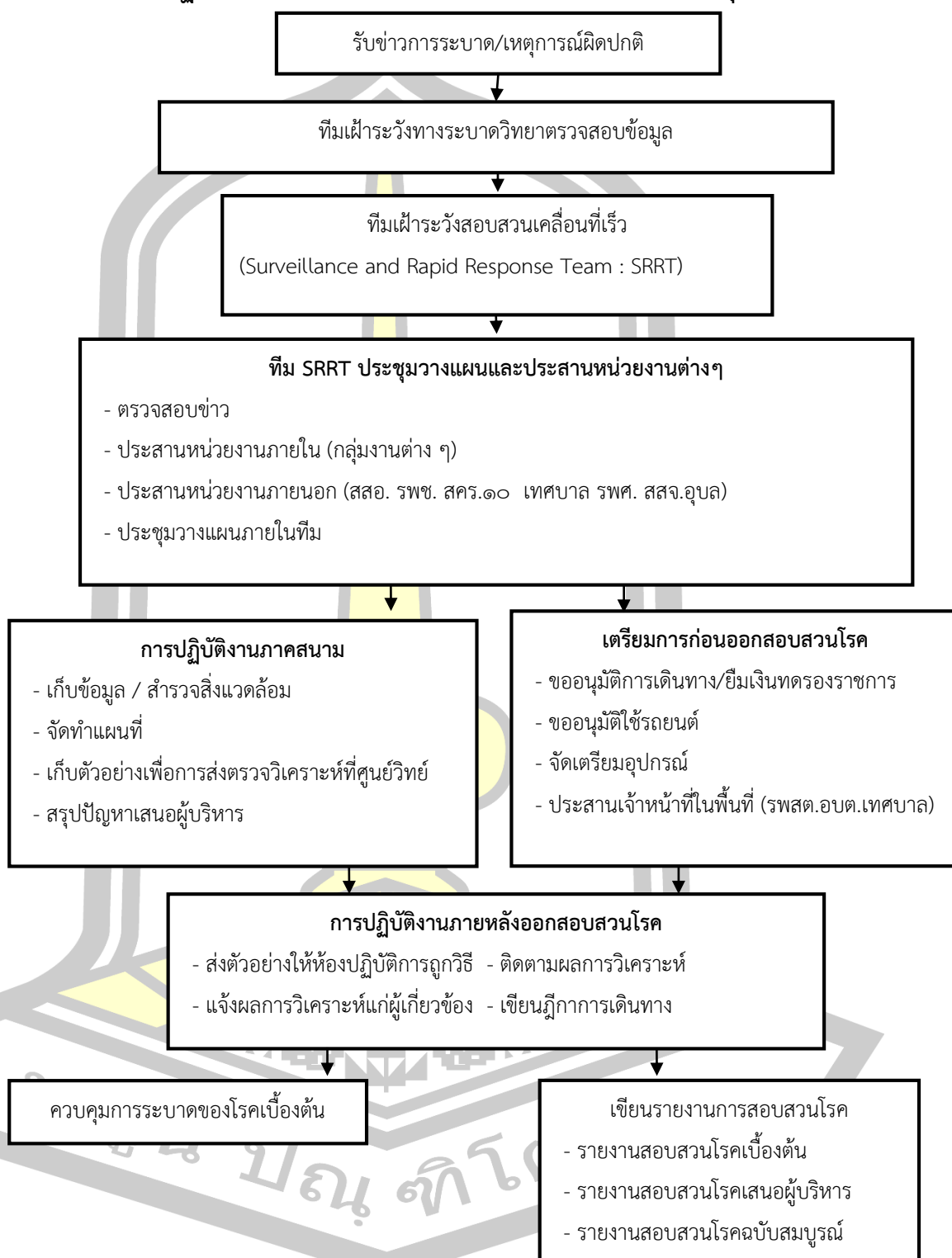


ภาคผนวก ญ

ขั้นตอนการปฏิบัติงานสอบสวนโรคของทีม SRRT ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก
จังหวัดอุบลราชธานี

พหุ ญ ชัยเว

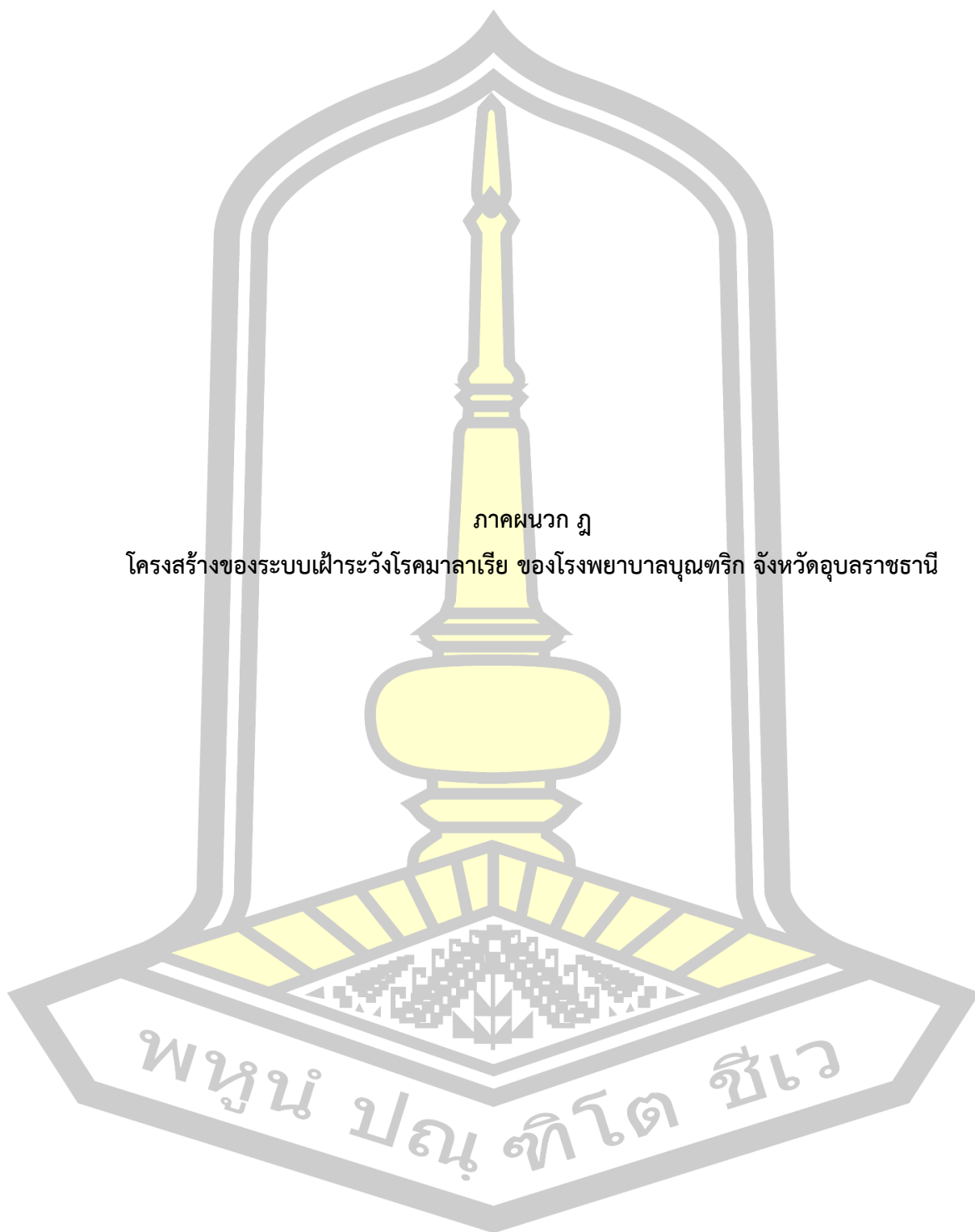
ขั้นตอนการปฏิบัติงานสอบสวนโรคของทีม SRRT ตำบลห้วยป่า อำเภอบุณฑริก



ที่มา : ศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ภาพประกอบ 10 ขั้นตอนการปฏิบัติงานสอบสวนโรคของทีมเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่

เร็วระดับตำบล (SRRT) ตำบลห้วยป่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

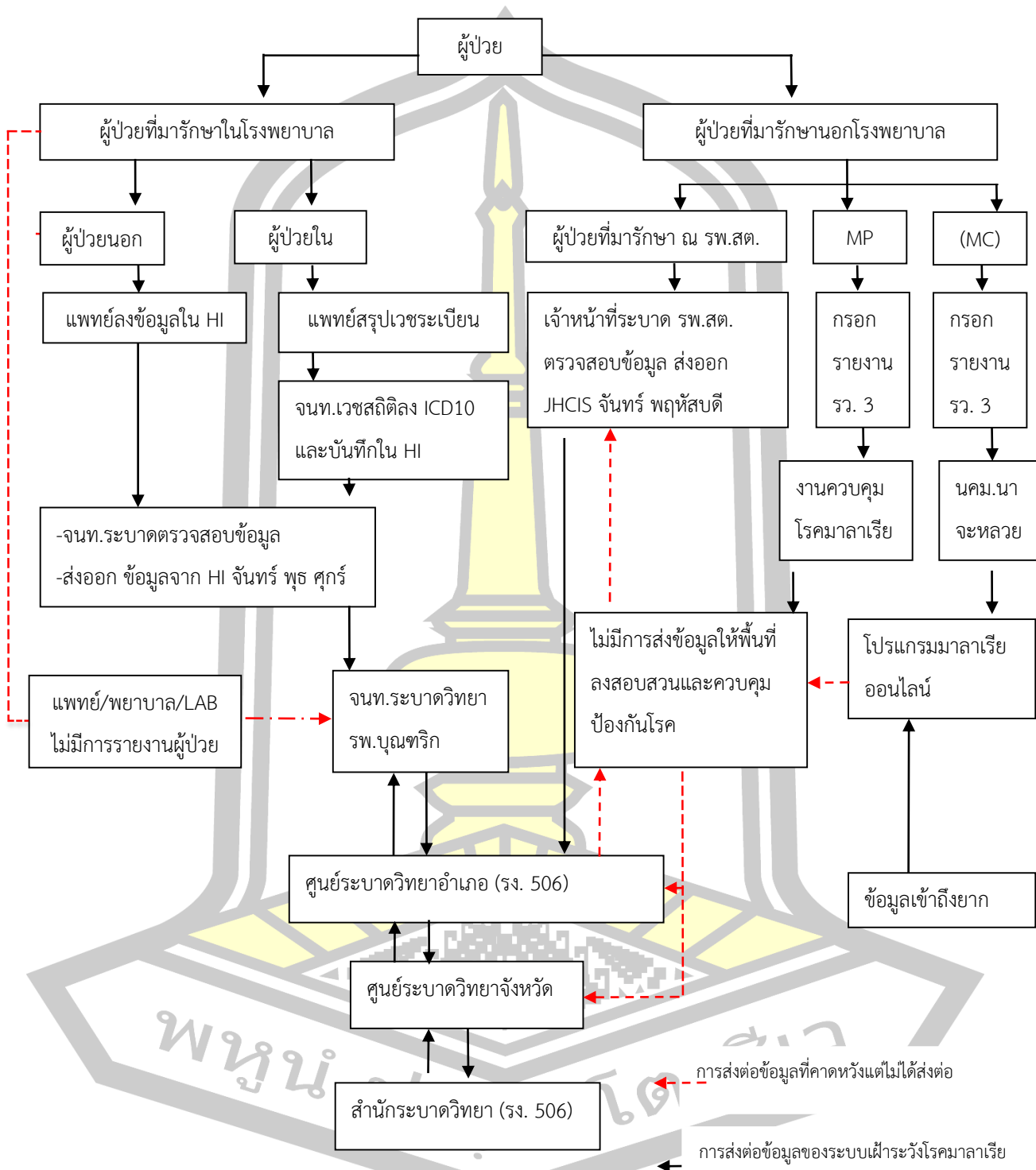


ภาคผนวก ก

โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย ของโรงพยาบาลนุชนทริก จังหวัดอุบลราชธานี

พูนัน ปณ ทิโต ชีเว

โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมลาเรีย



การส่งต่อข้อมูลที่คาดหวังแต่ไม่ได้ส่งต่อ

การส่งต่อข้อมูลของระบบเฝ้าระวังโรคมลาเรีย

ที่มา : ศูนย์ระดับวิทยา อำเภอบุนทรริก จังหวัดอุบลราชธานี
 ภาพประกอบ 11 โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมลาเรีย ของเครือข่ายอำเภอบุนทรริก
 จังหวัดอุบลราชธานี



ภาคผนวก ก

แผนโครงการ/กิจกรรม การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย

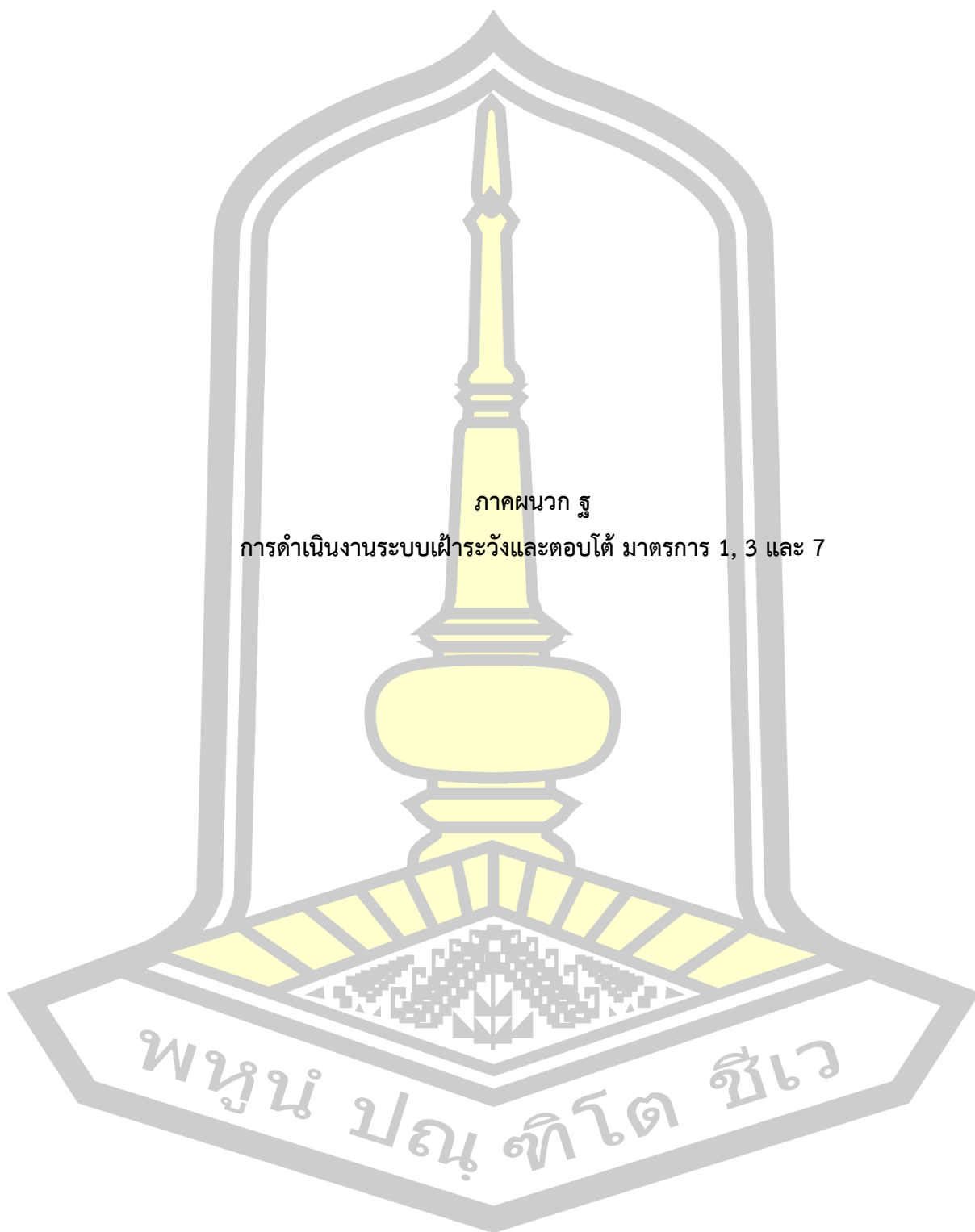
พหุ ประทีป วิทย์

ตาราง 24 แผนปฏิบัติการ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภออุ้มผาง จังหวัดอุบลราชธานี

แผนพัฒนางาน/กิจกรรม/โครงการ	ระยะเวลา	การประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ
<p>1) โครงการฟื้นฟูองค์ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/รพช./รพ. มิถุนายน 2561</p> <p>สวดในการตรวจวินิจฉัยโรคไข้มาลาเรียและการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค/รพช./รพ.สต 		<ul style="list-style-type: none"> - มากกว่าร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ได้รับการฟื้นฟู 	<p>คร.สสอ. คร.รพช คร.รพ.สต. 3 แห่ง</p>
<p>2) โครงการสำรวจความต้องการและการมุ่งและกระจายมุ่งชุมชนในพื้นที่เสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเป้าหมาย ชุมชนพื้นที่ A 1 A2 จำนวน 12 แห่ง ตชด.225 ป่าม้อ อำเภออุ้มผาง 	พฤษภาคม 2561	<ul style="list-style-type: none"> - ความครอบคลุมของมุ่งชุมชนเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 80 - จัดตั้งศูนย์ชุมชนเป้าหมายเดิมใหม่ชุมชน 	<p>คร.สสอ. คร.รพช SRRT ตำบลห้วยข่า คณะกรรมการ</p>
<p>3) โครงการจัดซื้อเครื่องฟ่นและของผอຍเพื่อกำจัดยในบ้นผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป้าหมาย จัดซื้อเครื่องฟ่นและของผอຍแบบสละภายหลัง 1 เครื่อง 1 เครื่อง 	พฤษภาคม 2561	<ul style="list-style-type: none"> - จัดซื้อเครื่องฟ่นและของผอຍจำนวน 1 เครื่อง 	<p>คณะกรรมการ ควบคุมโรคระดับ อำเภอ</p>

ตาราง 24 (ต่อ)

แผนพัฒนางาน/กิจกรรม/โครงการ	ระยะเวลา	การประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ
4) แต่งตั้งคณะทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า เพื่อดำเนินการในการกำหนดนโยบายการพัฒนาพื้นที่ระดับตำบล มี 2 คณะทำงาน <ul style="list-style-type: none"> - เป้าหมาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ตำบลห้วยข่า - เป้าหมาย คณะกรรมการทีม SRRRT ตำบลห้วยข่า 	พฤษภาคม 2561	<ul style="list-style-type: none"> - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - มีการประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งแต่งตั้ง - การประชุมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี - แผนงาน
5) โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย <ul style="list-style-type: none"> - เป้าหมาย ทีม SRRRT ตำบลห้วยข่า - ระยะเวลาดำเนินงาน พฤษภาคม 2561 	พฤษภาคม 2561	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้เฝ้าระวังมาลาเรีย - เข้าระบบ 506 ร้อยละ 85 	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการแนวทางการดำเนินงาน



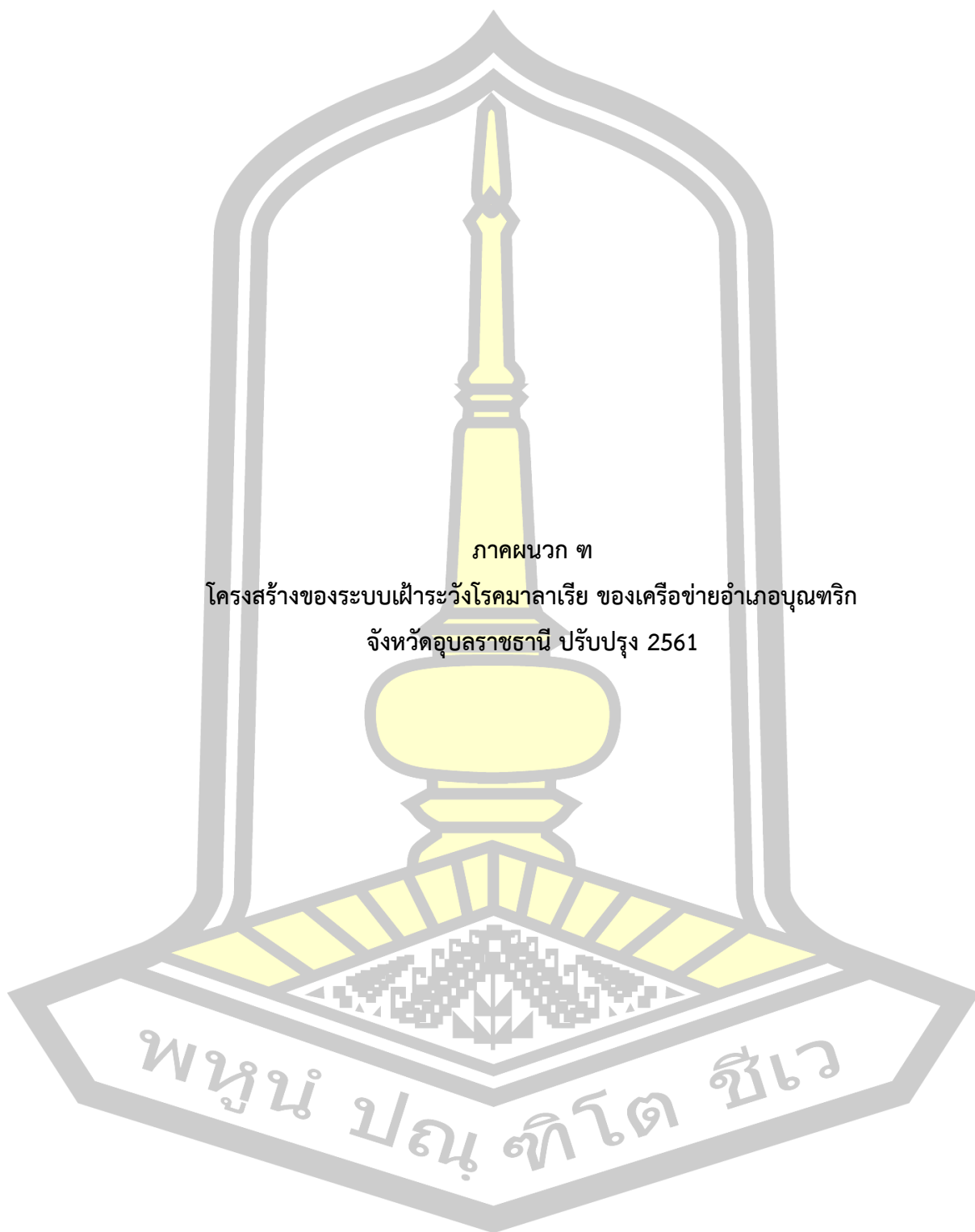
ภาคผนวก สฐ

การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ มาตรการ 1, 3 และ 7

พหุบัณฑิตยาลัย

ตาราง 25 การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ มาตรการ 1, 3 และ 7

การดำเนินการ	รพช.	รพ.สต.	MP./MC
1 วัน	1) ส่งรายงานกรณีพบเชื้อทางไลน์ “มาลาเรียบุงนทริก”	1) ส่งรายงานกรณีพบเชื้อทางไลน์ “มาลาเรียบุงนทริก” 2) พร้อมทั้งกรอกข้อมูลลงในโปรแกรม JHCIS 3) ดำเนินการควบคุมโรคร่วมกับ ทีม SRRT ตำบลห้วยข่า	1) ส่งรายงานกรณีพบเชื้อทางไลน์ “มาลาเรียบุงนทริก” 2) ดำเนินการควบคุมโรคร่วมกับ ทีม SRRT ตำบลห้วยข่า
3 วัน	1) สอบสวนโรคตามแบบ รว.3 ให้ครบถ้วนและส่งรายงานข้อมูลทางไลน์ภายใน 3 วัน 2) นำข้อมูล รว.3 ของผู้ป่วยจากต่างอำเภอ รพ.สต.และ MP MC เข้าระบบรายงาน 506 ของศูนย์ระบาดวิทยา	1) สอบสวนโรคตามแบบ รว.3 ให้ครบถ้วนและส่งรายงานข้อมูลทางไลน์ภายใน 3 วัน	1) สอบสวนโรคตามแบบ รว.3 ให้ครบถ้วนและส่งรายงานข้อมูลทางไลน์ภายใน 3 วัน
7 วัน	1) ร่วมตอบโต้ตาม มาตรการ การกำจัด มาลาเรีย 2) เตรียมพื้นที่ กลุ่มเสี่ยง ให้નคມ. ศตม. เพื่อทำการเจาะเลือดค้นหา ผู้ป่วยรายใหม่ใน หมู่บ้านที่เกิด	1) ร่วมตอบโต้ตาม มาตรการ การกำจัด มาลาเรีย 2) เตรียมพื้นที่ กลุ่มเสี่ยง ให้નคມ. ศตม. เพื่อทำการเจาะเลือดค้นหา ผู้ป่วยรายใหม่ในหมู่บ้านที่เกิด	1) ร่วมตอบโต้ตาม มาตรการ การกำจัด มาลาเรีย 2) เตรียมพื้นที่ กลุ่มเสี่ยง ให้નคມ. ศตม. เพื่อทำการเจาะเลือดค้นหา ผู้ป่วยรายใหม่ในหมู่บ้านที่เกิด

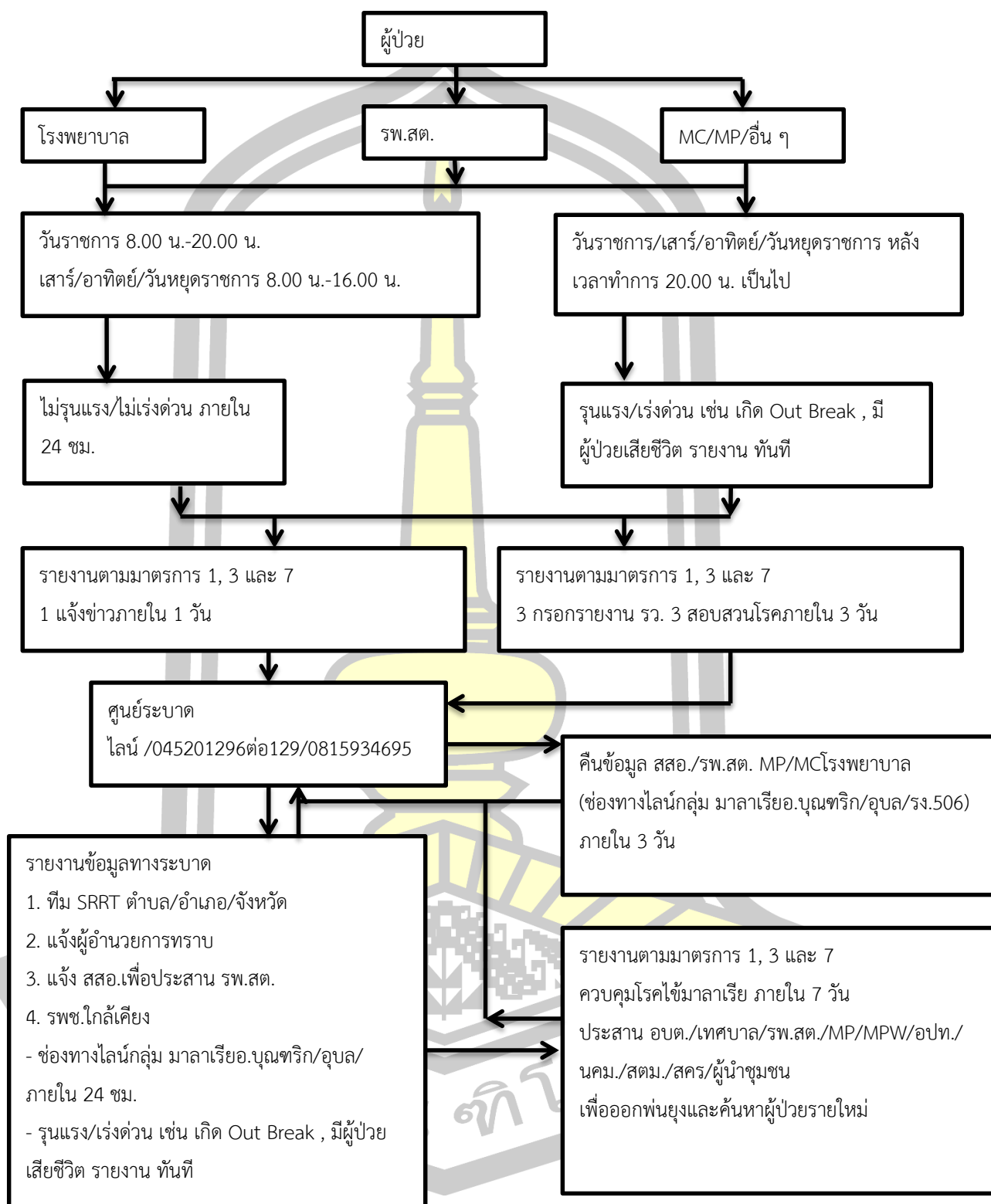


ภาคผนวก ๓

โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย ของเครือข่ายอำเภออุบลราชธานี

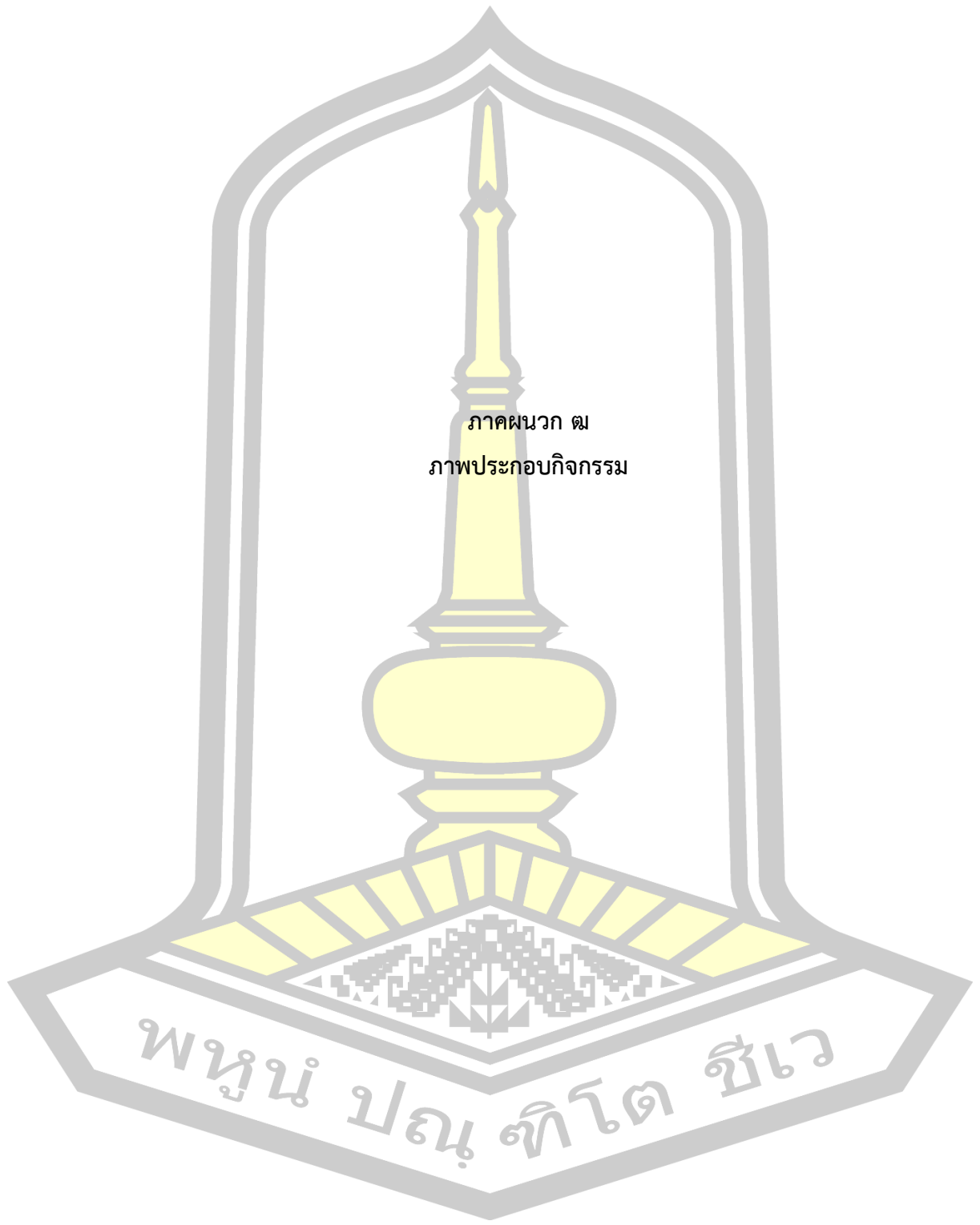
จังหวัดอุบลราชธานี ปรับปรุง 2561

พหุ ประทีป ชัยเว



ภาพประกอบ 12 โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย ของเครือข่ายอำเภอบุนทรริก

จังหวัดอุบลราชธานี ปรับปรุง 2561



ภาคผนวก ๗
ภาพประกอบกิจกรรม

พหุมนุ ปณฺ ทิโต ชีเว



การประชุมเพื่อสรุปค้นหาบริบทของระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในส่วนของอสม. อสม.ม. และผู้นำชุมชน



กิจกรรมการออกณรงค์ชูปมุ้งด้วยน้ำยาเคมีป้องกันยุงและสาธิตให้ชุมชนทำเอง
กิจกรรมการสำรวจมุ้งและกระจายมุ้งชูปน้ำยาเคมีป้องกันยุง



กิจกรรมการสำรวจมุ้งและกระจายมุ้งชูปน้ำยาเคมีป้องกันยุง



ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการศึกษาฟื้นฟูความรู้โรคมาลาเรีย

การประชุมกลุ่มย่อยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ มาลาเรียคลินิกในพื้นที่ ตำบลห้วยข่า





สาธารณสุขอำเภอ ออกเยี่ยมแผนสำรวจมุ้งและกระจายมุ้ง



การประชุมสรุปผลที่รพ.สต.ห้วยข่า



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายประเสริฐ สุระพล
วันเกิด	วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2528
สถานที่เกิด	อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 76 หมู่ที่ 9 บ้านศรีสมุทร ตำบลบัวงาม อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34230
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลชุมพวง ตำบลโพธิ์งาม อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34230
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2564 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนชุมพวงวิทยาคาร อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2550 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ พ.ศ. 2561 หลักสูตรระบอบาติวิทยาและการบริหารจัดการทีมสำหรับแพทย์ หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก ประจำปี 2561 (FEMT. 2018) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนัน ปณฺ ทิโต ชีเว