



ผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนงุนยา
ระดับปฐมภูมิของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

**The Effect of Using Participatory Research Model for Primary Prevention of
Chikungunya in a Community, Suratthani Province**

พีรญา เพชรชัย

Peeraya Petchai

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of
Master of Science in Health System Research and Development
Prince of Songkla University**

2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกัน
โรคชุกุนกุนยาระดับปฐมภูมิ ของชุมชนแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้เขียน นางสาวพีรญา เพชรชัย

สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)
กรรมการ (นายแพทย์ยอร์น จิระนคร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์คารา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยาระดับปฐมภูมิของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ผู้เขียน	นางสาวพีรญา เพชรชัย
สาขาวิชา	การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2554

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยาระดับปฐมภูมิของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 40 คน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 14 คน และเครือข่ายประชาชน 20 คน) ได้ร่วมในกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่มิถุนายน 2553 ถึง เมษายน 2554 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลชุมชน แบบสอบถามความรู้ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยา แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกต และแบบบันทึกการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันโรคชิกุนกุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เครื่องมือทั้ง 6 ชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลจากการวิจัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยาคือ 1) ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา 2) มีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและประชาชนในชุมชน 3) มีการสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหลังการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา และ 4) มีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ปัจจัยส่งเสริมการดำเนินงานประกอบด้วย ภาวะผู้นำ และสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ส่วนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ภาระงานประจำของเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ และแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคชิกุนกุนยาที่ไม่เพียงพอ

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยาที่ได้จากการวิจัยนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา โดยการขยายขอบเขตของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานไปสู่ชุมชนให้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนมีการป้องกันโรคชิกุนกุนยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Thesis Title	The Effect of Using Participatory Action Research Model for Primary Prevention of Chikungunya in a Community, Suratthani Province
Author	Miss Peeraya Petchai
Major Program	Health System Research and Development
Academic Year	2011

ABSTRACT

The purpose of this research was to develop participatory action model for primary prevention of Chikungunya disease in a Community, Suratthani Province. The participants were 40 volunteers in the community (2 health officers, 4 local administrative members, 14 health volunteers, and 20 representative of the community network). The operating process was based on a participatory action research, i.e., planning, implementing, observing and evaluating of the tentative model for primary prevention of Chikungunya. The study was conducted from June 2010 to April 2011. Data were collected by community record, questionnaire, in-depth interview, focus group discussion, participatory observation, and field note. Content validity of all tools was examined by five experts. Qualitative data analysis was carried out through content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The outcomes of newly developed model for community-based Chikungunya prevention enhanced the people's participation though planning, implementing, reflecting and evaluating of the Chikungunya prevention. The key successful indicators were revealed, i.e., leadership and relationship of the participants. The barriers of program operation were workload of those government agencies, and lacking of the information on disease prevention.

Participatory action model for primary prevention of Chikungunya developed by this research can be used as guideline for the community-based disease prevention especially for the Chikungunya primary prevention. The evidence could be used for expanding to other communities.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรืองและรองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งให้ความรู้ คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยและเสียสละเวลา ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัตและนายแพทย์ยอร์น จิระนครที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์เพลินพิศฐานิวัฒนานนท์ รองศาสตราจารย์อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ รองศาสตราจารย์ ดร.อาคม ใจแก้ว คุณสามารถ สุเมธีวรศักดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือและให้คำปรึกษาจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์

ขอขอบคุณผู้บังคับบัญชาทุกระดับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี คุณสถิตย์ สุนทรวิทยา คุณสมาน วัจนาย คุณอาญา ปลอดภัยจินดา คุณอุตรา ฤ กลาง คุณกฤษณ์ ศิขิมัต คุณอภิเดช พรหมคุ้ม คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว คุณมณูญ รุ่งนวก คุณวาสนา พันธุ์ทองและคุณภริญญา เข้มจิตร ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเครือข่ายประชาชนที่สละเวลาให้ความร่วมมือการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัย กราบขอบพระคุณบิดา มารดา คุณชิวาวัลย์ เพชรชัย คุณสวรรรยา เพชรชัย คุณธนโชติ บุญประเสริฐ และสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ให้การสนับสนุนทุนทรัพย์และกำลังใจตลอดเวลา สำหรับคุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ครอบครัวและผู้มีพระคุณทุกท่าน

พีรญา เพชรชัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(9)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
คำถามหลักของการวิจัย.....	3
คำถามย่อยของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิด.....	4
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดและรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยาและการป้องกันโรค ในชุมชน.....	9
แนวคิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค.....	23
แนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
รูปแบบการวิจัย.....	33
การเลือกพื้นที่การศึกษา.....	33
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	34
เครื่องมือในการศึกษา.....	34
	(6)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	35
บทบาทผู้วิจัย.....	35
วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	36
แนวทางปฏิบัติโครงการบ้านน่าอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา.....	39
การตรวจสอบข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
การพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	44
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	46
บริบทพื้นที่และวิถีความเป็นอยู่ของชุมชนที่ศึกษา.....	47
ผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยา ระดับปฐมภูมิ...	53
รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาระดับปฐมภูมิก่อนและหลัง ใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม.....	57
ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของผู้มีส่วน ร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม.....	71
ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของประชาชน ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม.....	73
เปรียบเทียบอัตราร้อยละของค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการ ใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม.....	75
ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วน ร่วม.....	76
อภิปรายผล.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	85
สรุปผลการวิจัย.....	85
ข้อเสนอแนะ.....	88
บรรณานุกรม.....	90

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	100
ก แบบบันทึกข้อมูลชุมชนและแบบสังเกตข้อมูลชุมชน.....	101
ข เครื่องมือสำหรับการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาแบบรายบุคคล.....	105
ค เครื่องมือสำหรับการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาแบบรายกลุ่ม.....	115
ง บันทึกการสังเกต.....	116
จ จำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคชุกุนกุนยาจำแนก เพศ อายุ อาชีพ.....	118
ฉ เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคชุกุนกุนยา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย.....	119
ช เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคชุกุนกุนยา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของประชาชนในชุมชนก่อนและหลังการวิจัย.....	127
ซ แบบพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	135
ฌ แบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	136
ญ ภาพประกอบการวิจัย.....	138
ฎ เอกสารประกอบการดำเนินโครงการบ้านน่าอยู่ ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา	140
ฏ แผนที่ชุมชน.....	142
ฐ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	143
ประวัติผู้เขียน.....	144

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนคุนยา พ.ศ. 2552 - 2553.....	18
2	จำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคซิคุนคุนยาจำแนก เพศ อายุ อาชีพ.....	52
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	54
4	การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและประชาชนในชุมชนโครงการบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคซิคุนคุนยา.....	64
5	เปรียบเทียบบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย.....	69
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคซิคุนคุนยา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนคุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย.....	72
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคซิคุนคุนยา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนคุนยาของประชาชนก่อนและหลังการวิจัย.....	74
8	ผลการเปรียบเทียบดัชนีความซุกกุกนั้ยุ่งลยก่อนและหลังการวิจัย.....	76
9	ความพึงพอใจรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนคุนยา ระดับปฐมภูมิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยของชุมชน แห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	77
10	จำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคซิคุนคุนยาจำแนก เพศ อายุ อาชีพ.....	118
11	เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคซิคุนคุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย.....	119
12	เปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับโรคซิคุนคุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย.....	121
13	เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนคุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย.....	123
14	เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคซิคุนคุนยาของประชาชนในชุมชนก่อนและหลังการวิจัย.....	127

รายการตาราง (ต่อ)

ภาพ		หน้า
15	เปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับโรคซิคุนกุณยาของประชาชนก่อนและหลังการวิจัย...	129
16	เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาของประชาชนก่อนและ หลังการวิจัย.....	131

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนคุนยา ระดับ ปฐมภูมิ ของชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	5
2	วงจรชีวิตของยุง.....	10
3	การดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนคุนยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	16
4	แผนที่ชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	48
5	กระบวนการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนคุนยา.....	58
6	เปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนคุนยาก่อน-หลังดำเนินการวิจัย.	67
7	ภาพประกอบการวิจัย.....	138
8	เอกสารประกอบการดำเนินโครงการบ้านน่าอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรคซิคุนคุนยา....	140
9	แผนที่ชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	142

สัญลักษณ์และคำย่อ

- อบต. คือ องค์การบริหารส่วนตำบล
อสม. คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
นคม. คือ หน่วยควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยแมลง

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคชิคุนกุนยา (chikungunya fever) หรือโรคไข้วัดช้อยุงลายเกิดจากเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (chikungunya virus) ที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2552) เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศแทนซาเนีย ทวีปแอฟริกา (WHO, 2008) และสามารถแพร่กระจายไปได้ทั่วโลกโดยเฉพาะในภูมิภาคเขตร้อน (Pialoux, Gauzere and Strobel, 2006) สำหรับประเทศไทยพบสถานการณ์ระบาดของโรคชิคุนกุนยา ตั้งแต่พ.ศ. 2501 - พ.ศ. 2552 จำนวน 10 ครั้งและรุนแรงที่สุดใน พ.ศ. 2552 อัตราป่วย 7.41 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2552) จากการสรุปรายงานสถานการณ์เฝ้าระวังโรคประจำปี 2551-2553 พบว่าภาคใต้มีอัตราป่วยสูงสุดของประเทศ (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2553) ผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาจะมีอาการไข้วัดช้อยุงลาย คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย ปวดข้อ ข้อบวมแดงอักเสบ(ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมไข้วัดช้อยุงลาย, 2551) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยาโดยการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการไข้วัดช้อยุงลายภาคใต้ขึ้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 และกำหนดให้ทุกจังหวัดดำเนินการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคไข้วัดช้อยุงลาย ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล (ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมป้องกันไข้วัดช้อยุงลาย, 2551) มุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคโดยให้ อสม. เป็นแกนนำในชุมชน (กรมควบคุมโรค, 2551) และเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน (ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมป้องกันไข้วัดช้อยุงลาย, 2552)

จังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาในพ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2553 มีอัตราป่วยโรคชิคุนกุนยาลำดับที่ 7 ของประเทศไทย (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2552) และลำดับที่ 3 ของประเทศไทย (สำนักโรคระบาดวิทยา, 2553) อัตราป่วย 164.79 และ 10.96 ต่อประชากรแสนคน จากการศึกษารายงานแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่มีสถานการณ์ระบาดของโรคชิคุนกุนยาในพ.ศ. 2552 จำนวน 84 ราย อัตราป่วย 14,046 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราป่วยมากที่สุดในวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และอาศัยถาวรอยู่ในชุมชน ความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ เป็นภาระให้แก่บุคคลในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัวและเศรษฐกิจชุมชน และพบว่าการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยาในระดับปฐมภูมิของชุมชนที่ศึกษามีหน่วยงานหลักในการป้องกันโรคชิคุนกุนยา 3 ภาคส่วนได้แก่ อบต. ซึ่งมีบทบาทด้านการสนับสนุน

งบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงาน สถานีอนามัยมีบทบาทด้านวิชาการและด้านการปฏิบัติ และอสม. มีบทบาทด้านการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจากสถานีอนามัย ซึ่งเป็นการดำเนินงานในลักษณะของการดำเนินงานแบบต่างคนต่างทำ การประสานงานและการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานน้อย แม้ว่าหน่วยงานดังกล่าวจะมีเป้าหมายเดียวกันคือการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยา

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยา โดยใช้แบบสอบถามและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมกับ อสม. จำนวน 14 คน และประชาชนจำนวน 50 คน พบว่า อสม. มีความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคชิกุนกุนยาในระดับปานกลางและเป็นผู้ป่วยโรคชิกุนกุนยารายแรกของชุมชน ด้านประชาชนพบว่ามีความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคชิกุนกุนยาในระดับน้อย จากการสัมภาษณ์พบว่าประชาชนบางส่วนมีทัศนคติว่าการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยาเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เท่านั้น จากการสังเกตภายในบ้านและบริเวณรอบๆบ้านของประชาชน พบภาชนะกักเก็บน้ำ เช่น โอ่งน้ำดื่ม น้ำใช้ส่วนใหญ่ยังไม่มียางปิดที่มิดชิด พบลูกน้ำยุงลายในบ่อซีเมนต์เก็บน้ำในห้องน้ำ ถ้วยหล่อขาตู้กับข้าว จานรองกระถางต้นไม้ ขางรถยนต์และเศษวัสดุต่างๆ ที่มีน้ำขัง และประชาชนบางส่วนมีการสวมใส่เสื้อผ้าที่ปกปิดไม่มิดชิด ไม่ได้ทายากันยุงและนอนไม่กางมุ้ง

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อในชุมชนแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์ในการป้องกันและควบคุมโรค (Sokrin and Lenore, 2008; Lenita, Hlia) ส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคประสบความสำเร็จและนำไปสู่ความยั่งยืนในชุมชน (นุมนวล, 2544; สุทัน, 2544; บงการ, 2546; ลักขณา, 2547; พชร, 2549; พลเกษตร, 2549; เกียรติศักดิ์, 2550; นภภรณ์, 2550; พิเชษฐ์, 2551; สมชาย, 2551; พัสกร, 2552; มรกต, 2552) เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา (มณี, 2552) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวไปปรึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. และอสม. ซึ่งทั้ง 3 ภาคส่วนมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าจะทำการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา และเพื่อให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยานั้นมีประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน จึงให้เครือข่ายประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยา เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ระบาดของโรคชิกุนกุนยาและมีความสนใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participation action research) (Kemmis and McTaggart, 1988 อ้างถึงใน เพชรน้อย, 2550) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ร่วมวางแผนการดำเนินงาน (assessment and planning

phase) ร่วมปฏิบัติ (implementation phase) ร่วมสะท้อนผลการดำเนินงาน (reflection) และร่วมปรับปรุงการดำเนินงาน (revised - plan) เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคช็อคชุนกุนยา ระดับปฐมภูมิ การเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคช็อคชุนกุนยา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคช็อคชุนกุนยาและความพึงพอใจของประชาชนในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคช็อคชุนกุนยา ระดับปฐมภูมิระหว่างสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

คำถามหลักของการวิจัย

ผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคช็อคชุนกุนยา ระดับปฐมภูมิระหว่างสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นอย่างไร

คำถามย่อยของการวิจัย

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคช็อคชุนกุนยา ระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร
2. ความรู้ ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคช็อคชุนกุนยา ระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ความรู้ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคช็อคชุนกุนยา ระดับปฐมภูมิของประชาชน ของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
4. อัตราร้อยละของค่าดัชนีความซุกของลูกน้ำยุงลาย ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

5. ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน หลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม อยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดของการวิจัย

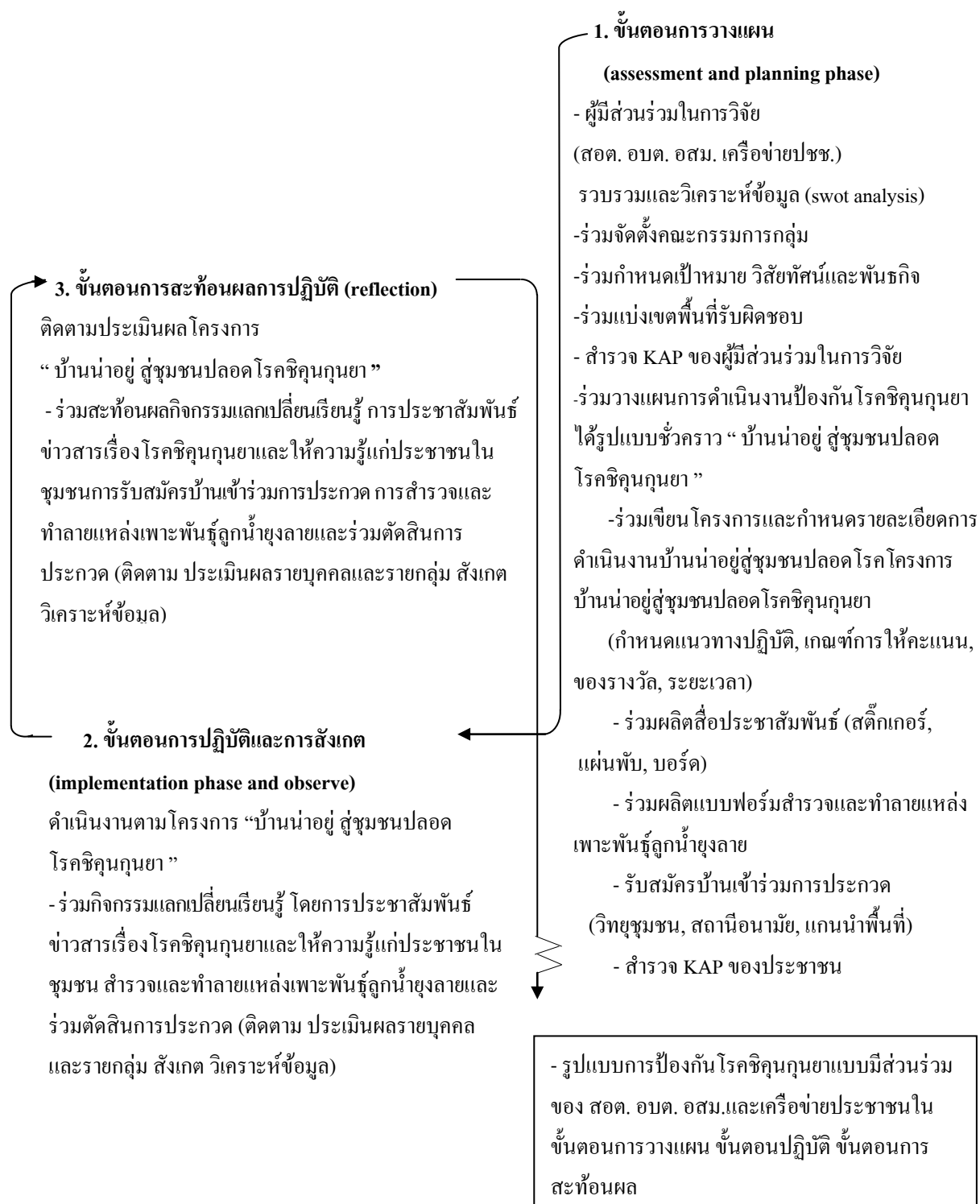
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participation action research) เพื่อศึกษาผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาระดับปฐมภูมิระหว่างสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน ของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ทำการประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อนผลการดำเนินงาน และร่วมปรับปรุงการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ร่วมกันรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์และพันธกิจ ร่วมจัดตั้งคณะกรรมการกลุ่ม ร่วมวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาได้เป็นรูปแบบชั่วคราวบ้านนำอยู่ ผู้ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา ร่วมกำหนดรายละเอียด ร่วมเขียนโครงการ ร่วมแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบ ร่วมผลิตสื่อประชาสัมพันธ์สำรวจและการสำรวจความรู้เกี่ยวกับโรคชุกุนกุนยา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและประชาชนที่เข้าร่วมประกวดบ้านนำอยู่ ผู้ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ร่วมดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาตามโครงการบ้านนำอยู่ ผู้ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา ประกอบด้วยกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรับสมัครบ้านเข้าร่วมการประกวด ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและตัดสินการประกวด

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ร่วมสะท้อนผลการดำเนินงานประกวดบ้านนำอยู่ ผู้ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

ขั้นที่ 4 รูปแบบการป้องกันโรคชุกุนกุนยาแบบมีส่วนร่วมของสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนในขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนปฏิบัติ ขั้นตอนการสะท้อนผลดังภาพ 1 แสดงขั้นตอนผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาระดับปฐมภูมิระหว่างสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาระดับปฐมภูมিরะหว่างสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่มา: ประยุกต์จากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis and McTaggart, 1988

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาระดับปฐมภูมิ หมายถึง กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมระหว่างสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดกิจกรรม วิเคราะห์ความต้องการของกลุ่มผู้มีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติโดยดำเนินงานตามรูปแบบบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนผลการดำเนินงาน และขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแผนการดำเนินงาน

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เครือข่ายประชาชน หมายถึง ประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย อบต. ประจําหมู่บ้าน และประชาชนที่มีความสนใจในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participation action research) เพื่อศึกษาผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาระดับปฐมภูมিরะหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน ทำการศึกษาของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีสถานการณ์ระบาดของโรคชุกุนกุนยาใน พ.ศ. 2552 โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีความสนใจเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2554

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมการป้องกันโรคชุกุนกุนยา และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน

2. สถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน มีการพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การแสดงความคิดเห็น การวางแผน การปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติในการป้องกันโรคชุกุนกุนยา อันนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคชุกุนกุนยาในชุมชน

3. เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคชุกุนกุนยา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและประชาชน

4. เป็นแนวทางในการป้องกันโรคซึ่คุณภาพยาแบบมีส่วนร่วมที่มีบริบทใกล้เคียงกับชุมชนที่
ศึกษา

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เรื่องผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกูยาในระดับปฐมภูมิ ของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้ ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา นำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดและรูปแบบการดำเนินงานป้องกัน โรคชิกุนกูยา และการป้องกัน โรคในชุมชน
 - 1.1 ธรรมชาติของโรคชิกุนกูยา (natural history of chikungunya disease)
 - 1.2 การป้องกันโรคชิกุนกูยาในชุมชน
 - 1.3 รูปแบบการป้องกันโรคในปัจจุบัน
 - 1.4 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จและความล้มเหลวในการป้องกันโรค
 - 1.5 รูปแบบบ้านนำอยู่ ชุมชนปลอดโรคชิกุนกูยา
 - 1.6 การวัดค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย
2. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค
 - 2.1 ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 2.2 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม
3. แนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participation action research)
 - 3.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - 3.2 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - 3.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
 - 4.1 ความหมายของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
 - 4.2 องค์ประกอบของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
 - 4.3 ประโยชน์ของความพึงพอใจ

แนวคิดและรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกูญาและการป้องกันโรคในชุมชน

ธรรมชาติของ โรคชิกุนกูญา

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคชิกุนกูญาหรือโรคไข้วัดข้อยุ่งลายโดยใช้แนวคิดระบาดวิทยา พบว่าการเกิดโรคชิกุนกูญานั้นประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ คน สิ่งแวดล้อมและพาหะนำโรค ดังนี้

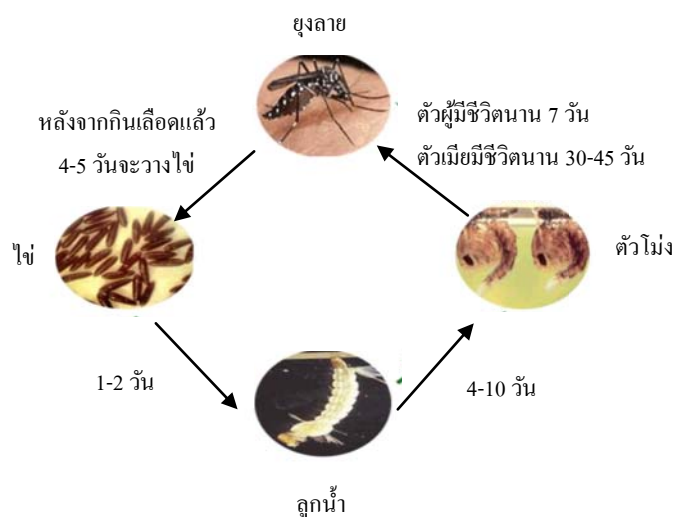
องค์ประกอบที่ 1 คน สามารถพบได้ในบุคคลทุกกลุ่มอายุและกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยโรคชิกุนกูญา สูงสุดคือระหว่าง 25 ถึง 34 ปี พบผู้ป่วยโรคชิกุนกูญามากในกลุ่มเกษตรกร นักเรียน นักศึกษา และอาชีพรับจ้าง (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ, 2552) ผู้ป่วยโรคชิกุนกูญามีระยะติดต่อในวันที่ 2 ถึง 4 และระยะฟักตัวของโรคในวันที่ 1 ถึง 12 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย มีผื่นแดง(maculo papula rash)ขึ้นตามร่างกายโดยจะลอกออกเป็นขุยและหายได้เองภายใน 7 ถึง 10 วัน (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2552) สำหรับอาการที่เด่นชัด คือ อาการปวดข้อ ข้อบวมแดงอักเสบและเจ็บโดยเริ่มจากบริเวณข้อมือ ข้อเท้าและข้อต่อของแขนขา อาจพบอาการปวดกล้ามเนื้อด้วย อาการปวดข้อจะพบได้หลายๆ ข้อเปลี่ยนตำแหน่งไปเรื่อยๆ (migratory polyarthritits) อาการจะหายภายใน 1 ถึง 12 สัปดาห์ บางรายอาการปวดข้อจะอยู่ได้นานเป็นเดือนหรือเป็นปี (สำนักระบาดวิทยา, 2551)

องค์ประกอบที่ 2 สิ่งแวดล้อม (environment) แหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุ่งลายบ้านและยุ่งลายสวนนั้นแตกต่างกัน โดยลูกน้ำของยุ่งลายบ้านจะอยู่ในภาชนะขังน้ำชนิดต่างๆที่มนุษย์สร้างขึ้น (man-made container) ทั้งที่อยู่ภายในบ้านและบริเวณรอบๆบ้าน เช่น โถงน้ำดื่ม น้ำใช้ บ่อซีเมนต์เก็บน้ำในห้องน้ำ ถ้วยหล่นข้างตู้กับข้าว ก้นมด แจกัน ภาชนะเลี้ยงปลูด่าง จานรองกระถางต้นไม้ ยางรถยนต์เก่าและเศษวัสดุต่างๆที่มีน้ำขัง เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2552) ส่วนลูกน้ำยุ่งลายสวนมักเพาะพันธุ์อยู่ในแหล่งเพาะพันธุ์ธรรมชาติ (natural container) เช่น โปรงไม้ โปรงหิน กระบอไม้ไผ่ กาบใบพืชจำพวกกล้วย พลับพลึง หมาก ตลอดจนแหล่งเพาะพันธุ์ที่มนุษย์สร้างขึ้นและอยู่บริเวณรอบๆบ้านหรือในสวน เช่น ยางรถยนต์เก่า รางน้ำฝนที่อุดตัน ถ้วยรองน้ำยางพาราที่ไม่ใช่แล้ว หรือแม้แต่แอ่งน้ำบนดิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

องค์ประกอบที่ 3 พาหะนำโรค คือยุ่งลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุ่งลายสวน (*Aedes albopictus*) (ศูนย์ปฏิบัติการไข้วัดข้อยุ่งลาย, 2551) เป็นพาหะนำเชื้อไวรัสชิกุนกูญา (chikungunya virus) ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสชนิดเดียวกับเชื้อไวรัสที่ทำให้ป่วยเป็นไข้เลือดออก (dangue haemorrhagic fever) โดยประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีสาเหตุจากเชื้อเดงกี (dengue) ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยไข้เลือดออก มีสาเหตุจากเชื้อชิกุนกูญา(chigunkunya) (www.vcharkam, 2553) โรคชิกุนกูญา

ติดต่อกันได้จากการถูกยุงลายตัวเมียกัด และดูดเลือดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไขว้สูงหลังจากถูกยุงที่มีเชื้อไวรัสชิคุนกุนยากัด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุงและเพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย เมื่อยุงที่มีเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อไปยังคนที่ถูกกัด ทำให้คนนั้นเกิดอาการของโรคเกิดขึ้นได้ เชื้อไวรัสชิคุนกุนยาสามารถอยู่ในตัวยุงลายได้ตลอดอายุขัยของยุงประมาณ 30 ถึง 45 วัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

สำหรับวงจรชีวิตของยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคชิคุนกุนยา มักวางไข่ตามผิวภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย วางไข่ครั้งละประมาณ 50 ถึง 150 ฟอง (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ไข่สามารถอยู่ในสภาพแห้งแล้งได้เป็นเวลาหลายเดือนตลอดชีวิตยุงลายสามารถวางไข่ได้ประมาณ 2 ถึง 4 ครั้งตัวอ่อนของยุงลายเรียกว่าลูกน้ำมีการลอกคราบจำนวน 4 ครั้ง ระยะที่เป็นลูกน้ำกินเวลานานประมาณ 6 ถึง 8 วัน เมื่อลูกน้ำระยะที่ 4 ลอกคราบครั้งสุดท้ายก็จะกลายเป็นตัวกลางวัยหรือดักแด้หรือที่เรียกว่าตัวโม่ไม่กินอาหาร เคลื่อนไหวได้น้อยหรือช้าลงแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงภายใน 1 ถึง 2 วันก็จะลอกคราบกลายเป็นตัวเต็มวัยหรือตัวยุงลาย วงจรชีวิตของยุงลายในแต่ละท้องที่ใช้เวลาสั้นยาวไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณอาหาร อุณหภูมิ ความชื้น และความสั้นยาวของกลางวันและกลางคืน ยุงตัวผู้มีอายุขัย 6 ถึง 7 วัน ยุงตัวเมียมีอายุขัยนานกว่ายุงตัวผู้ หากมีอาหารสมบูรณ์ อุณหภูมิและความชื้นพอเหมาะอาจอยู่ได้นานประมาณ 30 ถึง 45 วัน ปกติยุงตัวผู้จะลอกคราบออกมาก่อนตัวเมีย 1 ถึง 2 วัน จึงจะพร้อมในการผสมพันธุ์ได้ ยุงตัวเมียจะผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวและสามารถวางไข่ได้ตลอดชีวิต (กรมควบคุมโรค, 2551) ดังภาพ 2 วงจรชีวิตของยุง



ภาพ 2 วงจรชีวิตของยุงลาย
ที่มา: www.dnp.go.th, 2553

หลังจากผสมพันธุ์แล้วยุงตัวเมียจะหาเลือดกิน หลังจากกินเลือดแล้ว 2 ถึง 3 วันยุงลายตัวเมียก็จะหาที่วางไข่ต่อไป โดยทั่วไปยุงลายออกหากินในเวลากลางวันแต่ถ้าในช่วงเวลากลางวันนั้น ยุงลายไม่ได้กินเลือดหรือกินเลือดไม่อิ่ม ยุงลายก็จะออกหากินในเวลาพลบค่ำด้วย ช่วงเวลาที่พบยุงลายได้มากที่สุดมี 2 ช่วง ในเวลาเช้าและในเวลาบ่ายถึงเย็น ยุงลายไม่ชอบแสงแดดและลมแรงดังนั้นจึงออกหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ โดยทั่วไปมักบินไปครั้งละไม่เกิน 50 เมตร นอกจากนี้ยังพบว่ามียุงลายชุกชุมมากในฤดูฝน ช่วงหลังฝนตกชุกเพราะอุณหภูมิ และความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์ ส่วนในฤดูอื่นๆจะพบว่าความชุกชุมของยุงลายลดลงเล็กน้อย (กรมควบคุมโรค, 2551)

สาเหตุของการเกิดโรคชิคุนคุนยานั้นเกิดจากการถูกยุงลายที่มีเชื้อไวรัสชิคุนคุนยุงกัด โดยเฉพาะในระยะ 2 ถึง 4 วันหลังจากถูกยุงกัดในระยะนี้ หากมียุงมากัดผู้ป่วยในระยะนี้จะทำให้ยุงได้รับเชื้อไวรัสชิคุนคุนยาและหากไปกัดผู้อื่นจะทำให้เชื้อไวรัสชิคุนคุนยานั้นสามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้ เชื้อไวรัสชิคุนคุนยาสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยู่ได้นานเป็นเดือนหรือเป็นปี (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคชิคุนคุนยาไม่ชัดเจนว่าสามารถเป็นโรคชิคุนคุนยาซ้ำได้อีก (กรมควบคุมโรค, 2551) แต่พบว่าเชื้อไวรัสชิคุนคุนยามารถอยู่ในตัวยุงได้ตลอดอายุขัยของยุงคือประมาณ 30 ถึง 45 วันจากการศึกษาธรรมชาติของการเกิดโรคชิคุนคุนยาสามารถสรุปแนวทางการป้องกันโรคชิคุนคุนยาประกอบด้วย 3 วิธีคือ

วิธีที่ 1 การป้องกันไม่ให้คนปกติและผู้ป่วยโรคชิคุนคุนยาถูกยุงลายกัด โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะ 2 ถึง 4 วัน เช่น นอนในมุ้ง ใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด ทายากันยุง การดูแลบ้านเรือนให้เป็นระเบียบเรียบร้อย(กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

วิธีที่ 2 การป้องกันไม่ให้ลูกน้ำยุงลายเจริญเติบโตเป็นยุงลายตัวเต็มวัย เช่นการเปลี่ยนถ่ายน้ำทุก 7 วัน (กรมควบคุมโรค, 2552) ซึ่งวิธีการควบคุมได้แก่ วิธีทางกายภาพ เช่นการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เศษภาชนะ เศษขยะที่สามารถมีน้ำขังและการปิดฝาภาชนะกักเก็บน้ำ วิธีทางชีวภาพ โดยการปล่อยปลากินลูกน้ำลงในภาชนะ 2 ถึง 4 ตัว วิธีทางเคมี โดยการใส่สารเคมีฆ่าลูกน้ำ (กรมควบคุมโรคติดต่อฯโดยแมลง, 2553)

วิธีที่ 3 การกำจัดยุงตัวเต็มวัย เช่น ใช้น้ำจุดกันยุงหรือสุมไฟไล่ยุง การใช้อุปกรณ์กำจัดยุง การพ่นหมอกควันและเมื่อเกิดการระบาดของโรค (กรมควบคุมโรค, 2552)

ดังนั้นการป้องกันโรคชิคุนคุนยาที่มีประสิทธิภาพในชุมชน จะต้องผสมผสานทั้งการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย (กรมควบคุมโรคติดต่อฯโดยแมลง, 2553) การกำจัดยุงตัวเต็มวัย ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งพฤติกรรม

ป้องกันตนเองไม่ให้ยุ่งักของประชาชน ซึ่งหากชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมในพื้นที่แล้วจะสามารถลดและป้องกันโรคชิคุนกุนยาในชุมชนได้

การป้องกันโรคชิคุนกุนยาในชุมชน

โรคชิคุนกุนยา เป็นโรคติดต่อที่มีพาหะนำโรคคือยุงลายบ้านและยุงลายสวน (ศูนย์ปฏิบัติการไข้ปวดข้อยุงลาย, 2551) ประกอบกับยังไม่มีวัคซีนป้องกัน ดังนั้นการควบคุมยุงลาย การควบคุมผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมและมาตรการการป้องกันจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการป้องกันโรคชิคุนกุนยา โดยกรมควบคุมโรคได้กำหนดแนวทางปฏิบัติการดำเนินงาน ดังนี้ (กรมควบคุมโรค, 2552)

สถานีอนามัยเป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคชิคุนกุนยาในชุมชน โดยกรมควบคุมโรคได้กำหนดแนวทางปฏิบัติการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยาของ ดังนี้

1. ประชุมศูนย์ปฏิบัติการระดับตำบลกับเครือข่ายระดับตำบลและอสม. เพื่อถ่ายทอดนโยบาย ร่วมทำแผนปฏิบัติการ เตรียมการ และร่วมมือดำเนินการตามยุทธศาสตร์ โดยการพัฒนาศักยภาพแก่อสม. ให้มีความรู้ในการค้นหาผู้ป่วย

2. สำรวจและจัดหา เวชภัณฑ์ เคมีภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคชิคุนกุนยา ประกอบด้วย ยาทากันยุง สเปรย์ฉีดยุง ทรายกำจัดลูกน้ำ ฆุงด่าไล่ยุง โดยจัดหาเพิ่มเติมยาทากันยุง ประมาณการจำนวนยากันยุงขวด40cc เท่ากับ 3% ของประชากร

3. จัดเตรียมเอกสารการปฏิบัติตนสำหรับประชาชนและผู้ป่วยและยาทากันยุง และแบบบันทึกการรายงานผู้ป่วยเข้าข่ายไข้ปวดข้อยุงลายแบบเคาะประตูบ้านของอสม.การรวบรวมรายงานผู้ป่วย และรายงานทางโปรแกรมชิคุนกุนยาออนไลน์ (chikungunya online) ใน 24 ชั่วโมงและรายงานกิจกรรมการดำเนินการทุกสัปดาห์

4. นำข้อมูลที่ได้และขอแนะนำใน โปรแกรมชิคุนกุนยาออนไลน์ (chikungunya online) ประชุมร่วมกับ อสม. เพื่อกำหนดพื้นที่เป้าหมายในการควบคุมโรค การสอบสวนผู้ป่วยและพันสารเคมีกำจัดยุงและรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 3 รอบ 3 สัปดาห์ ถ้าการระบาดขยายตัวต้องแจ้งขอความช่วยเหลือจากศูนย์ปฏิบัติการระดับอำเภอ

5. ในกรณีผู้ป่วยมาที่สถานีอนามัย ควรให้คำแนะนำในการป้องกันตนเองและบุคคลในครอบครัว จากการถูกยุงกัดและมออบชุดเวชภัณฑ์ป้องกันตนเองยาทากันยุง ทรายกำจัดลูกน้ำ แจ้งให้อสม.ทราบเพื่อติดตามทายากันยุงให้ครบ 3 วัน

6. ส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนไปยัง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยโรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยเป็นไข้ปวดข้ออักเสบร่วมกับผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เป็นต้น

อสม. เป็นเครือข่ายประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุม โรคชุกชุมในชุมชน โดยกรมควบคุมโรคได้กำหนดแนวทางปฏิบัติการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกชุม ดังนี้

1. เข้าร่วมเตรียมความพร้อมที่หน่วยบริการสถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลที่สังกัดเพื่อรับทราบแผนปฏิบัติการ ตลอดจนการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมจากเจ้าหน้าที่ เบิกแบบบันทึกการรายงานผู้ป่วยเข้าข่ายไข้ปวดข้ออักเสบแบบเคาะประตูบ้านและยาทากันยุงจากสถานีนอนามัย

2. สำรวจบ้านทุกหลังในเขตรับผิดชอบเพื่อหาผู้ป่วยรายใหม่ โดยกำหนดให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยไข้ปวดข้ออักเสบได้โดยหลักเกณฑ์

2.1. ถ้าเป็นรายแรกในชุมชนต้องมี 3 อาการครบคือ มีไข้ มีอาการปวดข้อและออกผื่น

2.2. ถ้ามีผู้ป่วยหลายคนเกิดขึ้นในละแวกบ้านไข้ 2 อาการ ไข้และอาการปวดข้อหรือออกผื่นอย่างใดอย่างหนึ่ง

3. กรอกข้อมูลในแบบบันทึกการรายงานผู้ป่วยเข้าข่ายไข้ปวดข้ออักเสบแบบเคาะประตูบ้าน เมื่อพบผู้ป่วยแยกยาทากันยุงให้ผู้ป่วยทุกราย ให้คำแนะนำ 6 ข้อแก่ญาติและผู้ป่วย ดังนี้

3.1 ทายากันยุงทุกวันจนไข้ลด

3.2 สมาชิกในบ้านต้องทายากันยุงป้องกันตัวเองด้วย

3.3 หากมีผู้ป่วยรายใหม่หลังจากนี้ให้แจ้งตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย

3.4 นอนกางมุ้งทั้งกลางวันและกลางคืน

3.5 ฉีดสเปรย์กำจัดยุงในห้องนอน ห้องนั่งเล่น หรือบริเวณมุมมืดในบ้าน

3.6 กำจัดเศษภาชนะน้ำขังและทำลายลูกน้ำยุงลายทั้งในบ้านและบริเวณบ้าน

4. ส่งรายงานต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยทุกวัน

5. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและทายากันยุงให้ผู้ป่วยอย่างน้อยอีก 2 วัน รวมทั้ง สอบถามหาผู้ป่วยรายใหม่ที่อาจเกิดขึ้นเพิ่มเติมในครอบครัวของผู้ป่วยและบ้านข้างเคียง

6. ประชุมวางแผนการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวแก่ตามข้อมูลที่สำรวจ จัดทำแผนและลงปฏิบัติการพื้นที่เป้าหมาย 3 สัปดาห์ ต่อเนื่องกัน

7. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่สถานีนอนามัย ถ้าพบผู้ป่วยที่เป็น เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอมี โรคเรื้อรัง ให้ไปหาแพทย์

8. ให้สุศึกษาแก่ประชาชนเน้นไม่ให้ป่วยและผู้ป่วยแล้วต้องไม่แพร่เชื้อโดยการป้องกันยุงกัด และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

รูปแบบการป้องกันโรคในปัจจุบัน

กระทรวงสาธารณสุข (2543) ได้แบ่งรูปแบบการเฝ้าระวังโรคตามลักษณะของจุดมุ่งหมายในการเฝ้าระวัง มีการผสมผสานกันในด้านของแนวคิดการจัดตั้งรูปแบบของการเฝ้าระวังโดยจำแนกได้ 4 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 ระบบการเฝ้าระวังที่มีการรายงานเป็นปกติประจำ (routine reporting) มีการรายงานของประเภทข้อมูลที่ต้องการรวบรวม เช่น ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลด้านเวลา ข้อมูลด้านสถานที่ ผู้รายงานอาจจะแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีระยะเวลาการส่งรายงานเป็นรายสัปดาห์หรือรายเดือนตามแต่กำหนด ซึ่งผู้รายงานในพื้นที่จะวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบสถานการณ์ของพื้นที่และดำเนินการควบคุมป้องกันโรค ตัวอย่างเช่นระบบการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา

ประเภทที่ 2 การค้นหาการเกิดโรคเชิงรุก (active surveillance) เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะให้ได้ข้อมูลมากขึ้น โดยอาจนำไปเสริมระบบปกติ (routine reporting) เช่น โรคที่พบได้น้อย การเฝ้าระวังระบบปกติอาจจะได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนเนื่องจากไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้เพราะไม่ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลหรืออาจนำไปผสมผสานกับการเฝ้าระวังโรคที่สนใจเฉพาะ (specific diseases) ซึ่งจะเน้นไปที่พื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและในช่วงที่มีการระบาดของโรคซึ่งเป็นการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลการระบาดได้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

ประเภทที่ 3 ระบบเฝ้าระวังที่สร้างขึ้นเพื่อค้นหาการเกิดโรคใหม่ๆหรือโรคที่มีอยู่แล้วแต่มีแนวโน้มการเกิดโรคที่มากผิดปกติไปจากเดิม (special surveillance) เนื่องจากระบบเฝ้าระวังปกติที่มีอยู่แล้ว อาจมีการรายงานที่ล่าช้าหรือมีจุดอ่อนบางประการที่ไม่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ในเวลาอันรวดเร็ว ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็ว มีความน่าเชื่อถือ มีรายละเอียดและมีความจำเพาะของกลุ่มประชากรหรือพื้นที่เสี่ยงตามที่ต้องการได้มากยิ่งขึ้น เช่นกรณีการเฝ้าระวังในภาวะที่เกิดภัยธรรมชาติ อุทกภัย วิกฤตภัย

ประเภทที่ 4 ระบบเฝ้าระวังการเกิดโรคใหม่ (sentinel surveillance) ระบบที่จุดมุ่งหมายคล้ายกับการเฝ้าระวังแบบพิเศษ (special surveillance) การพัฒนาขึ้นมาเพื่อต้องการให้ได้ข้อมูลที่ความน่าเชื่อถือและมีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจจะเลือกจากกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาประชากรและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลไปใช้ในการวางมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างเหมาะสม

สำหรับการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พ.ศ.2552 ซึ่งเป็นการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) มีการดำเนินงานทั้งในระดับกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการไข้ปวดข้ออยู่หลายภาคใต้ (ศปยต.) ณ จังหวัดตรังเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2552 มีการดำเนินงานดังนี้

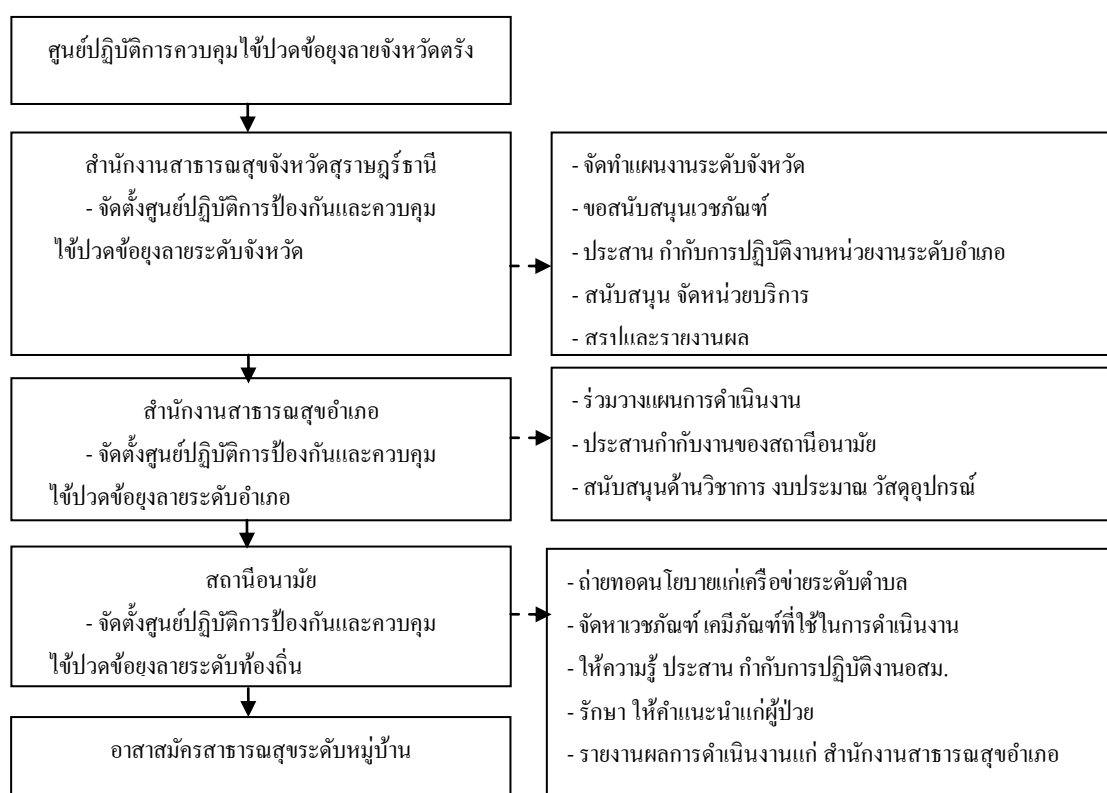
การดำเนินงานระดับจังหวัดมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการไข้ปวดข้ออยู่หลายระดับจังหวัด ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นเลขานุการ

ศูนย์ปฏิบัติการไข้ปวดข้ออยู่หลายระดับจังหวัด มีบทบาทด้านการประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพความรู้เกี่ยวกับโรคชุกุนกุนยาของบุคลากรในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล สนับสนุนและทำการจัดสรรเวชภัณฑ์ต่างๆ ไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีนอนามัย การประสาน กำกับการปฏิบัติงานของหน่วยงานระดับอำเภอ รวมทั้งการวางแผนสนับสนุนและการจัดหน่วยบริการในพื้นที่หรือจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้บริการแก่ชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคชุกุนกุนยามากกว่า 20 คนหรือพื้นที่ซึ่งเกินความสามารถของบุคลากรในพื้นที่นั้นและการรวบรวมรายงานผู้ป่วยโรคชุกุนกุนยาในภาพรวมของระดับจังหวัดสุราษฎร์ธานีและการรายงานผลไปยังศูนย์ปฏิบัติการไข้ปวดข้ออยู่หลายภาคใต้

การดำเนินงานระดับอำเภอ มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการไข้ปวดข้ออยู่หลายระดับอำเภอการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วยบุคลากรซึ่งเป็นตัวแทนฝ่ายปกครองได้แก่นายอำเภอ ปลัดอำเภอ นายกเทศมนตรี หัวหน้าฝ่ายบริหารงานปกครอง นายกอบต. บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและหัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว สาธารณสุขอำเภอ และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ประธานชมรม อสม. ประธานชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการและทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (SRRT)

ศูนย์ปฏิบัติการไข้ปวดข้ออยู่หลายระดับอำเภอมิบทบาทด้านการประสานกำกับงานของสถานีนอนามัยในการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค รายงานโรค การป้องกันและควบคุมโรคในระดับท้องถิ่น การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และเป็นแม่ข่ายด้านวิชาการให้แก่สถานีนอนามัย การร่วมวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา การรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานีนอนามัยเพื่อทำการรักษาพยาบาล การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคชุกุนกุนยาและการรายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีและการผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายประชาชน

การดำเนินงานระดับท้องถิ่นหรือระดับตำบล มีจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการไข้ปวดข้ออยู่หลายระดับท้องถิ่น ณ สถานีอนามัยประจำตำบล การจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการและทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับท้องถิ่น(SRRT) ประกอบด้วยหัวหน้าสถานีอนามัยเป็นประธาน นายกอบต. และกำนันเป็นรองประธาน ประธานอสม. ระดับตำบล และประธานอสม. เป็นกรรมการ ดำเนินการถ่ายทอดนโยบายแก่เครือข่ายระดับตำบล การให้ความรู้ ประชาชน กำกับการปฏิบัติงานป้องกันโรคชิคุนคุนยาของอสม. จัดหาเวชภัณฑ์ เคมีภัณฑ์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและงบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับตำบลจาก กอบต. ให้การรักษา ให้คำแนะนำ และการรายงานผู้ป่วยแก่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดังภาพ 3



ภาพ 3 การดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนคุนยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การเปรียบเทียบการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนคุนยา ระยะก่อนมีผู้ป่วย ระยะมีผู้ป่วยและระยะหายป่วย ของสถานีอนามัย พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นการป้องกันโรคชิคุนคุนยาในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) มุ่งเน้นการป้องกันโรคก่อนที่จะมีการเกิดโรคขึ้นในชุมชน ดังนี้

ระยะก่อนมีผู้ป่วย

การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาในพ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2553 ที่มีลักษณะเหมือนกัน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ดำเนินการ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยาแก่ อบต. อสม. และเครือข่ายผู้นำชุมชน การแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบของ อสม. เพื่อความสะดวกในการดำเนินงาน การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเดือนละ 1 ครั้ง และรายงานผลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การแจกเวชภัณฑ์ป้องกันยุงแก่ประชาชน เช่น โลชั่นกันยุง สเปรย์พ่นยุง ทราายกำจัดลูกน้ำยุงลาย การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยาแก่ประชาชน โดยมี อสม. เป็นเครือข่ายให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในชุมชน การเฝ้าระวังบุคคลที่เดินทางเข้ามาในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดทางภาคใต้ตอนล่าง สำหรับ พ.ศ. 2553 มีการดำเนินงานโครงการผืนกพลังเยาวชนร่วมกันระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย อสม. และสถานศึกษา มีนักเรียนดำเนินการเฝ้าระวังโรคชิกุนกุนยาและโรคไข้เลือดออกในชุมชนของตนเอง โดยมีครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา

การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2553 (มกราคม ถึง กันยายน) ในระยะป่วย และระยะหลังป่วยมีลักษณะที่แตกต่างกันเนื่องจาก พ.ศ.2553 ไม่มีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชน การดำเนินงานในระยะป่วยและระยะหลังป่วยจึงมีเฉพาะ พ.ศ. 2552 ดังนี้

ระยะป่วย

การสอบสวนโรคโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อได้รับทราบว่าผู้ป่วยโรคชิกุนกุนยาเกิดขึ้นในชุมชนหรือภายใน 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย การสอบสวนด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลการตรวจจากโรงพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยกลับมายังบ้านของตนเองแล้ว ประวัติการรักษาพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคชิกุนกุนยา แหล่งรังโรคและการค้นหาผู้ป่วยรายอื่นที่มีโอกาสเป็นโรคชิกุนกุนยาได้

การพ่นหมอกควันโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. ดำเนินการพ่นหมอกควันจำนวน 2 ครั้งคือครั้งที่ 1 ภายใน 24 ชั่วโมง และครั้งที่ 2 ภายในระยะเวลา 7 วัน เพื่อกำจัดยุงตัวเต็มวัยบริเวณบ้านของผู้ป่วยโรคชิกุนกุนยาและบ้านใกล้เคียงป้องกันไม่ให้ยุงที่อาจจะมีเชื้อชิกุนกุนยาจากการกัดผู้ป่วยโรคชิกุนกุนยา สามารถบินไปกัดคนปกติได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดขึ้นในละแวกเดียวกันมากกว่ารายดำเนินการพ่นหมอกควันครอบคลุมทุกหลังคาเรือนที่มีผู้ป่วย การแจกเวชภัณฑ์ เช่น โลชั่นกันยุง สเปรย์ ทราายกำจัดลูกน้ำยุงลาย ยาหม่อง ให้การรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโรคชิกุนกุนยา ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเอง สำหรับกิจกรรมที่ยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องคือกิจกรรมการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เดือนละ 1 ครั้ง ดำเนินการ โดยอสม. และการรายงานผลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเฝ้าระวังบุคคลที่เดินทางเข้ามาในชุมชน

ระหายนะผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ติดตามอาการของผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน การป้องกันตนเอง การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เดือนละ 1 ครั้ง ดำเนินการ โดยอสม. และการรายงานผลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การแจกเวชภัณฑ์ป้องกันยุงเช่น โลชั่นกันยุง สเปรย์ ทราายกำจัดลูกน้ำยุงลาย รวมทั้งกิจกรรมการเฝ้าระวังบุคคลที่เดินทางเข้ามาในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดทางภาคใต้ตอนล่าง

ผลการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยา พบว่า มีผู้ป่วยรวม 84 ราย อัตราป่วย 14,046 ต่อประชากรแสนคนจาก 183 หลังคาเรือน ผู้ป่วยเพศชาย 38 คน เพศหญิง 46 คน เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด 57 คนซึ่งอยู่ในวัยทำงานและต้องประกอบอาชีพในสวนยางพารา สวนผลไม้ สวนผักเป็นเวลานานและเป็นบุคคลที่อาศัยประจำอยู่ในท้องถิ่น โดยผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยาตั้งแต่ พ.ศ.2552 ถึง พ.ศ. 2553 แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1

เปรียบเทียบการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยา พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2553

พ.ศ. 2552			พ.ศ. 2553		
ระยะก่อนมีผู้ป่วย	ระยะป่วย	ระหายนะผู้ป่วย	ระยะก่อนมีผู้ป่วย	ระยะป่วย	ระหายนะผู้ป่วย
-เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ่ายทอดนโยบาย การดำเนินงาน ป้องกัน โรคชิคุนกุนยา -การเสริมสร้าง เดือนละ 1 ครั้ง -แจกเวชภัณฑ์ ป้องกันยุงแก่ ประชาชน	-เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. ร่วมพ่นหมอก ควัน บ้านของผู้ป่วย โรคชิคุนกุนยา และบ้าน ใกล้เคียง-แจก เวชภัณฑ์ เช่น โลชั่นกันยุง	-เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.เยี่ยม บ้านผู้ป่วยเพื่อ ฟื้นฟูสภาพ ร่างกายและจิตใจ และให้ คำแนะนำ ในการปฏิบัติตน -เฝ้าระวังบุคคล ที่เดินทางเข้ามา	-การประชุม ร่วมกัน ระหว่างสถานี อนามัย อบต.อสม.และ เครือข่าย ผู้นำชุมชนเพื่อ วางแผนงาน โครงการ -อสม. แบ่งเขต พื้นที่รับผิดชอบ	ไม่มีผู้ป่วย โรคชิคุนกุนยา	ไม่มีผู้ป่วย โรคชิคุนกุนยา

ตาราง 1 (ต่อ)

พ.ศ. 2552			พ.ศ. 2553		
ระยะก่อนมีผู้ป่วย	ระยะป่วย	ระยะหายป่วย	ระยะก่อนมีผู้ป่วย	ระยะป่วย	ระยะหายป่วย
-การประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคชิคุนคุนยา	สเปรย์ ทราซ กำจัดลูกน้ำ สเปรย์ ทราซ กำจัดลูกน้ำ ยุงลาย ยาหม่อง -การรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโรคชิคุนคุนยา -ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเอง	ในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดทางภาคใต้ตอนล่าง	-อสม.สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย และรายงานผลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเดือนละ 1 ครั้ง -ดำเนินงานโครงการฝึกพลังเยาวชนร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย อสม. และ โรงเรียน -การเฝ้าระวังบุคคลที่เดินทางเข้ามาในชุมชน		

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จและความล้มเหลวในการป้องกันโรค

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน โดยพบปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความล้มเหลวในการป้องกันโรคดังนี้

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการป้องกันโรค

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาด้านการประสบความสำเร็จในการป้องกันโรคติดต่อในชุมชน เช่น โรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นโรคที่มีพาหะนำโรคเช่นเดียวกับโรคชิคุนคุนยา โดยพบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคสามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยได้แก่ปัจจัยที่ 1 คือการได้รับแรงสนับสนุนทั้งจากองค์กรและหน่วยงานของรัฐ และปัจจัยที่ 2 คือการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ปัจจัยที่หนึ่ง คือการได้รับแรงสนับสนุนทั้งจากองค์กรและหน่วยงานของรัฐ (ทรรศน์พร, 2550; นภภรณ์, 2550) เช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรค เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งบุคคลที่เป็นแกนนำต่างๆ และทีมสนับสนุนในชุมชนอันประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนและอาสาสมัครต่างๆ ในชุมชน (ระวี, 2542; พิเชษฐ์, 2551) โดยจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการดำเนินงาน เช่น ความเข้าใจในการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย (ระวี, 2542; พิเชษฐ์, 2551) เพราะแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านลักษณะภูมิประเทศและการดำรงชีวิตในชุมชน ซึ่งเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่สร้างทักษะให้แก่อาสาสมัคร (ระวี, 2542)

ปัจจัยที่สอง คือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ระวี, 2542; ประภาส ประกอบและสม โซค, 2545; ลักษณ์า, 2547; พชร, 2549; สุทธิชัย, 2551; พัสกร, 2552; รัชนี, 2552;) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การร่วมวางแผน การร่วมปฏิบัติ การร่วมสรุปผลการปฏิบัติและการรับผลประโยชน์ร่วมกัน (นุมนวล, 2544; บงการ, 2546; พชร, 2549; คาบชัย, 2550; สุรัตน์, 2550) เพื่อให้ประชาชนในชุมชนเกิดความภาคภูมิใจที่ได้ร่วมปฏิบัติ (นภภรณ์, 2550) และเกิดความตระหนักว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาของตนเองและชุมชน (บงการ, 2546) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมลูกน้ำยุงลายและการป้องกันโรคไข้เลือดออก (มานิตย์, 2546) นำไปสู่การลดปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน (สุทธิพงษ์, 2546) และควรนำแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานกับชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน (รัชนี, 2552)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความล้มเหลวในการป้องกัน โรค

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาด้านการประสพความล้มเหลวในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชนพบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความล้มเหลวในการดำเนินงานป้องกันโรคสามารถแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยที่ 1 ประชาชนไม่เห็นความสำคัญและขาดความตระหนักของการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่ 2 การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกน้อยและยังไม่ครอบคลุม ปัจจัยที่ 3 ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนในชุมชน ปัจจัยที่ 4 ความไม่เพียงพอของ บุคลากร งบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยที่หนึ่ง คือประชาชนไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในชุมชนประชาชนเข้ามามีส่วนรับรู้เกี่ยวกับปัญหาโรคไข้เลือดออกน้อย (สำเนียง, 2549) ส่งผลให้ขาดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ขาดความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและขาดความรู้ถึงการเป็น

เจ้าของชุมชน (มรกต, 2552) โดยประชาชนเห็นว่าปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข จึงไม่เห็นว่าเป็นปัญหาที่ชุมชนต้องแก้ไข ส่งผลให้ประชาชน ให้ความร่วมมือในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายน้อยและไม่ต่อเนื่อง (นภภรณ์, 2550)

ปัจจัยที่สอง คือการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์และการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยและยังไม่ครอบคลุม (นภภรณ์, 2550) การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในชุมชนน้อยและการป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมทั่วทุกชุมชน (มรกต, 2552) และมีสื่อประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่เพียงพอ (สาโรจน์และคะเนิงนิจ, 2544) ซึ่งควรที่จะทำการ พัฒนาการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน (นุมนวล, 2544)

ปัจจัยที่สาม คือ ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนทำให้ประชาชนหันมาให้ความสนใจใน การประกอบอาชีพมากกว่าที่จะให้ความสนใจกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ ช่วงเวลาการดำเนินกิจกรรมไม่สอดคล้องกับวิถีการดำรงชีวิตทำให้ประชาชนไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (พลเขต, 2549)

ปัจจัยที่สี่ คือ ความไม่เพียงพอของ บุคลากร เช่น บุคลากรที่พ่นหมอกควันน้อย (สาโรจน์ และคะเนิงนิจ, 2544, สำเนียง, 2549) ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำไม่ได้ดำเนินงานตามแผนที่ กำหนดไว้ (มรกต, 2552) ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม ความไม่เพียงพอของ งบประมาณ (สาโรจน์และคะเนิงนิจ, 2544) และวัสดุ อุปกรณ์ เช่นเครื่องพ่นเคมีหมอกควันกำจัดยุง น้อย (สำเนียง, 2549)

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันโรคในชุมชนประสบความสำเร็จ จึงควรประยุกต์ใช้ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความล้มเหลวในการดำเนินงานป้องกันโรค เพื่อ ลดปัจจัยอุปสรรคและส่งเสริมให้การดำเนินงานป้องกันโรคประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

รูปแบบบ้านนำอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรคชิคุนคุนยา

การดำเนินงานรูปแบบบ้านนำอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรคเกิดขึ้นจากการร่วมวางแผนของผู้ร่วม วิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนคุนยาร่วมกันระหว่างผู้ร่วมวิจัยและประชาชน ในชุมชนและการตัดวงจรการเกิดโรคชิคุนคุนยาโดยมีหลักสำคัญคือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายเพื่อไม่ให้เจริญเติบโตเป็นยุงตัวเต็มวัย การกำจัดยุงตัวเต็มวัยเพื่อลดพาหะนำโรคชิคุนคุนยาและ เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ โดยประชาสัมพันธ์เรื่องโรคชิคุนคุนยาเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันโรคชิคุนคุนยา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย มีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนด้านการไม่มีลูกน้ำยุงลายภายในบ้านและบริเวณบ้าน โดยมีการแนะนำให้ดำเนินการทุก 7 วัน เพื่อป้องกันไม่ให้ลูกน้ำยุงลายเจริญเติบโตเป็นยุงลายตัวเต็มวัย มี อสม. และเครือข่ายประชาชนที่เป็นแกนนำรับผิดชอบของแต่ละเขตพื้นที่ เป็นผู้กระตุ้น คอยให้คำปรึกษา สนับสนุนเอกสารให้ความรู้ แผ่นพับแก่ประชาชนที่เข้าร่วมการประกวดบ้านน่าอยู่ ชุมชนปลอดโรค อสม.เป็นผู้ติดตามผลการดำเนินงานทุก 7 วันและบันทึกลงในใบสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย สำหรับวิธีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้แก่ การปิดฝาภาชนะกักเก็บน้ำให้มิดชิด เช่น โอ่งน้ำดื่ม น้ำใช้มีการปิดฝาหรือใช้ตาข่ายปิด การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายในภาชนะกักเก็บน้ำใช้ การทำลายเศษภาชนะ เศษขยะที่สามารถมีน้ำขังเช่นกะลา กระจัง หากพบว่าบ้านหลังใดยังมีเศษขยะประเภทนี้อยู่จะมีการแนะนำให้คว่ำหรือนำไปทิ้ง

การเปรียบเทียบระยะก่อนวิจัยที่มีการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเดือนละ 1 ครั้ง และในระยะทำการวิจัยมีการดำเนินการทุก 7 วัน โดยพบว่ายุงลายนั้นสามารถเจริญเติบโตเป็นลูกน้ำยุงลายตัวเต็มวัยใช้เวลาประมาณ 7 วันเท่านั้น ดังนั้นการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายจึงควรทุก 7 วัน เมื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายหลังการวิจัยพบว่า ดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนลดลง โดยค่าดัชนีริ้วเรื้อน (HI) ลดลงจาก 22.58 เป็น 8.06 ค่าดัชนีภาชนะ (CI) ลดลงจาก 22.72 เป็น 8.03 และค่าดัชนีบริโตะ (BI) ลดลงจาก 40.32 เป็น 14.51 และผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

การกำจัดยุงลายตัวเต็มวัยซึ่งเป็นพาหะนำโรคชิคุนคุนยา มีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนด้านความสะอาดของบ้านเรือนและความเป็นระเบียบเรียบร้อยโดยให้ประชาชนทำความสะอาด จัดบ้านเรือนให้เป็นระเบียบเรียบร้อยทั้งภายในบ้านและบริเวณบ้านเพื่อไม่ให้แหล่งที่อยู่อาศัยของยุงตัวเต็มวัย การติดสติ๊กเกอร์บ้านหลังนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความตื่นตัวในการป้องกันโรคชิคุนคุนยา เช่นการใช้ยาจุดกันยุง การใช้อุปกรณ์กำจัดยุงเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในบ้านเรือนได้

การให้ความรู้เรื่องโรคชิคุนคุนยา ผ่านทางวิทยุชุมชน เอกสาร ป้ายประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคชิคุนคุนยามากขึ้น รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนมีความตื่นตัวในการป้องกันโรคชิคุนคุนยา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคชิคุนคุนยาเนื่องจากยังไม่มีที่ยืนยันที่ชัดเจนว่าเชื้อไวรัสชิคุนคุนยา สามารถดำรงอยู่ในตัวผู้ป่วยได้นานเท่าใด มีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนด้านการไม่มีผู้ป่วยโรคชิคุนคุนยาในครัวเรือน ซึ่งการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยขึ้นในชุมชนจึงเป็นวิธีการที่ประชาชนสามารถทำได้ด้วยตนเอง การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เรื่องโรคชิคุนคุนยา

ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องโรคชิคุนกุนยาพบว่ามึระดับความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างกันมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) และไม่มีผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาและโรคไข้เลือดออกในขณะที่ทำการวิจัยแต่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 2 ราย ในชุมชนใกล้เคียงสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชน

การวัดค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย

การวิจัยครั้งนี้มีการวัดดัชนีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย (pupal mosquito population density indices) ตามมาตรฐานของสำนักโรคติดต่อที่นำโดยแมลง (2552) กำหนดให้ร้อยละ 80 ของชุมชนมีค่า HI ไม่เกินร้อยละ 10 ค่า CI เท่ากับ 0 และค่า BI ไม่เกินร้อยละ 50 การวิจัยครั้งนี้ทำการวัดค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย 3 ดัชนีดังนี้

House Index คือ ดัชนีที่แสดงถึงร้อยละของหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย

$$H.I = \frac{\text{จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ}}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

Container Index คือ ร้อยละของจำนวนภาชนะที่มีน้ำขังและสำรวจพบลูกน้ำยุงลาย

$$C.I. = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่มีน้ำขังและพบลูกน้ำ}}{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

Breteau Index คือ ดัชนีที่ใช้แสดงถึงจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน

$$B.I. = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ}}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

แนวคิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค

ความหมายของการมีส่วนร่วม

จากการทบทวนการให้ความหมายการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ลักษณะได้แก่ลักษณะที่ 1 ความหมายการมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงหรือเป็นกระบวนการพัฒนา ลักษณะที่ 2 ความหมายการมีส่วนร่วมในลักษณะการสะท้อนแนวคิดด้านการมีปฏิสัมพันธ์และการรวมกลุ่มและลักษณะที่ 3 ความหมายการมีส่วนร่วมในลักษณะการแสดงทัศนคติและการตัดสินใจร่วมกัน ดังนี้

1. ความหมายการมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงหรือเป็นกระบวนการพัฒนา โดยองค์การสหประชาชาติ (United Nation, 1981 อ้างถึงในมรกต, 2552) กล่าวว่า เป็นการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในด้านต่างๆ ได้แก่ การตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติตามแผนหรือโครงการด้วยความเต็มใจ ส่วนนรินทร์ชัย (2546) กล่าวว่าไว้เช่นเดียวกันว่า เป็นการให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ การดำเนินโครงการ ร่วมรับผลประโยชน์และประเมินผลจากโครงการนั้นๆ และวรรณิ (2546) กล่าวว่า เป็นการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพึ่งพาตนเอง ซึ่งถือเป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดของการพัฒนา

2. ความหมายการมีส่วนร่วมในลักษณะการสะท้อนแนวคิดด้านการมีปฏิสัมพันธ์และการรวมกลุ่ม (WHO, 1991 อ้างถึงใน ศิริชัย, 2543; Oakley & Marsden, 1985) กล่าวว่า เป็นกระบวนการของบุคคล ครอบครัวหรือกลุ่มบุคคลในชุมชนที่มีปฏิสัมพันธ์กันในการที่จะดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความสุข เป็นการพัฒนาความสามารถของชุมชน การมีปฏิสัมพันธ์กันในการที่จะดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความสุขและยังเป็นการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการที่จะเกี่ยวพันซึ่งกันและกันและยังรวมถึงการให้การสนับสนุนสิ่งของการจัดองค์กรและการมีอำนาจ

3. ความหมายการมีส่วนร่วมในลักษณะการแสดงทรรศนะและการตัดสินใจร่วมกัน (สมคิด, 2548; ורתัย, 2546; Rifkin et al, 1988) คือกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นเพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ การเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกันซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย สอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ(2552) ที่กล่าวว่า การที่หน่วยงานของรัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการบริหารและดำเนินงานของรัฐทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นการตอบสนองที่ตรงต่อความต้องการของประชาชน

นอกจากนี้แล้ว โคเฮนและอันฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1980) ได้ให้ความหมายและอธิบายแนวคิดของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ

1. การมีส่วนร่วมการวางแผน การตัดสินใจ (participation in decision-making) และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดการใช้ทรัพยากร การกำหนดวิธีติดตามและประเมินผล

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (participation in implementation) การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ ทั้งด้านการจัดการ การบริหารทรัพยากร การบริหาร โดยร่วม

แรง ร่วมสมทบค่าใช้จ่ายร่วมสมทบวัสดุอุปกรณ์ และร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ตลอดจนเข้ามามีส่วนร่วมโดยเป็นกรรมการของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในโครงการ

3. การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน (participation in benefits) ประชาชนได้รับผลประโยชน์จากการเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการพัฒนา เช่น มีรายได้เพิ่มขึ้น เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ มีคูคลอง ได้รับการศึกษาเพิ่มขึ้น หรือมีการกระจายโอกาสทางการศึกษามีจำนวนบุคลากรด้านการแพทย์ต่อประชาชนเพิ่มขึ้น

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินโครงการ (participation in evaluation) ซึ่งเป็นการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด สามารถแบ่งได้เป็น 2 กรณีคือ การให้ประชาชนเป็นผู้ประเมินผลกิจกรรมเอง หรือการเปิดโอกาสให้หน่วยงานของรัฐเป็นผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน

จากความหมายแนวคิดการมีส่วนร่วมดังกล่าว สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน การวิเคราะห์ปัญหา การหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา การวางแผน การดำเนินการแก้ไขปัญหา การประเมินผลและรับผลประโยชน์ร่วมกันในชุมชน สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เจ้าหน้าที่อบต. ผู้นำชุมชนและเครือข่ายประชาชนคือการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา โรคชุกชุมกุนยาที่เกิดขึ้นในชุมชน การร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหา การร่วมวางแผน การร่วมปฏิบัติกิจกรรม การร่วมประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมและร่วมสะท้อนผล เพื่อให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) มีที่มาจากภารกิจของอนามัยโลกตระหนักว่าควรมองสุขภาพแบบองค์รวม ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพจึงต้องยึดหลักให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของตนเองและเป็นที่มาของแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care, PHC) ซึ่งมองว่าระบบบริการสุขภาพจะต้องเปลี่ยนจากระบบบริการที่รัฐเป็นผู้ให้บริการ มาเป็นระบบบริการที่ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน (นิตย, 2546) ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน จึงเป็นที่ยอมรับของนักวิชาการและนักปฏิบัติและให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชน สรุปได้ว่าขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบไปด้วย การวางแผน (planning) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล

การดำเนินกิจกรรม (implement) การมีส่วนร่วมในการจัดการและบริหารทรัพยากร มีความรับผิดชอบ ในการจัดสรร ควบคุมทางการเงินและการบริหาร การใช้ประโยชน์ (utilization) มีความสามารถในการ นำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้และการได้รับผลประโยชน์ (benefit) โดยประชาชนต้องได้รับ ผลประโยชน์จากชุมชนเท่าเทียมกัน การประเมินผล (evaluation) โดยอาจเป็นการเปิดโอกาสให้ ประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการทั้งหมดหรืออาจจะให้หน่วยงานของภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการ ประเมินผล (เช่น สุขและคณะ, 2542 อ้างถึงในสุทธิชัย, 2551; อคิน, 2547; Cohen and Uphoff, 1980; Fomaroff, 1980; องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1978)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน นับเป็นกระบวนการสำคัญที่ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกในชุมชน (นุมนวล, 2544; บงการ, 2546; พชร, 2546; พลเกษตร, 2549; สำเนียง, 2549; เกียรติศักดิ์, 2550; ดาบชัย, 2550; นภภรณ์, 2550; สุรัตน์, 2550; สมชาย, 2551; พิเศษฐ์, 2551; สุทธิชัย, 2551; มรกต, 2552; รัชณี, 2552; พัสกร, 2552) และพบว่าหมู่บ้านที่เกิดอุบัติเหตุเกิดโรคไข้เลือดออก สูงประชาชนจะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าหมู่บ้านที่เกิด อุบัติเหตุเกิดโรคไข้เลือดออกต่ำกว่า (สุทธิพงษ์, 2546)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบไปด้วย การค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา การตัดสินใจ การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนและวิธีการ ดำเนินงาน การดำเนินงานตามโครงการและการประเมินผล ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม ของชุมชน สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้การมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

แนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participation action research)

ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้อง (สุภางค์, 2542 อ้างถึงในทิววรรณ, 2550) กระบวนการวิจัยประกอบไปด้วยองค์ประกอบ หลัก 3 ประการคือ การวางแผนข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมปัญหาหรือคำถามนำไปสู่การวิเคราะห์เพื่อ หาปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงและระบุวิธีการแก้ปัญหาที่มีความเป็นไปได้ ขั้นตอนต่อมาคือ การปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติ (Kemmis and McTaggart, 1988; Lewin, 1946 อ้างถึงใน ทิว วรรณ, 2550) เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานและจะเป็น

ระบบที่หมุนไปเรื่อย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งตัวผู้ทำวิจัยเองและสถานการณ์แวดล้อม (กิตติพร, 2540 อ้างถึงในจรงค์, 2543; Streubert and Carpenter, 1999)

ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

คาร์และเคมิส (Care and Kemis, 1986 อ้างถึงในเพชรน้อย, 2550) แบ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ลักษณะคือ วิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (technical collaborative approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกัน (mutual collaborative approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับอิสระ (enhancement approach) ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (technical collaborative approach) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ (empirical Science หรือ natural science) นักวิจัยออกแบบการวิจัยโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแล้วนำไปทดลองหาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ร่วมวิจัย ความยั่งยืนของโครงการมีน้อย

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกัน (practical action research หรือ mutual collaborative approach) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยา (hermeneutic or interpretive science) อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานหลายฝ่ายมีการทำความเข้าใจสถานการณ์อย่างถ่องแท้ นักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจปัญหาหารือหาวิธีการแก้ปัญหาร่วมกัน มีความยั่งยืนของโครงการ

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับอิสระ (enhancement action approach) อาศัยปรัชญาพื้นฐานของทฤษฎีวิพากษ์ศาสตร์ทางสังคม (critical social approach) เน้นกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างอิสระของนักวิจัยในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและกระบวนการขององค์กรเพื่อให้สามารถพัฒนาการปฏิบัติงาน มักอาศัยอำนาจทั้งของกลุ่มนักวิจัยและผู้บริหารในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทำให้โครงการมีความยั่งยืนสูงมาก นักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยเกิดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงอย่างลึกซึ้ง มีการพัฒนาสติปัญญา ทักษะความคิดสร้างสรรค์อย่างแท้จริง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกัน เพื่อศึกษาผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคช็อคชุนกุนยา ระดับปฐมภูมิระหว่าง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนวางแผน ขั้นตอนปฏิบัติ ขั้นตอนการสะท้อนผลและขั้นตอนการปรับปรุงผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมการตามแนวของเคมมิสและแมคทาคาท (Kemmis and Mc Taggart, 1988 อ้างถึงในเพชรน้อย, 2550) ได้อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานในลักษณะบันไดเวียน (spiral of steps) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผน หลังจากวิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องแก้ไข (plan)
2. การปฏิบัติตามแผน ทำตามที่กำหนดไว้ (action)
3. การสังเกตผล เป็นการเฝ้าดูปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (observe)
4. การสะท้อนผล หลังจากทำการปฏิบัติงานให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการวิพากษ์ วิจารณ์ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป (reflect)

วงจรวิจัยปฏิบัติการนี้เรียกย่อยๆว่า PAOR ซึ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะเริ่มต้นด้วยแนวคิดทั่วไปที่ต้องการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง การพิจารณาว่าจะเริ่มต้นปรับปรุงในส่วนไหนนั้น กลุ่มผู้ร่วมงานจะเป็นผู้กำหนดว่า สิ่งใดที่เป็นปัญหาที่แท้จริงและผลที่ติดตามมา กลุ่มผู้ร่วมงานคิดวางแผนการทำงานร่วมกันในรูปแบบที่เป็นความสนใจร่วมกัน (thematic concern) กลุ่มร่วมกันคิดว่าจะเริ่มต้นเปลี่ยนแปลง ณ จุดใด ซึ่งเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของความเป็นไปได้ แนวความคิดทั่วไปเกิดขึ้นจากการสำรวจสภาพความเป็นจริง ซึ่งผลที่ได้จากการสำรวจเบื้องต้นนี้ กลุ่มผู้ปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะนำไปกำหนดเป็นแผนงานทั่วไปในการปฏิบัติงาน

การแบ่งแผนงานทั่วไปออกเป็นขั้นตอนการปฏิบัติ ผู้วิจัยเริ่มต้นขั้นตอนแรกด้วยการเปลี่ยนแปลงวิธีการที่ใช้ในการปรับปรุงงานและต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลที่คาดว่าจะได้รับก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติการวิจัยในขั้นตอนที่หนึ่ง กลุ่มผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบอย่างรอบคอบและวางแผนการติดตามผลที่จะเกิดตามมา แล้วพิจารณาว่าวิธีการนั้นสามารถปฏิบัติได้จริงเมื่อเริ่มต้นดำเนินการผู้วิจัยจะได้รับข้อมูลอันเป็นข้อเท็จจริงใหม่ ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยจะสามารถอธิบายและประเมินผลข้อมูลดังกล่าว โดยผลการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้วิจัยและผู้วิจัยแต่ละคน ต้องมีการสะท้อนกลับอย่างชัดเจนเพื่อที่จะนำข้อมูลสารสนเทศที่ได้ ไปใช้ในการวางแผนใหม่ เช่นกัน

ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคทาคาท (Kemmis and Mc Taggart) มุ่งเน้นที่ความจำเป็นสำหรับการวางแผนการปฏิบัติงาน ที่ต้องมีความยืดหยุ่นและการตอบสนองแต่ในสภาพของความเป็นจริงทางสังคมต้องยอมรับว่า ในการปฏิบัตินั้นไม่สามารถทำทุกสิ่งทุกอย่างได้ตามความต้องการ ด้านความคาบเกี่ยวของการปฏิบัติและการสะท้อนกลับ ได้มีการออกแบบเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแผนสำหรับการปฏิบัติงานในลักษณะที่มนุษย์เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง

กล่าวอีกนัยหนึ่งนั้น เป็นวิธีการที่กลุ่มคนสามารถจัดรวบรวมสถานการณ์จากสิ่งทีพวกเขาสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น

จากขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบบันไดเวียนตามวิธีการของเคมมิสและแมคทาตากาท (Kemmis and Mc Taggart) สรุปได้ว่าขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มต้นด้วยการกำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไปก่อนว่าผู้วิจัยและผู้ร่วมการวิจัยต้องการอะไร จากนั้นจึงเริ่มขั้นตอนที่หนึ่งคือการวางแผน ซึ่งได้มาจากการตรวจสอบแนวคิดอย่างละเอียดรอบคอบ โดยพิจารณาในแง่ของความเป็นไปได้ รวมทั้งการแสวงหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ด้วย จากนั้นจึงนำแผนที่ได้ไปปฏิบัติจริงขั้นตอนต่อมาคือการติดตามผลการปฏิบัติงานโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงานตามแผน และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขแผนงาน แล้วดำเนินการตามขั้นตอนซ้ำอีกประเด็นที่น่าสนใจ คือทุกขั้นตอนในกระบวนการวิจัยต้องอาศัยความร่วมมือจากกลุ่ม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมการนั้นเป็นกระบวนการปฏิบัติงานที่ใช้กระบวนการกลุ่มมาเป็นเครื่องมือ

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความหมายของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานคือ ความพยายามที่จะผลักดันทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตามความสามารถที่ตนเองมีอยู่ (Robbins, 1988 อ้างถึงในสมหมาย, 2543) โดยแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อให้ได้มาซึ่งผลงาน (Flippo, 1961อ้างถึงในพนิดา, 2548) รวมทั้งเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวก (ปรียาพร, 2547) และทัศนคติต่างๆของบุคคลที่มีต่อองค์ประกอบของงานและมีความสัมพันธ์กับลักษณะงาน (Gilmer, 1967 อ้างถึงในสมพิศ, 2550) ซึ่งการวัดความพึงพอใจอาจจะกระทำได้หลายวิธีดังนี้ (ภนิตา, 2541 อ้างถึงในนรินทร์, 2547)

1. การใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันแพร่หลายวิธีหนึ่ง โดยการร้องขอหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มบุคคลที่ต้องการวัด โดยคำถามอาจจะถามถึงความพึงพอใจในด้านต่างๆที่หน่วยงานกำลังให้บริการอยู่

2. การสัมภาษณ์ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต้องอาศัยเทคนิคและความชำนาญพิเศษของผู้สัมภาษณ์ที่จะจูงใจให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามให้ตรงกับข้อเท็จจริง นับเป็นวิธีที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง

3. การสังเกตเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการใช้บริการ โดยวิธีการสังเกตจากพฤติกรรมเช่นการสังเกตกิริยาท่าทาง การพูด สีหน้า เป็นต้น โดยผู้วัดจะต้องกระทำอย่างจริงจังและมีแบบแผนที่แน่นอนจึงจะสามารถประเมินถึงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้อง

สำหรับการดำเนินงานป้องกันโรคชชิคุณุญาในครั้งนี้ใช้วิธีการวัดระดับความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัยโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรม ส่วนที่ 2 กิจกรรมที่ควรมียังต่อเนื่องและส่วนที่ 3 ระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมการดำเนินงานป้องกันโรคชชิคุณุญา

องค์ประกอบของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิดองค์ประกอบของความพึงพอใจ พบว่าองค์ประกอบของความพึงพอใจ อาจไม่ใช่งานที่เป็นตัวแปรอย่างเดียวแต่ยังมีตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของความพึงพอใจ ได้แก่ งาน ค่าจ้าง โอกาสที่จะได้รับการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง การยอมรับ ผลประโยชน์ สภาพการทำงาน หัวหน้าหรือผู้นำกลุ่ม (กันตนา, 2541) ส่วนทฤษฎีสองปัจจัยกล่าวว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน (job satisfaction) นั้นจะสัมพันธ์กับลักษณะงาน เรียกองค์ประกอบเหล่านี้ว่าปัจจัยจูงใจ (motivation dissatisfaction) ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานนั้นจะสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่อยู่นอกเหนืองานและเรียกปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน (job dissatisfaction) ว่าเป็นปัจจัยสุขอนามัย (hygiene factors) หรือปัจจัยเพื่อความคงอยู่ (maintenance factors) ส่วนกิลเมอร์ (Gilmer, 1967) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงานตามโครงการของผู้ปฏิบัติงานมีองค์ประกอบ 10 ประการคือ

1. ความมั่นคงปลอดภัย (security) ทั้งในด้านการทำงานและความมั่นคงของหน่วยงาน
2. โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การทำงาน (opportunity for advancement) การมีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่งสูงขึ้นย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน
3. สถานที่ทำงานและการจัดการ (company and management)
4. ค่าจ้าง (wage) คือ การที่ผู้ทำงานมีความรู้สึกพอใจในค่าจ้าง
5. ลักษณะของงานที่ทำ (intrinsic aspect of the job) คือการที่บุคคลได้ทำงานตรงกับความรู้ความสามารถ และความต้องการของผู้ทำงาน
6. การควบคุมดูแล (command) คือความชัดเจนของโครงสร้างการบริหารงาน

7. ลักษณะทางสังคม (social aspect of the job) คือ ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือการให้สังคมยอมรับตน

8. การติดต่อสื่อสาร (communication) คือ การติดต่อสื่อสารกันทุกรูปแบบทั้งภายในและภายนอกองค์การ มีความสะดวก รวดเร็ว ชัดเจนและเปิดเผย

9. สภาพการทำงาน (working condition) หมายถึง สภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศในการทำงาน

10. ผลประโยชน์ตอบแทน (benefits) หมายถึง สิ่งตอบแทนต่าง ๆ ที่ได้รับ

จากองค์ประกอบของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเบื้องต้น สรุปได้ว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นจากองค์ประกอบภายในบุคคลและภายนอกบุคคล ในการตอบสนองความต้องการของตน ซึ่งบุคคลจะเกิดความพึงพอใจในการทำงานมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบดังกล่าว

ประโยชน์ของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจนับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายปฏิบัติงานอย่างจริงจังด้วยความศรัทธาและจริงจัง จากการศึกษาของสรีวาสตราและคณะ (srivastara, et., 1997 อ้างถึงใน ปรียาพร, 2544) ได้ทำการรวบรวมผลการวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจได้สรุปสิ่งที่พบจากผลงานวิจัยในการทำงานประกอบด้วย 5 ประการคือ

1. แรงจูงใจภายในที่มีต่อการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการเปลี่ยนงานและการขาดงาน

2. ความอิสระของงานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในการทำงาน

3. รูปแบบของผู้บังคับบัญชาที่เป็นประชาธิปไตยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในการทำงานแต่อาจจะสัมพันธ์ได้ทั้งทางบวกและทางลบกับการปฏิบัติงาน

4. รูปแบบของผู้บังคับบัญชาที่สนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

5. บรรยากาศขององค์การ สะท้อนให้เห็นถึงการสนับสนุน การติดต่อประสานสัมพันธ์กันอย่างเปิดเผย การมีอิสระในการทำงานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในการทำงาน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจเบื้องต้น สรุปได้ว่าความพึงพอใจนั้นเป็นกระบวนการและเทคนิคในการสร้างแรงจูงใจ และเป็นกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยความศรัทธาและความเต็มใจ เพื่อผลสำเร็จของการดำเนินงาน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้มีการวัดระดับความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัยในการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุน

ยาเพื่อเป็นการสะท้อนผลการดำเนินงานและความต้องการของผู้ร่วมวิจัยอันนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาในชุมชนต่อไป

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยข้างต้นสรุปได้ว่า การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาในชุมชนนั้นต้องครอบคลุมการตัดวงจรของการเกิดโรคได้แก่ คน สิ่งแวดล้อมและพาหะนำโรค ประกอบด้วยพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคชิกุนกุนยาของคน การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมไม่ให้เป็นที่อยู่อาศัยของยุงตัวเต็มวัยและการกำจัดลูกน้ำยุงลายไม่ให้เจริญเติบโตเป็นยุงลายตัวเต็มวัย และพบว่าการดำเนินงานป้องกันโรคในชุมชน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนเนื่องจากโรคชิกุนกุนยาเป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่ระบาดจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนได้ ซึ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีแนวปฏิบัติที่สามารถทำให้หน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การสะท้อนผลการดำเนินงานและการปรับปรุงแผนการดำเนินงานตามความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมและเกิดความพึงพอใจในรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระดับความเข้าใจร่วมกัน (mutal collaborative approach) เพื่อศึกษาผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันโรคชิคุนกุนยา ของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ทำการศึกษาโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis and McTaggart, 1988) มี 4 ขั้นตอนคือ ร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อนผลการดำเนินงาน ร่วมปรับปรุงการดำเนินงาน

การเลือกพื้นที่การศึกษา

การดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยทำการคัดเลือกชุมชนแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคชิคุนกุนยาใน พ.ศ.2552 ประชาชนมีการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ต้องประกอบอาชีพในสวนเป็นเวลานานเสี่ยงต่อการถูกยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคชิคุนกุนยา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคชิคุนกุนยา เช่น สถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนที่มีความสนใจ และยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ผลการดำเนินงานในระยะที่ผ่านมา พบว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยามีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันน้อย ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ศึกษา มีความคุ้นเคยกับชุมชนเป็นอย่างดี เอื้อต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเข้าถึงชุมชน มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกเครือข่ายประชาชน โดยการปรึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1. เป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดำเนินงานการป้องกันโรคชิคุนกุนยาแก่ชุมชนได้ดี
2. เป็นผู้ที่สามารถติดต่อสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน

3. เป็นผู้ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน
4. เป็นผู้ที่ชุมชนให้ความเคารพนับถือและสามารถเป็นตัวแทนชุมชนในการร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติกิจกรรม ร่วมประเมินผลและสะท้อนผล
5. มีความสนใจและมีเวลาว่างในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการศึกษา
6. สามารถอ่านออก เขียนได้

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาร่วมกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจำนวน 40 คน กำหนดคุณสมบัติในการศึกษาคือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) จากสถานการณ์ระดับโรคชุกชุมกุนยาและมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการป้องกันโรคชุกชุมกุนยา มีความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ อบต. ได้แก่ นายกอบต. 1 คน รองนายกอบต. 1 คน ปลัดอบต. 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานป้องกันโรคติดต่อประจำอบต. 1 คน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย 1 คน เจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยแมลง 1 คน
3. อสม. ที่มีความสนใจในการป้องกันโรคชุกชุมกุนยาและเป็นผู้นำด้านสุขภาพ 14 คน
4. เครือข่ายประชาชนที่มีความสนใจในการป้องกันโรคชุกชุมกุนยาในชุมชน 20 คน

เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการศึกษาผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกชุมกุนยาระหว่างสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนมี 4 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลชุมชนและแบบสังเกตชุมชน เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลชุมชนที่ทำการวิจัยประกอบด้วยประเด็นคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านประวัติความเป็นมาของชุมชนและบริบทของชุมชน ด้านโครงสร้างชุมชนและสภาพทางสังคม ด้านความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกชุมกุนยา

1.2 แบบสอบถาม (questionnaire) เพื่อใช้ในการสำรวจความสามารถของคนในชุมชน ประกอบด้วยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคซิคุนกุญา จำนวน 15 ข้อ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคซิคุนกุญา จำนวน 15 ข้อ และด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุญา จำนวน 20 ข้อ

2. เครื่องมือสำหรับติดตามผลการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุญา

2.1 แบบบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงการใช้วิถีเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมรายบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ และขั้นตอนการปรับปรุงการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุญา

2.2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์โรคซิคุนกุญา การดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุญา และการสะท้อนผลการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุญา เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

3. เครื่องมือภาคสนาม ได้แก่แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) เพื่อใช้ในการสังเกตผู้ร่วมวิจัย ด้านการให้ความสนใจ ความกระตือรือร้น ร่วมคิดร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผนร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติกิจกรรมและร่วมสะท้อนผลการปฏิบัติ

4. แบบประเมินความพึงพอใจในกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุญาหลังการวิจัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนนำเครื่องมือไปเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มีการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบบันทึกข้อมูลชุมชนและแบบสังเกตชุมชน แบบสอบถาม แบบบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงการใช้วิถีเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมรายบุคคล แนวคำถามการสนทนากลุ่มและแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ความเหมาะสมของเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปเก็บข้อมูล

บทบาทผู้วิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และประชาชนในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยต้องเคารพในสิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และประชาชนในชุมชนเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเชิงลบ จึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งผู้วิจัยซึ่งมีบทบาททั้งการเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการ

เป็นผู้วิจัย ดังนั้นเพื่อเป็นการกำหนดบทบาทของตนเองให้ชัดเจนเพื่อลดอคติและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

1. การเคารพศักดิ์ศรี และเคารพในสิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยก่อนดำเนินการศึกษา สิ่งสำคัญที่ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงคือ การแนะนำตัวและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้เครื่องบันทึกเสียง การใช้เครื่องบันทึกภาพ รวมทั้งการอธิบายกระบวนการของการศึกษา

2. ในฐานะผู้วิจัย มีบทบาทในการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แสดงความคิดเห็นทุกคนอย่างเสมอภาค โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้คอยกระตุ้น ให้การสนับสนุน (facilitator) และเป็นแหล่งข้อมูล (resource person) การรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เกิดการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน รวมทั้งผู้วิจัยต้องวางตัวเป็นกลาง ไม่ใช้ความคิดเห็นส่วนตัวในการตัดสินใจของกลุ่ม ยึดหลักการทำงานโดยการยอมรับเสียงข้างมากเพื่อลดความขัดแย้งในกลุ่มและอคติในกระบวนการวิจัย

3. ในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการประสานงาน การดำเนินการติดต่อกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน การช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการและสื่อ อุปกรณ์ที่ผู้วิจัยมีความต้องการใช้ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคชิคุนกุนยา

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิคุนกุนยาระหว่างสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนตามแนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อนผลการดำเนินงาน และ ร่วมปรับปรุงแผนการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ดำเนินการความพร้อมก่อนการดำเนินการวิจัยโดยปฏิบัติดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วม เพื่อดูปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อในชุมชนเพื่อนำมาปรับใช้ในการศึกษา การศึกษาสถานการณ์โรคชิคุนกุนยา การดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยาโดยการสนทนาเบื้องต้นกับเจ้าหน้าที่อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และเครือข่ายประชาชน

2. ขออนุญาตการทำวิจัยโดยการทำหนังสือขออนุญาตถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย อบต. และชมรม อสม.

3. สร้างสัมพันธไมตรีกับชุมชน แจ่งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับแก่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้มีการซักถามในข้อสงสัยต่างๆ จนกระทั่งมีความเข้าใจตรงกันและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

4. การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ได้แก่ประวัติความเป็นมาของชุมชน บริบทชุมชน โครงสร้างชุมชนและสภาพทางสังคม ความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการดำเนินงานป้องกันโรคชุกชุม ยา สุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และการประเมินความสามารถของคนในชุมชนด้านความรู้ ด้านทัศนคติและด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกชุม ยา

5. การสร้างเครื่องมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือภาคสนาม ทำการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

ขั้นที่ 1 ร่วมวางแผนการดำเนินงาน

1. ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสภาพพื้นที่ของชุมชน ตลอดจนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกชุม ยา การศึกษาเอกสารต่างๆ การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม การศึกษาจากขั้นเตรียมการนำมาวิเคราะห์และนำเสนอแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้รับทราบและร่วมทำการวิเคราะห์สถานการณ์โรคชุกชุม ยา

2. จัดเวทีสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคชุกชุม ยาและทำการนัดหมายตามวัน เวลา สถานที่ที่มีความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม

ผู้วิจัยเป็นผู้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคชุกชุม ยาในชุมชน การดำเนินงานป้องกันโรคชุกชุม ยา ปัจจัยเอื้อ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเปรียบเสมือนแหล่งข้อมูล (resource person) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการสนทนาได้ทราบถึงปัญหาและสถานการณ์โรคชุกชุม ยาที่มีอยู่ การแสดงความคิดเห็นร่วมสะท้อนความคิดเห็นและความต้องการในการแก้ไขปัญหาหารือกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้ประเด็นว่าหลังจากได้ร่วมรับทราบสถานการณ์ปัญหาโรคชุกชุม ยาผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนได้อย่างไร การตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไข เหตุผลที่เลือกแนวทางในการตัดสินใจ วิธีการที่จะ

สามารถทำให้ปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกได้สำเร็จ การร่วมวางแผนตามแนวทางที่ได้ทำการคัดเลือก มีการกำหนดว่าใครทำอะไร การกำหนดวัน เวลา สถานที่ ทรัพยากรที่ต้องใช้ในการดำเนินกิจกรรม การหาข้อตกลงร่วมกันเพื่อใช้เป็นแผนในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคชิกุนกุนยา

3. ผู้วิจัยทำการสรุปแนวทางที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้ร่วมกันเสนอ ดังนี้

3.1 โครงการบ้านนำอยู่ ชุมชนปลอดโรคชิกุนกุนยา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่นประชาชนที่มีความสนใจและผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคชิกุนกุนยาและเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนเกิดความตระหนักในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมบริเวณครัวเรือนของตนเองมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคต่างๆ เช่น โรคชิกุนกุนยา โรคไข้เลือดออกและโรคไข้มาลาเรียซึ่งเป็นโรคระบาดที่มีอยู่ในชุมชน โดยมีกิจกรรมย่อยดังนี้

3.1.1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยา เนื่องจากทักษะคิดและพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยาทั้งในระดับครอบครัวและระดับชุมชนเป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาในชุมชนประสบความสำเร็จ

3.1.2 การประชาสัมพันธ์ข่าวสารและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยาในชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันตนเอง ครอบครัวและชุมชนจากโรคชิกุนกุนยา รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการป่วยเป็นโรคชิกุนกุนยา มีการประชาสัมพันธ์ทั้งทางวิทยุกระจายเสียงและการประชาสัมพันธ์ในชุมชนซึ่งแบ่งเป็น 5 ชุมชนตามบริบทของพื้นที่

3.1.3 การติดตามผลการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายของประชาชนโดยการจัดตั้งแกนนำเพื่อสำรวจและทำลายลูกน้ำยุงลาย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อนำผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมมาสรุปรวมเป็นภาพรวมของชุมชน ทำให้ทราบว่าในแต่ละ สัปดาห์และแต่ละเดือนมีจำนวนภาชนะที่สำรวจมีจำนวนเท่าไร สำรวจพบลูกน้ำกี่ภาชนะและหลังคาเรือนที่สำรวจพบลูกน้ำสามารถนำมาหาค่าดัชนีชี้วัดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย (ค่า CI, ค่า HI, ค่า BI)

3.2 การสังเกตและการจดบันทึก (observation and record) โดยผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้สนับสนุน (facilitator) ทำการประเมินจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ได้ทำการแสดงความคิดเห็น ความเข้าใจในสาเหตุและการเชื่อมโยงปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวเนื่องกับ การให้เหตุผลและเหตุผลที่นำมาสนับสนุน

ในวิธีการคิด รวมทั้งการเสนอและการเลือกแนวทางการดำเนินกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน การแบ่งหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

ขั้นที่ 2 ร่วมปฏิบัติ

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ร่วมปฏิบัติกิจกรรมที่ได้จากการร่วมวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณกุนยา ตามวัตถุประสงค์ ขอบเขตเนื้อหา วัน เวลา สถานที่จัดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล มีการบันทึกภาพและเสียงขณะดำเนินกิจกรรม เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกผลจากการสังเกตภาคสนาม

ขั้นที่ 3 ร่วมสะท้อนผลการดำเนินงาน

ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดำเนินกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณกุนยา ปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ หาแนวทางแก้ไข วางแผนใหม่แล้วทำการปรับปรุงรูปแบบในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

ขั้นที่ 4 ร่วมปรับปรุงการดำเนินงาน

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ร่วมทำการประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณกุนยาโดย การสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แสดงความคิดเห็น ร่วมปรับปรุงแผนการปฏิบัติและการสะท้อนที่ดำเนินการจนเป็นที่พึงพอใจและเห็นว่าความเหมาะสมเป็นการสิ้นสุดการศึกษา

แนวทางปฏิบัติโครงการบ้านนำอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรคชุกุณกุนยา

การดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณกุนยาประกอบด้วย ระยะเวลาก่อนดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการสะท้อนผลปฏิบัติ โดยมีแนวทางปฏิบัติการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณกุนยา ดังนี้

ระยะก่อนดำเนินการวิจัย

การเตรียมความพร้อมในระยะก่อนดำเนินการวิจัย จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาบริบทพื้นที่ชุมชนเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น การชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างสัมพันธไมตรีกับชุมชนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลชุมชนและแบบสังเกตข้อมูลชุมชนในการรวบรวมข้อมูลด้านต่างๆของชุมชน ได้แก่ ประวัติความเป็นมาของชุมชนและบริบทพื้นที่ของชุมชน โครงสร้างชุมชนและสภาพทางสังคม ความสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชน สุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนและการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณกุนยา

ขั้นตอนการวางแผน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนได้แก่

1. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โรคชุกิคุนคุนยา (swot analysis) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต.อสม. และเครือข่ายประชาชน

2. จัดตั้งคณะกรรมการกลุ่ม และกำหนดบทบาทความรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยประธาน รองประธาน เลขานุการ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต.อสม.และเครือข่ายประชาชนเป็นคณะกรรมการกลุ่มประกอบด้วย

ประธานกลุ่ม จำนวน 1 คน มีบทบาทการสนับสนุนให้คำปรึกษา ประสานงานและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ร่วมวิจัย

รองประธาน จำนวน 1 คน มีบทบาทการสนับสนุนให้คำปรึกษา ประสานงาน และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ร่วมวิจัย

เลขานุการ จำนวน 1 คน มีบทบาทการจดบันทึกการประชุมกลุ่มสมาชิกกลุ่ม รายงานผลการประชุม

ฝ่ายวิชาการ จำนวน 1 คน มีบทบาทด้านการจัดทำทะเบียนรายชื่อสมาชิกกลุ่ม สนับสนุนและให้คำปรึกษาด้านวิชาการ

ฝ่ายประชาสัมพันธ์ จำนวน 1 คน มีบทบาทการประชาสัมพันธ์ข่าวสารทั้งภายในกลุ่มและนอกกลุ่ม เช่นการนัดประชุมกลุ่ม การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เช่น การประสานงานกับวิทยุชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคชุกิคุนคุนยา

ที่ปรึกษากลุ่ม จำนวน 5 คน มีบทบาทการให้คำปรึกษาแก่สมาชิกกลุ่ม การติดต่อประสานงานทั้งภายในกลุ่มและภายนอกกลุ่ม

3. กำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์และพันธกิจ โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน แบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ออกเป็น 4 กลุ่มกลุ่มละ 10 คนให้แต่ละกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ การดำเนินงานป้องกันโรคชุกิคุนคุนยา มีคณะกรรมการกลุ่มเป็นผู้คัดเลือกกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจของกลุ่ม

4. แบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบตามลักษณะชุมชนย่อย 5 ชุมชนและตั้งชื่อชุมชนเพื่อความสะดวกในการเรียกชื่อและการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน

5. ผู้วิจัยสำรวจความรู้เรื่องโรคชุกิคุนคุนยา ทศนคติเกี่ยวกับโรคชุกิคุนคุนยาและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกิคุนคุนยา (KAP) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน ก่อนดำเนินงานป้องกันโรคชุกิคุนคุนยา 1 ครั้งเพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา

ศักยภาพและหลังการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา 1 ครั้ง ทำการเปรียบเทียบระดับ KAP เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาเพื่อวัดผลการพัฒนาศักยภาพ

6. ร่วมวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาได้รูปแบบชั่วคราว “บ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดภัยโรคชิกุนกุนยา” มีรายละเอียดดังนี้

6.1 ร่วมเขียนโครงการบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดภัยโรคชิกุนกุนยา มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา จัดบ้านเรือนของตนเองให้สะอาดเรียบร้อยเพื่อไม่ให้เป็นที่อยู่อาศัยของยุงลาย ลดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคชิกุนกุนยา ใช้วิธีการดำเนินงานโดยการประกวดบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดภัย กำหนดให้ผู้เข้าร่วมการประกวดปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ระยะดำเนินการเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ตัดสินการประกวดโดยคณะกรรมการกลุ่ม ผลการประกวดมีบ้านที่ได้รับรางวัลจำนวน 5 หลังคาเรือน

6.2 แนวทางปฏิบัติการดำเนินงานบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดภัยโรคชิกุนกุนยา ประกอบด้วย

6.2.1 ด้านความสะอาดและความระเบียบเรียบร้อยภายในบ้าน 15 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

สะอาด การจัดวางของเป็นระเบียบเรียบร้อย = 15 คะแนน

สะอาด การจัดวางของไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย = 10 คะแนน

ไม่สะอาด การจัดวางของไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย = 5 คะแนน

6.2.2 ความสะอาดและความระเบียบเรียบร้อยบริเวณบ้าน 15 คะแนนมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

สะอาด การจัดวางของเป็นระเบียบเรียบร้อย = 15 คะแนน

สะอาด การจัดวางของไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย = 10 คะแนน

ไม่สะอาด การจัดวางของไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย = 5 คะแนน

6.2.3 ไม่มีเศษขยะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เช่นยางรถยนต์ กระจบอง กะลา ขวดน้ำ ถูพลาสติก 15 คะแนนมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มีเศษขยะบริเวณบ้านน้อยกว่า 6 ชิ้น = 15 คะแนน

มีเศษขยะบริเวณบ้านระหว่าง 6 - 9 ชิ้น = 10 คะแนน

มีเศษขยะบริเวณบ้านมากกว่า 10 ชิ้น = 5 คะแนน

6.2.4 ไม่มีลูกน้ำยุงลายภายในบ้านและบริเวณบ้าน 20 คะแนนโดยคิดอัตราร้อยละของจำนวนภาชนะที่มีน้ำขังและสำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่า CI เท่ากับ 0 - 5	= 20 คะแนน
ค่า CI ระหว่าง 6 - 10	= 15 คะแนน
ค่า CI ระหว่าง 11 - 15	= 10 คะแนน
ค่า CI มากกว่า 16	= 5 คะแนน

6.2.5 ระหว่างดำเนินกิจกรรมไม่มีผู้ป่วยโรคซิคุนกุญาและโรคไข้เลือดออก 20 คะแนน

ไม่มีผู้ป่วยโรคซิคุนกุญาหรือโรคไข้เลือดออกในครัวเรือน = 20 คะแนน

มีผู้ป่วยโรคซิคุนกุญาหรือโรคไข้เลือดออกในครัวเรือน = 15 คะแนน

มีผู้ป่วยโรคซิคุนกุญาและโรคไข้เลือดออกในครัวเรือน = 5 คะแนน

6.2.6 มีฝาปิดภาชนะกักเก็บน้ำอุปโภค บริโภค 15 คะแนน

ภาชนะกักเก็บน้ำมีฝาปิดมิดชิดและฝามีสภาพดี = 15 คะแนน

ภาชนะกักเก็บน้ำมีฝาปิดแต่ไม่มีมิดชิดและมีสภาพผุพัง = 10 คะแนน

ไม่มีฝาปิดภาชนะกักเก็บน้ำ = 5 คะแนน

6.3 ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ประกอบด้วยป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ และสติ๊กเกอร์บ้าน
หลังนี้ปลอดลูกน้ำยุงลายโดยแบ่ง อสม. และเครือข่ายประชาชนออกเป็น 4 กลุ่มกลุ่มละ 10 คน มี
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ อบต. คอยให้คำปรึกษา ดังต่อไปนี้

ป้ายประชาสัมพันธ์ จำนวน 5 ผืนเพื่อชักชวนให้ประชาชนเข้าร่วมการประกวดบ้านนำ
อยู่สู่ชุมชนปลอดโรคและนำไปติดบริเวณที่ประชาชนสัญจรไปมาในชุมชนจำนวน 5 จุด

แผ่นพับ เนื้อหาประกอบด้วยสาเหตุการเกิดโรคซิคุนกุญา อาการของโรคซิคุนกุญา
การติดต่อของโรคซิคุนกุญา การรักษา วิธีการป้องกันยุงลายกัด และโรคซิคุนกุญาแหล่งเพาะพันธุ์
ยุงลายและวิธีกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

สติ๊กเกอร์ “ บ้านหลังนี้ปลอดลูกน้ำยุงลายร่วมกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านและนอกบ้าน
ทุกวันศุกร์ป้องกันไม่ให้เกิดโรคซิคุนกุญาและโรคไข้เลือดออก ” ติดไว้ทุกครัวเรือนที่เข้าร่วมการ
ประกวดบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคซิคุนกุญา

6.4 จัดทำแบบฟอร์มสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

6.5 ประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครประชาชนเข้าร่วมการประกวดบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอด
โรคซิคุนกุญา ผ่านทางวิทยุชุมชนวันละ 2 ครั้งเวลา 11.00 น. และเวลา 15.00 น. ครั้งละประมาณ 5
นาที การจัดตั้งจุดรับสมัคร ณ สถานีอนามัยโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการรับสมัครใน
เวลาราชการตั้งแต่เวลา 08.00 น. ถึง 16.30 น. และแกนนำที่ประชาสัมพันธ์ในแต่ละชุมชนย่อย กำหนด

ระยะเวลาในการประชาสัมพันธ์วันที่ 15 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ผลการประชาสัมพันธ์ ผู้เข้าร่วมการประกวดบ้านน่าอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคจำนวน 62 ครัวเรือน

ขั้นตอนการปฏิบัติ โดยดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

1. ประชาสัมพันธ์ข่าวสารเรื่องโรคชิคุนกุนยาผ่านทางวิทยุชุมชนวันละ 2 ครั้ง เวลา 11.00 น. และเวลา 15.00 น. ครั้งละประมาณ 5 นาที ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554
2. ติดสติ๊กเกอร์ “บ้านหลังนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ร่วมกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านและนอกบ้าน ทุกวันศุกร์ป้องกันไม่ให้เกิดโรคชิคุนกุนยาและโรคไข้เลือดออก ” ให้แก่ หลังคาเรือนที่เข้าร่วมการประกวดในสัปดาห์ที่ 2 ของการประกวด (สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนมกราคม พ.ศ. 2554)
3. แจกแผ่นพับให้ความรู้เรื่องโรคชิคุนกุนยาให้แก่ หลังคาเรือนที่เข้าร่วมการประกวด
4. ติดตามผลการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายของประชาชนที่เข้าร่วมการประกวดบ้านน่าอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรคตามแบบฟอร์มสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ดำเนินการโดยอาสาสมัครและเครือข่ายประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง
5. ตัดสินการประกวดบ้านน่าอยู่สู่ชุมชนปลอดโรค โดยคณะกรรมการกลุ่มร่วมทำการคัดเลือก หลังคาเรือนที่มีค่า CI น้อยที่สุดให้เหลือ 10 หลังคาเรือนและตัดสิน โดยใช้เกณฑ์ตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด

ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ

จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 1 ครั้ง ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน ณ สถานีอนามัย เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยา และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน จำนวน 1 ครั้ง เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยาของประชาชนที่เข้าร่วมการประกวดบ้านน่าอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิคุนกุนยา พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และประชาชนส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่ารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยาแบบมีส่วนร่วมสามารถป้องกันโรคชิคุนกุนยาได้ และควรขยายรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยาแบบมีส่วนร่วมให้ครอบคลุมทุกหลังคาเรือนทั้ง 10 หมู่บ้าน

ขั้นตอนการปรับปรุงแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยา

ได้รูปแบบการป้องกันโรคชิคุนกุนยาแบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน

การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล โดยการตรวจสอบความตรงของข้อมูล (validity) การตรวจสอบ

ความถูกต้องของข้อมูลที่ค้นพบที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ (datatriangulation) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างแตกต่างกันหลายวิธี (methodology triangulation) ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การใช้แบบสอบถาม การสังเกต การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณกุนยา รวมทั้งการฟังเสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (playback method) โดยผู้วิจัยเสนอผลวิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย รับฟัง และเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลที่น่าเสนอว่าถูกต้องหรือไม่ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (ชาย, 2550) ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วนคือข้อมูล เชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีการวิเคราะห์ดังนี้คือ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ได้แก่ แบบประเมินความสามารถของคนในชุมชนด้านความรู้ ด้านทัศนคติและด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุณกุนยาประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกต ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ ด้วยสถิติ paired t - test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลชุมชนและแบบสังเกตชุมชน เครื่องมือการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณกุนยาแบบรายกลุ่มและแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมใช้การวิเคราะห์ตามเนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์แบบแยกประเด็น โดยการให้ความหมายและความสมบูรณ์ของข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนั้น จรรยาบรรณนักวิจัยเป็นประเด็นสำคัญยิ่ง เพราะผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดำเนินการดังนี้

1. การให้ความยินยอมและการดูแลปกป้องสิทธิประโยชน์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล การยินยอม โดยการลงนามในใบยินยอมพิทักษ์สิทธิ
2. ความซื่อสัตย์ต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยมีสิทธิที่จะซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและมีสิทธิปฏิเสธที่จะถอนตัวในช่วงระยะของการวิจัยโดยไม่มีผลใดๆ
3. การรักษาความลับของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และประชาชนที่เข้าร่วมการประกวดบ้านนำ อยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิคุนกุนยา โดยผู้วิจัยจะไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของผู้ตอบแบบสอบถามหรือผู้ที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแต่จะทำการใช้รหัสเพื่อกำกับลำดับและตรวจสอบจำนวนของสอบถามเท่านั้น และรายงานการวิจัยในภาพรวมไม่มีการระบุตัวบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา ระดับปฐมภูมิ ของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ทำการศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมคแทคกาท (Kemmis and McTaggart, 1988) ของนักวิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 40 คน ได้แก่เจ้าหน้าที่อบต. 4 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อสม. 14 คน และเครือข่ายประชาชน 20 คน ร่วมดำเนินการป้องกันโรคชุกุนกุนยา 4 ขั้นตอนคือร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อนผลการดำเนินงานและร่วมปรับปรุงแผนการดำเนินงาน ดังนี้

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 บริบทพื้นที่และวิถีความเป็นอยู่ของชุมชนที่ศึกษาและส่วนที่ 2 ผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยา ระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน ของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังนี้

ส่วนที่ 1 บริบทพื้นที่และวิถีความเป็นอยู่ของชุมชนที่ศึกษา

- 1.1 บริบทพื้นที่ศึกษา
- 1.2 วิถีความเป็นอยู่และวิถีการดูแลสุขภาพของชุมชนที่ศึกษา
- 1.3 สถานการณ์โรคชุกุนกุนยาของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ส่วนที่ 2 ผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยา ระดับปฐมภูมิ

- 2.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยา ระดับปฐมภูมิก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม
- 2.3 ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม
- 2.4 ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของประชาชน ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม
- 2.5 เปรียบเทียบอัตราร้อยละของค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อนและหลัง

การใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

2.6 ระดับความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัยและประชาชนหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

บริบทพื้นที่และวิถีความเป็นอยู่ของชุมชนที่ศึกษา

การดำเนินงานศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาบริบทพื้นที่ วิถีความเป็นอยู่ วิถีการดูแลสุขภาพของชุมชน สถานการณ์โรคชุกชุมกุนยา เพื่อเตรียมความพร้อมในระยะก่อนดำเนินการวิจัยและเป็นข้อมูลในขั้นตอนการวางแผน ผลการศึกษา ดังนี้

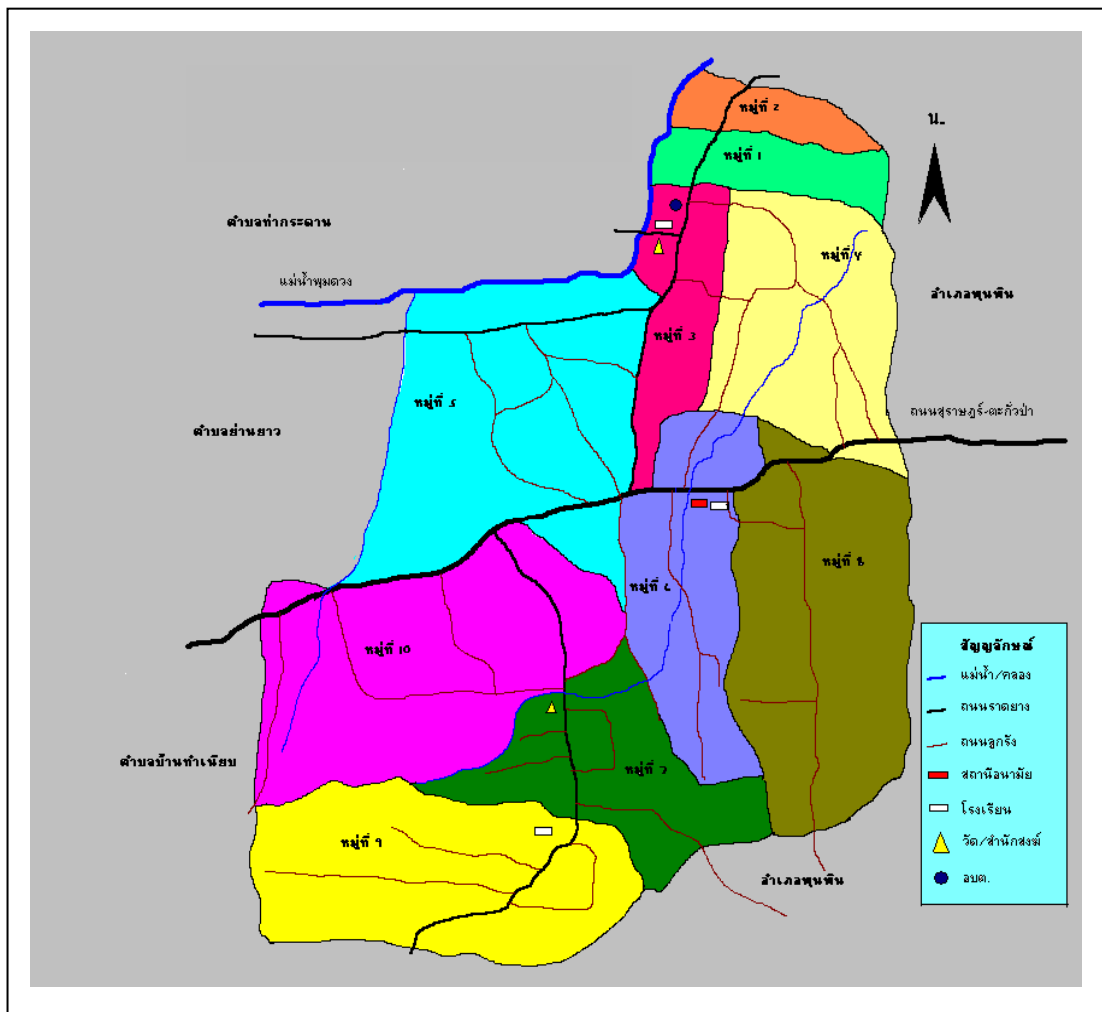
บริบทพื้นที่ศึกษา

บริบทพื้นที่ทำการศึกษาเป็นชุมชนหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีพื้นที่จำนวน 7,500 ไร่ ตั้งอยู่ในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบล อยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอ 17 กิโลเมตรห่างจากจังหวัดสุราษฎร์ธานี 52 กิโลเมตร สภาพพื้นที่เป็นที่ราบสลับกับภูเขา จำแนกได้ 2 ลักษณะคือ พื้นที่เชิงเขาและพื้นที่ราบลุ่ม ภูมิอากาศของตำบลจัดอยู่ในเขตร้อนชื้นมี 2 ฤดู คือฤดูร้อนเริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคมและฤดูฝนเริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนมกราคม ประกอบด้วย 5 ชุมชนย่อยตามลักษณะของการตั้งบ้านเรือน มีร้านขายของชำ 9 ร้านร้านอาหารแผงลอย 4 ร้าน โรงเรียน 1 แห่ง ป้อมตำรวจ 1 แห่งและสถานีอนามัย 1 แห่ง มีประชากร 598 คน ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมได้แก่ การทำสวนยางพารา สวนผลไม้และการปลูกผักซึ่งประชาชนต้องอยู่ในสวนเป็นเวลานานและบางครั้งเรือนมีการสร้างบ้านในสวนยางพารา เสี่ยงต่อการถูกยุงกัดและมีการป้องกันตนเองจากการถูกยุงกัดน้อย เช่นการไม่ทายากันยุง สวมเสื้อผ้าไม่มีมิดชิดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคชุกชุมกุนยาได้

ข้อมูลจากการพูดคุยกับประชาชนพบว่าไม่ได้สวมใส่เสื้อผ้าที่ปกปิดร่างกายมิดชิด ไม่ได้ทายากันยุงทุกครั้งที่เข้าไปในสวน นอนไม่กางมุ้งและมีทัศนคติว่าไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการ การซื้อยามารับประทานเองหรือการรับประทานยาของผู้ที่เคยป่วยโรคชุกชุมกุนยามาก่อนสามารถหายป่วยได้ จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมบริเวณบ้านเรือนพบโอ่งน้ำดื่มน้ำใช้บางส่วนยังไม่มีฝาปิดที่มิดชิด พบลูกน้ำยุงลายในบ่อซีเมนต์เก็บน้ำในห้องน้ำ ถ้วยหล่อขาตู้กับข้าว จานรองกระถางต้นไม้ ยางรถยนต์และเศษวัสดุต่างๆที่มีน้ำขัง สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยโรคชุกชุมกุนยาพบว่า

มีผู้ป่วยมากที่สุดในวัยแรงงาน(อายุ 41 ปีถึง 50 ปี) 21 คนและประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม 57 คน จากข้อมูลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าสภาพพื้นที่ศึกษามีสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคชุกชุม

ภาพ 4 แผนที่ชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี



ที่มา สถานีอนามัย, 2552

วิถีความเป็นอยู่ของชุมชนที่ศึกษา

ชุมชนที่ทำการศึกษาคือชุมชนเกษตรกรรม มีสภาพภูมิประเทศล้อมรอบด้วยภูเขาและที่ราบสูงโดยประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุดคือการกรีดยางพารา การทำสวนปาล์ม น้ำมัน การทำสวนผลไม้ เช่นทุเรียน มังคุด เงาะและการปลูกมะเขือเพื่อขายให้แก่พ่อค้าและแม่ค้าที่ขายอยู่ในตลาดนัดตำบลใกล้เคียง สำหรับวิถีชีวิตของประชาชนพบว่ามีกรเริ่มตัดยางพาราตั้งแต่ 21.00 น. จนกระทั่ง

เวลา 11.00 น. โดยมีการขายน้ำยางสดและการทำยางแผ่น สำหรับการขายน้ำยางสดนั้นมีการซื้อน้ำยาง 1 จุดบริเวณซอยบ้านต้นมะพร้าวและจุดรับซื้อยางแผ่น 1 จุดใกล้กับร้านขายของชำ ดังนั้นจุดรับซื้อน้ำยางและจุดรับซื้อยางแผ่นจึงเป็นแหล่งนัดพบของประชาชนในชุมชนเพราะในขณะที่ประชาชนนำน้ำยางสดและแผ่นยางพารามาขายจะมีการนั่งรอคิว การสนทนาและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ชาวสารบ้านเมืองรวมทั้งชาวสารในชุมชน โดยเป็นกลุ่มของวัยแรงงานทั้งผู้ชายและผู้หญิง การรวมกลุ่มในร้านขายอาหารเช้าที่มีอาหารประเภทน้ำชา กาแฟ โจ๊ก การรวมกลุ่มออกกำลังกายในช่วงเย็นของผู้หญิงในชุมชน การรวมกลุ่มอาสาสมัครวิอาร์ก๊วย การรวมกลุ่มสหกรณ์การเกษตรปฏิรูปที่ดินและกลุ่มแม่บ้านแสดงให้เห็นว่าชุมชนแห่งนี้มีการรวมกลุ่มต่างๆเกิดขึ้นในชุมชน อีกทั้งผู้วิจัยปฏิบัติงานเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในชุมชนจึงสะดวกต่อการชักชวนประชาชนในการเข้าร่วมวิจัยและได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

การรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สถานีสาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. และอสม.ด้านการป้องกันโรคชุกุนญาและพบว่ามีความสนใจที่จะใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนญาและต้องการให้เครือข่ายประชาชนเข้าร่วมด้วย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากสถานการณ์ระบาดของโรคชุกุนญา จึงได้ร่วมกันจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีผู้เข้าร่วม 26 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน เจ้าหน้าที่อบต. 2 คน อสม. 14 คน และเครือข่ายประชาชน 10 คน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์โรคชุกุนญาและการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนญา ณ สถานีอนามัย ใช้เวลา 2 ชั่วโมงซึ่งบรรยากาศเป็นไปด้วยความสนุกสนานเป็นกันเอง ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เต็มใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผลการสนทนากลุ่มพบว่าส่วนใหญ่ทราบถึงสถานการณ์โรคชุกุนญาในชุมชนที่เกิดขึ้นใน พ.ศ.2552 ในระยะที่ผ่านมาพบว่าการทำงานป้องกันโรคชุกุนญามีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. เป็นผู้ดำเนินการและอบต. เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานและเห็นว่าการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนญาได้รับความร่วมมือจากประชาชนน้อย ประชาชนยังไม่ค่อยให้ความสำคัญและมีความตระหนักในการป้องกันตนเองจากโรคชุกุนญาน้อย

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจึงมีความสนใจและสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้และคาดหวังว่าจะร่วมกันแก้ไขปัญหาโรคชุกุนญาในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การสะท้อนผลและการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกต่อไป

วิธีการดูแลสุขภาพของชุมชนที่ศึกษา

สำหรับการดูแลสุขภาพประชาชนสามารถจำแนกได้ 4 ลักษณะคือ ลักษณะที่ 1 การซื้อขายที่ร้านขายของชำในชุมชนเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่นเป็นไข้ ผื่นคัน ลักษณะที่ 2 การซื้อขายที่คลินิกในชุมชนใกล้เคียงในช่วงเวลานอกเวลาราชการ ลักษณะที่ 3 การเข้ารับบริการที่สถานอนามัยประจำตำบล กรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อยหรือการเจ็บป่วยซึ่งต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ตรวจและวินิจฉัยโรค รวมทั้งการตรวจน้ำตาลในเลือดและการรับยาลดความดันโลหิตสูง ลักษณะที่ 4 การเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอและอำเภอใกล้เคียงซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนี้ยังมีการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรคเบาหวาน โดยการนำมะระขี้นกและบอระเพ็ด เเตยหอมหั่นเป็นชิ้นเล็กๆนำไปตากแห้งและชงดื่ม การรักษาอาการท้องผูกโดยการรับประทานแกงขี้เหล็ก การรักษาอาการร้อนในมีไข้ และโรคอีสุกอีใส โดยการรับประทานยาเขียวใหญ่ ซึ่งมีขายในร้านขายของชำโดยนำมาละลายน้ำอุ่นดื่มลดไข้และการนำมาละลายกับน้ำทาบริเวณลำตัวเพื่อรักษาแผลเป็นจากโรคอีสุกอีใส สำหรับผู้ป่วยโรคซิคุนคุณภาพมีการดูแลสุขภาพในขณะที่ป่วยทั้ง 4 ลักษณะรวมทั้งการใช้ยาเม็ดละลายน้ำดื่มเพื่อลดไข้ร้อนในและทาบริเวณผื่นคันบริเวณลำตัว

การดูแลสุขภาพ โดยแพทย์พื้นบ้าน

หมอบ้านหรือหมอพื้นบ้านที่รู้จักกันดีของชุมชนแห่งนี้ ซึ่งเป็นที่นับถือของประชาชนมี 1 รายคือ “หมอเกตุ” เป็นหมอสมุนไพรที่มีชื่อเสียงด้านการดูแลสุขภาพ การรักษาอาการปวดเมื่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ เช่นผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต มีวิธีการรักษาโดยการพ่นหมากพลุผสมกับเหล้าขาวผสมพร้อมกับการดัดเส้น การนวดด้วยน้ำมันมะพร้าว การบีบนวดบริเวณที่มีอาการปวดเมื่อย ซึ่งความรู้ดังกล่าวของหมอบ้านได้รับการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษและการศึกษาเพิ่มเติมจากตำราสมุนไพรโบราณ ในระยะที่ผ่านมาเคยมีผู้ป่วยโรคซิคุนคุณภาพเข้ารับการรักษาอาการปวดเมื่อยบริเวณข้อเข่า นิ้วมือ นิ้วเท้า โดยใช้ระยะเวลาในการรักษาคคนละประมาณ 2 ชั่วโมง บางคนมีการรับประทานยาแผนปัจจุบันควบคู่กับการนวด สำหรับประชาชนที่มีการปวดเมื่อยเป็นเวลานานจะมีการดูแลสุขภาพและทำการรักษาโดยการนวดควบคู่กับการเป่าน้ำหมากรุกและการจัดบริเวณบ้านเรือนให้สะอาด โดยเฉพาะบริเวณที่มีการปักไม้แหลมคมเพราะเป็นสิ่งที่ไม่เป็นมงคลกับเจ้าของบ้านซึ่งเรียกกันว่า “ถูกแทง” อันส่งผลให้เจ้าของบ้านมีอาการปวดเมื่อยเรื้อรัง ดังนั้นจึงต้องถอนไม้แหลมคมบริเวณบ้านออกให้หมดจึงจะหายจากการอาการปวดเรื้อรังได้

การดูแลสุขภาพโดยแพทย์ปัจจุบัน

พื้นที่ทำการศึกษา มีสถานีนอนามัยประจำตำบลเป็นสถานีนอนามัยขนาดใหญ่และเป็นสถานบริการสาธารณสุขเพียงแห่งเดียวในตำบลตั้งอยู่ในชุมชนที่ทำการศึกษา พ.ศ.2552 มีนโยบายจัดตั้งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลแห่งที่ 2 ของอำเภอ โดยมีที่ตั้งที่มีการคมนาคมสะดวก ตั้งอยู่ใกล้กับโรงเรียน ป้อมตำรวจและถนนสายสุราษฎร์ - ตะกั่วป่าในแต่ละเดือนมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 400 ครั้งต่อเดือน การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการชั่งน้ำหนักให้แก่ผู้สูงอายุทุกวันที่ 28 ของทุกเดือนซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุ พ.ศ.2552 พบผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีการปวดกล้ามเนื้อ (สถานีนอนามัย, 2552) สำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรืออาการรุนแรง เช่นผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อุบัติเหตุ ได้รับการรักษาขั้นสูงจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน วิธีการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนแห่งนี้จะมีการผสมผสานกันทั้ง 3 รูปแบบ โดยการพิจารณาจากความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ที่เคยเข้ารับการรักษา ประสบการณ์ของผู้ที่เคยเข้ารับการรักษามาก่อนและการได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติ และมีการดำเนินการตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

สำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ มีความเด่นชัดมากที่สุดด้านการส่งเสริมสุขภาพมีการจัดตั้งเป็นชมรมเอร์โรคบิกระดับตำบล จัดการแข่งขันทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ กิจกรรมการรณรงค์ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค การจัดมหกรรมออกกำลังกายที่ทางสถานีนอนามัยจัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้มีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองควบคู่ไปกับการป้องกันโรค โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งกลุ่ม องค์กรต่างๆในชุมชน เช่นกลุ่มแม่บ้าน อปพร. สหกรณ์การเกษตรและประชาชนเข้าร่วมการออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน การแข่งขันฟุตบอลประจำปีระดับตำบลซึ่งจัดขึ้นในช่วงปลายปี การมีส่วนร่วมด้านการป้องกันโรคพบว่า ประชาชนบางส่วนและอสม. มีส่วนร่วมในการรณรงค์การป้องกันโรคติดต่อที่นำโดยแมลง เช่น โรคชิคุนกุนยา โรคไข้เลือดออก

สถานการณ์โรคชิคุนกุนยาของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้วิจัยได้ทำการสรุปภาพรวมสถานการณ์โรคชิคุนกุนยาในชุมชน จำแนก เพศ อายุ อาชีพ ก่อนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวิจัย ดังนี้

ตาราง 2

จำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคชิกุนกุนยาจำแนก เพศ อายุ อาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	46	54.70
ชาย	38	45.30
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	7	8.34
21 - 30	11	14.00
31- 40	16	19.04
41- 50	21	25.00
51- 60	17	20.23
60 ปีขึ้นไป	12	14.29
อาชีพ		
เกษตรกร	57	67.85
ค้าขาย	11	13.10
รับจ้างทั่วไป	9	10.71
นักเรียน/นักศึกษา	7	8.34
รวม	84	100.00

ที่มา: สถานีอนามัย, 2552

จากตาราง 2 พบว่าใน พ.ศ.2552 มีผู้ป่วยโรคชิกุนกุนยาจำนวน 84 ราย เพศชาย จำนวน 38 ราย ร้อยละ 45.30 เพศหญิง จำนวน 46 ราย ร้อยละ 54.70 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 ถึง 50 ปี จำนวน 21 คน ร้อยละ 25.00 และประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุดจำนวน 57 ราย ร้อยละ 67.85 ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน ต้องประกอบอาชีพในสวนยางพารา สวนผลไม้ สวนผักเป็นเวลานานและเป็นบุคคลที่อาศัยประจำอยู่ในท้องถิ่นและหายเป็นปกติแล้วทุกราย

ผู้ป่วยโรคชิกุนกุนยารายแรกของชุมชนเป็นเพศหญิงอายุ 45 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และมีบทบาทเป็น อสม. จากการสัมภาษณ์พบว่าก่อนเริ่มป่วยไม่ได้เดินทางออกนอกชุมชนหรือการนอนพักค้างที่ใด มีเพียงแค่การไปตลาดนัดในชุมชนใกล้เคียงเท่านั้นและก่อนป่วยมีการแต่งกายไม่มีฉีดยาเข้าไปตัดยุงพาราเพราะระยะนั้นอากาศร้อนและไม่ได้ทายากันยุงหรือโลชั่นกันยุงก่อนเข้าไปในสวนเป็นระยะเวลาประมาณ 7 วัน หลังจากนั้นจึงเกิดอาการไข้ ปวดเมื่อยและมีผื่นคัน มีอาการไข้สูงประมาณ 39 องศาเซลเซียสระยะเวลา 2 วัน มีผื่นคันและอาการปวดเมื่อยในวันที่ 3 หลังจากอาการไข้ เมื่อผื่นคันหายแล้วยังคงมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดบริเวณข้อเข่า ประมาณ 2 เดือนจึงหายสนิท ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่สถานีอนามัย ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการปฏิบัติตน การป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ยุงกัดซึ่งเป็นการแพร่กระจายเชื้อไวรัสชิกุนกุนยาไปสู่บุคคลในครอบครัวและผู้อื่นรวมทั้งได้รับเวชภัณฑ์ป้องกันยุง ทราายกำจัดลูกน้ำยุงลาย ยาหม่องเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย ความรุนแรงของโรคมมากที่สุดคืออาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกและปวดมากขึ้นขณะเดินทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้นานประมาณ 15 วันได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตนเองเป็นผู้ที่ประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยาให้แก่ประชาชนในชุมชน แต่มีความตระหนักในการป้องกันตนเองน้อยเนื่องจากคิดว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและคิดว่าขณะตัดยุงพารามีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ตลอดเวลาจึงจะไม่สามารถกัดตนเองได้

นอกจากนี้แล้วผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ที่เคยป่วยโรคชิกุนกุนยาใน พ.ศ. 2552 จำนวน 5 รายพบว่าอาการรุนแรงของโรคชิกุนกุนยาคืออาการปวดบริเวณข้อเข่า นิ้วและระบบกล้ามเนื้อสร้างความทรมานและทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินและประกอบอาชีพได้ตามปกติ พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดนานที่สุดประมาณ 2 เดือนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและเศรษฐกิจครอบครัว

ผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกัน โรคชิกุนกุนยา ระดับปฐมภูมิ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากรของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ($n = 40$)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	40.00
หญิง	24	60.00
อายุ (ปี)		
21 – 30	1	2.50
31 – 40	13	32.50
41 – 50	15	37.50
51 – 60	8	20.00
60 ปีขึ้นไป	3	7.50
Mean = 45.40 ปี S.D.= 9.62 Min = 26 ปี Max = 69ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	6	15.00
คู่	32	80.00
หม้าย, หย่า, แยก	2	5.00
การศึกษา		
ประถมศึกษา	17	42.50
มัธยมศึกษา	10	25.00
อนุปริญญา	3	7.50
ปริญญาตรี	10	25.00
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรม	29	72.50
ธุรกิจส่วนตัว	1	2.50
ค้าขาย	3	7.50
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	7	17.50

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	29	72.50
ธุรกิจส่วนตัว	1	2.50
ค้าขาย	3	7.50
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	7	17.50
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน (บาท/เดือน)		
5,001 - 10,000	12	30.00
10,001 - 15,000	9	22.50
มากกว่า 15,000	19	47.50
Median = 3,000 Min = 2,000 Max = 35,000		
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน (ปี)		
น้อยกว่า 10	3	7.50
11 – 20	2	5.00
21 – 30	2	5.00
31 – 40	15	37.50
41 – 50	7	17.50
มากกว่า 50	11	27.50
ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 - ปัจจุบันเคยได้รับการประชุม/อบรม /สัมมนาเกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยา		
เคย	2	5.00
ไม่เคย	38	95.00
เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยา	28	70.00
เคย *		
วิทยุ/โทรทัศน์	21	52.50
แผ่นพับ/ป้ายประกาศ	19	47.50
เพื่อนบ้าน	15	37.5

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร	14	35.00
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	12	30.00
ญาติพี่น้อง	12	30.00
ไม่เคย	12	30.00
เป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆในชุมชน		
เป็น	8	20.00
แม่บ้าน	4	10.00
สหกรณ์	2	5.00
ผู้สูงอายุ	1	2.50
อปพร.	1	2.50
ไม่เป็น	32	80.00

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีจำนวน 40 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ อบต. 4 คน ได้แก่ นายกอบต. รองนายกอบต. ปลัดอบต. และนักวิชาการสาธารณสุขประจำอบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน อสม. 14 คน และเครือข่ายประชาชน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 37.50 อายุสูงสุด 69 ปี ต่ำสุด 26 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.62 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 72.50 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน มากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 47.50 อาศัยอยู่ในชุมชน 31 - 40 ปี ร้อยละ 37.50 ตั้งแต่ พ.ศ.2552 - ปัจจุบันไม่เคยได้รับการประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับโรคชุกุนกุนยา ร้อยละ 95.00 เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคชุกุนกุนยา ร้อยละ 70.00 ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆในชุมชน ร้อยละ 80.00 มีความรู้เรื่องโรคชุกุนกุนยาอยู่ในระดับปานกลาง ทศนคติเกี่ยวกับโรคชุกุนกุนยาอยู่ในระดับมากและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาอยู่ในระดับปานกลาง

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาระดับปฐมภูมิก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย ออบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยร่วมกันรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์และพันธกิจ ร่วมจัดตั้งคณะกรรมการกลุ่ม ร่วมวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุณยาได้เป็นรูปแบบบ้านนำอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรคซิคุนกุณยา ร่วมกำหนดรายละเอียด ร่วมเขียนโครงการ ร่วมแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบ ร่วมผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ สืบหาความรู้เรื่องโรคซิคุนกุณยา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และประชาชนที่เข้าร่วมประกวดบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคซิคุนกุณยา ขั้นที่ 2 ร่วมดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุณยา ตามโครงการบ้านนำอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรคซิคุนกุณยา ประกอบด้วยกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับสมัครบ้านเข้าร่วมการประกวด ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน สืบหาและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและตัดสินการประกวด ขั้นที่ 3 ร่วมสะท้อนผลการดำเนินงานประกวดบ้านนำอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรคซิคุนกุณยา กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน การสืบหาและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ดังภาพ 5

กระบวนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา



ภาพ 5 กระบวนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมขั้นตอนวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนญา

ผู้วิจัยได้ทำการประชุมกลุ่มร่วมกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อชี้แจงรายละเอียดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนญา และร่วมวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนญา ทำให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเข้าใจและตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ร่วมกำหนดรายละเอียดการประกวดบ้าน โดยมีแนวคิดให้ประชาชนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนญาและก่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกันโรคชุกุนญา นอกจากนี้แล้วผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยังมีความต้องการที่จะสำรวจศักยภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคชุกุนญาจึงมีการตกลงที่จะสำรวจความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนญาในครั้งต่อไป

การประชุมกลุ่มครั้งถัดมา มีการสำรวจความพร้อมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคชุกุนญาและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนญาอยู่ในระดับปานกลางและทัศนคติอยู่ในระดับมาก ดังนั้นจึงมีการตกลงร่วมกันว่าจะทำการพัฒนาศักยภาพ ผ่านทางกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ควบคู่ไปกับการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนญาส่งผลให้หลังการวิจัยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับโรคชุกุนญาในระดับปานกลาง ทัศนคติอยู่ในระดับมาก และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนญาอยู่ในระดับปานกลาง

การประชุมกลุ่มครั้งถัดมาประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ (vision) และพันธกิจ (mission) เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกันในอนาคต (future perspective) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนในตำบลปลอดจากโรคชุกุนญาภายในปี พ.ศ. 2555 วิสัยทัศน์ คือชุมชนปลอดจากโรคชุกุนญาภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชนปลอดจากโรคชุกุนญาและพันธกิจ จำนวน 5 ข้อ คือ

1. ชุมชนมีความรู้ในการป้องกันโรคชุกุนญา
2. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและป้องกันโรคชุกุนญา
3. ธรรมชาติให้มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนทุกภาคส่วน
4. กำจัดลูกน้ำยุงลายและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
5. ประชาชนในชุมชนมีการป้องกันตนเอง โดยเริ่มจากครัวเรือนของตนเอง

ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการประจำกลุ่ม กำหนดบทบาทความรับผิดชอบ เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการ รองประธานคณะกรรมการ เลขานุการ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายประชาสัมพันธ์และที่ปรึกษาจำนวน 10 คน จัดทำสมุดรายชื่อประจำกลุ่ม หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ของผู้ร่วมวิจัยเพื่อความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร การประสานงาน ประชาสัมพันธ์

ข่าวสาร ความสะดวกในการนัดหมาย และกำหนดข้อตกลงร่วมกัน คือ สมาชิกทุกคนต้องเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งที่มีการนัดหมาย หากมีภารกิจจำเป็นต้องมีการแจ้งแก่คณะกรรมการกลุ่ม ไม่น้อยกว่า 1 วัน

การจัดทำแผนที่ชุมชน (ภาคผนวก ก) และตั้งชื่อชุมชนของแต่ละ 5 ชุมชนย่อย มีแนวคิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. ว่าการจัดทำแผนที่ชุมชนและจัดแบ่งเป็น โซนตามลักษณะพื้นที่ทำให้ง่ายและสะดวกต่อการเรียกชื่อ โดยแต่ละโซนประกอบไปด้วย อสม. และเครือข่ายประชาชนเป็นแกนนำด้านการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณญา ประสานงาน ประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โครงการ นอกจากนี้แล้วเจ้าหน้าที่อบต. เสนอว่าควรจัดทำแผ่นพับให้ความรู้แก่ประชาชน กลุ่มอสม. เสนอว่าควรจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เพื่อกระตุ้นความสนใจของประชาชนในชุมชนซึ่งได้รับความเห็นชอบจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชุกุณญา

การวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขควบคู่ไปกับการสรุปและวิเคราะห์สถานการณ์โรคชุกุณญาในลักษณะของแผนผังก้างปลาเพื่อให้สามารถมองสภาพปัญหาได้ครอบคลุมทั้งด้านทรัพยากร ด้านบุคลากร ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านวิธีการ การฝึกทักษะวิเคราะห์สถานการณ์โรค เขียนโครงการโดย อสม. และเครือข่ายประชาชน จัดทำแบบสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เกณฑ์การประกวด แนวปฏิบัติในการเข้าร่วมการประกวดโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อบต. คอยให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการ

สรุปภาพรวมขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณญา มีการประชุมชี้แจงวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์โรคชุกุณญาในลักษณะของแผนผังก้างปลา มีการจัดตั้งคณะกรรมการกลุ่มซึ่งได้รับการคัดเลือกมาจากทั้งสี่ภาคส่วน และกำหนดบทบาทความรับผิดชอบ กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และพันธกิจเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน แบ่งเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ เขียนโครงการและอนุมัติโครงการ จัดทำใบสมัครกำหนดคุณสมบัติของบ้านที่เข้าร่วมการประกวดบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชุกุณญา รายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน ของรางวัลแก่ผู้ชนะการประกวด กำหนดเป็นแผนปฏิบัติและมีการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้เรื่องโรคชุกุณญา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุณญาในขณะที่มีการดำเนินกิจกรรม สรุปแผนปฏิบัติขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณญา ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงรายละเอียดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
2. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์โรคชุกุณญาในชุมชน
3. กำหนดกิจกรรมบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชุกุณญา

4. สํารวจความรู้เรื่องโรคชุกุนกุนยา ทศนคคคและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยา
5. จดัตั้งคณะทํางานกลุ่ม
6. กําหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์และพันธกิจในการคําเนินงาน
7. แบ่งเขตพื้นที่
8. เขียนโครงการบ้านนํายู่ชุกุนกุนยาประกอบด้วยโครงการย่อยคือโครงการเสวนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์โรคชุกุนกุนยา โครงการผลิตสื่อและการประชาสัมพันธ์โครงการสํารวจและทําลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกนํายุงลาย
9. จดัทําบสสมัคร ร่วมกําหนดรายละเอียดการกําหนดคุณสมบัติของบ้านที่เข้าร่วมการประกวด และร่วมกําหนดแนวทางปฏิบัติรายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน
10. รับสมัครบ้านเข้าร่วมการประกวดบ้านนํายู่ ชุกุนกุนยา

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมขั้นตอนปฏิบัติการคําเนินงาน โครงการบ้านนํายู่ ชุกุนกุนยา

ขั้นตอนปฏิบัติการคําเนินงาน โครงการบ้านนํายู่ชุกุนกุนยาเป็นการคําเนินงานตามแผนที่ได้วางไว้ได้แก่

1. จดัทำสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องโรคชุกุนกุนยาประกอบด้วย แผ่นพับ บอร์ดข่าวสาร ป้ายประชาสัมพันธ์ คําเนินการโดย อสม. และเครือข่ายประชาชน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต.คอยให้คําปรึกษา สนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการจดัทำและแจกจ่ายแก่ประชาชนทุกหลังคาเรือนทั้งที่เข้าร่วมการประกวดและไม่ได้เข้าร่วมการประกวดครอบคลุม 183 หลังคาเรือน
2. ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคชุกุนกุนยา
3. ประชาสัมพันธ์โครงการบ้านนํายู่ ชุกุนกุนยาและรับสมัครบ้านเข้าร่วมการประกวดประกอบด้วย 3 ช่องทางได้แก่

3.1 ประชาสัมพันธ์ทางวิทยุชุมชนทุกวัน วันละ 2 ครั้งในช่วงเวลาเช้าและช่วงเวลาย่ำ โดยมี อสม.และเครือข่ายประชาชนจําแนกตาม 5 ชุมชนย่อยและกําหนดให้ อสม. 1 คนชักชวนบ้านที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเองเข้าร่วมการประกวดจํานวน 3 หลังคาเรือนเป็นอย่างน้อย เพื่อความครอบคลุมของพื้นที่ทําการวิจัย สําหรับเครือข่ายประชาชนได้คําเนินการประชาสัมพันธ์และชักชวนประชาชนในชุมชนให้เข้าร่วมการประกวดและเป็นผู้ที่เข้าร่วมการประกวดด้วยเช่นกัน

3.2 ประชาสัมพันธ์โดยการจัดตั้งจุดรับสมัคร ณ สถานีอนามัย คัดป้ายประชาสัมพันธ์ บริเวณป้ายหน้าสถานีอนามัย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ที่มีความสนใจ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งการประสานงานเครือข่ายระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและประชาชนในชุมชน

3.3 คัดบอร์ดข่าวสารตีพิมพ์บริเวณศาลาหมู่บ้านควบคู่กับ อสม. ที่ผลัดเปลี่ยนกันให้ความรู้ เรื่องโรคชิคุนคุนยา การจัดทำโปสเตอร์ “บ้านหลังนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ” เพื่อนำไปแจกจ่ายให้แก่ทุก หลังคาเรือนที่เข้าร่วมการประกวดและเป็นสัญลักษณ์แก่เจ้าของบ้านว่าได้ดำเนินการสำรวจและทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ

4. สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนนำในการจัดทำแบบสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย มีคณะกรรมการกลุ่มเป็นผู้ตรวจทาน และปรับปรุงเพิ่มเติม สำหรับ อบต. นอกจากจะเป็นคณะกรรมการกลุ่มแล้วยังเป็นผู้สนับสนุน ทรัพยากรและงบประมาณ อสม. และเครือข่ายประชาชนเป็นผู้คอยให้คำแนะนำแก่ประชาชนใน ชุมชนและประชาชนจะเป็นผู้สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนของตนเอง และมี อสม.เป็นผู้คอยติดตามผลการดำเนินงานทุกวันศุกร์ การรวบรวมและรายงานผลจำแนกราย สัปดาห์และรายเดือน

5. ตัดสินการประกวดประกอบด้วยคณะกรรมการที่ได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัยให้เป็นตัวแทนดำเนินการตัดสินการประกวดบ้าน โดยมีข้อมูลเบื้องต้นจากการสำรวจและ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 มีบ้านที่ได้รับ รางวัลจำนวน 5 หลังคาเรือน โดยบ้านที่ได้รับรางวัลนั้นตั้งอยู่ในโซนมะลิ จำนวน 2 หลังคาเรือน โซน พลุต่างจำนวน 1 หลังคาเรือน โซนดอกแก้วจำนวน 1 หลังคาเรือน โซนชบาจำนวน 1 หลังคาเรือน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และเครือข่ายประชาชนเป็นผู้ที่คอยประสานงานและนัดหมายกับ ประชาชนในชุมชน อบต.ทำการสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนคุนยา

หลังจากที่ได้มีการสรุปผลการประกวดแล้วได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปบทเรียนและ สะท้อนผลการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนคุน พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและมีเป้าหมายเดิมคือต้องการให้ชุมชนปลอด จากโรคชิคุนคุนยา สามารถรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและนำมาเขียนโครงการ การร่วมวางแผน ร่วม ดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคชิคุนคุนยา มีการบริหารกลุ่มโดยการจัดตั้งคณะกรรมการกลุ่ม การ กำหนดบทบาทความรับผิดชอบของบุคคล ประสานงานและประชุมนัดหมายกันเป็นระยะ พบว่าส่วน

ใหญ่มีความมั่นใจว่าการประกวดบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิกุนกุนยาได้และสามารถดำเนินงานร่วมกับโรคไข้เลือดออกสามารถป้องกันโรคชิกุนกุนยาได้เนื่องจากมีุงเป็นพาหะนำโรคเหมือนกัน ดังนั้นวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆจึงสามารถใช้ร่วมกันได้และจากการที่ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคชิกุนกุนยา รวมทั้งเป็นผู้สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายด้วยตนเองส่งผลให้ค่า HI, CI, BI ลดลงอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้แล้วยังมีการเสนอให้มีการสานต่อการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมโดยการร่วมกันเยี่ยมบ้านในชุมชนเพื่อสร้างสัมพันธไมตรี การติดตามและให้คำแนะนำแก่ประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคชิกุนกุนยาและโรคไข้เลือดออกเดือนละ 1 ครั้งหมุนเวียนจนครบ 10 หมู่บ้าน และมีการนัดหมายกันเดือนละ 1 ครั้งเพื่อทำการสรุปผลและร่วมปรับปรุงการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมกับชุมชน การติดโปสเตอร์แก่หลังคาเรือนที่ไม่มีลูกน้ำยุงลายและขยายผลให้ครอบคลุมทุกหลังคาเรือนทั้ง 10 หมู่บ้าน สำหรับการขยายผลการดำเนินงานไปยังชุมชนใกล้เคียงซึ่งมีการดำเนินงานอยู่ในขั้นตอนของการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออกและการเขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน ด้านความต่อเนื่องของการดำเนินงานนั้นพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้บรรจุลงในแผนงานของสถานีอนามัย แล้วให้ อบต. เป็นผู้พิจารณาอนุมัติลงในแผนพัฒนาสามปีเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาและควรรให้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นพี่เลี้ยงแก่ 9 ชุมชน

ขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาของประชาชนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่สนใจเข้าร่วมการประกวดโดยการชักชวนของอสม. และเครือข่ายประชาชนที่เป็นเพื่อนบ้าน และเนื่องจากเคยป่วยเป็นโรคชิกุนกุนยาจึงไม่ต้องการให้มีการป่วยซ้ำ หากมีกิจกรรมในลักษณะแบบนี้ก็พร้อมและสนใจที่จะเข้าร่วมอีก และความมั่นใจว่าการประกวดบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิกุนกุนยาสามารถป้องกันโรคชิกุนกุนยาได้เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ทำให้ตนเองมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัดทั้งอาศัยอยู่ในบ้านและขณะประกอบอาชีพในสวน รวมทั้งการกำจัดลูกน้ำยุงลายทุก 7 วัน โดยตนเองซึ่งแตกต่างจากเมื่อก่อนที่มีอสม. เป็นผู้ดำเนินการทุก 1 เดือนและการเข้าร่วมการประกวดทำให้บ้านเรือนของตนเองมีความสะอาด ระเบียบเรียบร้อยขึ้นสามารถป้องกันได้ทั้งโรคชิกุนกุนยาและโรคไข้เลือดออก ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาเข้ามาเยี่ยม ให้คำแนะนำในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง การจัดทำเอกสารเกี่ยวกับเรื่องโรคชิกุนกุนยาควบคู่กับโรคไข้เลือดออก โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการบริหารจัดการกลุ่มพบว่า มีใช้การมีส่วนร่วมที่มีความเสมอภาค ความเท่าเทียม การไว้วางใจซึ่งกันและกัน เริ่มตั้งแต่การตกลงใจร่วมกันที่จะร่วมดำเนินการป้องกันโรคชุกุณกุนยา การกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์และพันธกิจ การวางแผน การปฏิบัติและการสะท้อนผลการดำเนินงาน มีการติดต่อ สื่อสารและการประสานงานกลุ่ม โดยการจัดทำทะเบียนรายชื่อสมาชิก การแจ้งข่าวสาร โดยฝ่ายประชาสัมพันธ์ การแบ่งบทบาทหน้าที่การดำเนินงาน โดยการจัดตั้งคณะกรรมการ การจัดทำแผนที่ชุมชนและแบ่งออกเป็น 5 โซนและมีแกนนำย่อยของแต่ละโซน ผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคชุกุณกุนยา และสนใจที่จะเข้าร่วมการป้องกันโรคชุกุณกุนยา การประสานความร่วมมือกับวิทยุชุมชน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยใช้การสะท้อนผล ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและส่งเสริมการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดความต่อเนื่อง โดยการบรรจุเข้าในแผนการดำเนินงานของสถานีนามัยและเสนออนุมัติจาก อบต. เพื่อดำเนินการขยายรูปแบบการดำเนินงานครอบคลุม 10 ชุมชน สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและประชาชน โครงการบ้านนำอยู่ ชุมชนปลอดโรคชุกุณกุนยา แสดงดังตาราง 4

ตาราง 4

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและประชาชนในชุมชน โครงการบ้านนำอยู่ ชุมชนปลอดโรคชุกุณกุนยา

การดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณกุนยา	สถานีนามัย	อบต.	อสม.	เครือข่ายประชาชน	ประชาชนในชุมชน
<p>ขั้นตอนวางแผน</p> <p>(- ประชุมชี้แจง PAR</p> <p>- กำหนดกิจกรรม</p> <p>- รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>- จัดตั้งคณะกรรมการ</p> <p>- กำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ</p> <p>- แบ่งพื้นที่</p>	<p>-ร่วมวางแผน</p> <p>-สนับสนุนข้อมูลวิชาการ</p> <p>-ร่วมประสานงาน</p> <p>-ให้คำปรึกษา</p>	<p>-ร่วมวางแผน</p> <p>-เสนอกิจกรรม</p> <p>-สนับสนุนงบประมาณ</p> <p>-ร่วมประสานงาน</p>	<p>-ร่วมวางแผน</p> <p>-ประสานงานชุมชน</p>	<p>-ร่วมวางแผน</p> <p>-ประสานงานชุมชน</p>	

ตาราง 4 (ต่อ)

การดำเนินงาน ป้องกัน โรคชิคุนกุนยา	สถานีอนามัย	อบต.	อสม.	เครือข่าย ประชาชน	ประชาชน ในชุมชน
- เขียนโครงการ และกำหนด รายละเอียด ขั้นตอนปฏิบัติ (-จัดทำสื่อและ ประชาสัมพันธ์ -รับสมัครบ้านเข้า ร่วมการประกวด -สรุปผลการ ประกวด)	-ร่วมปฏิบัติ -ร่วมประสานงาน -ให้คำปรึกษา	-ให้คำปรึกษา -ร่วมปฏิบัติ -ร่วม ประสานงาน	-ร่วมปฏิบัติ -ประสานงาน ชุมชน -ติดตามผลการ สำรวจและ ทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย	-ร่วมปฏิบัติ -ประสานงาน ชุมชน -เข้าร่วม โครงการ -สำรวจและ ทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ ลูกน้ำยุงลาย	-ร่วมการ ประกวด บ้านน่าอยู่ ชุมชน โรคชิคุนกุน ยา
ขั้นตอนสะท้อนผล (-ร่วมสะท้อนผล เสนอความคิดเห็น ปรับปรุงแผนการ ดำเนินงาน)	-ร่วมสะท้อนผล -การดำเนินงาน ป้องกันโรคชิคุน กุนยาควบคู่กับ โรคไข้เลือดออก -จัดทำแผนการ ดำเนินงาน	-ร่วมสะท้อนผล -บรรจุเข้า แผนพัฒนา 3 ปี	-ร่วมสะท้อนผล ปรับแบบสำรวจ ลูกน้ำยุงลาย 1 ครั้ง/สัปดาห์	-ร่วมสะท้อน ผล -เสนอการ ขยายรูปแบบ ครอบคลุม 10 หมู่บ้าน	-ร่วม สะท้อนผล ในชุมชน -เสนอการ ลงเยี่ยมบ้าน -การจัดทำ เอกสาร ไข้เลือดออก
รูปแบบการมี ส่วนร่วม	-ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อนผล -สนับสนุน วิชาการ	-ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อนผล -สนับสนุน วิชาการ	-ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อนผล -การประสานงาน	-ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อน ผล	-ร่วมปฏิบัติ -ร่วม สะท้อนผล

ตาราง 4 (ต่อ)

การดำเนินงาน ป้องกัน โรคชุกุณกุนยา	สถานีอนามัย	อบต.	อสม.	เครือข่าย ประชาชน	ประชาชน ในชุมชน
	-ให้คำปรึกษา -ประสานงาน	-ให้คำปรึกษา -สนับสนุน งบประมาณ -ประสานงาน	-ร่วมเป็นแกนนำ การดำเนินงาน	-การประสาน งาน -ร่วมเป็นแกน นำในการ ดำเนินงาน	

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทวนทางสังคมของชุมชนพบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้ง 4 กลุ่มมีคุณลักษณะที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุณกุนยาให้ประสบความสำเร็จ ดังนี้

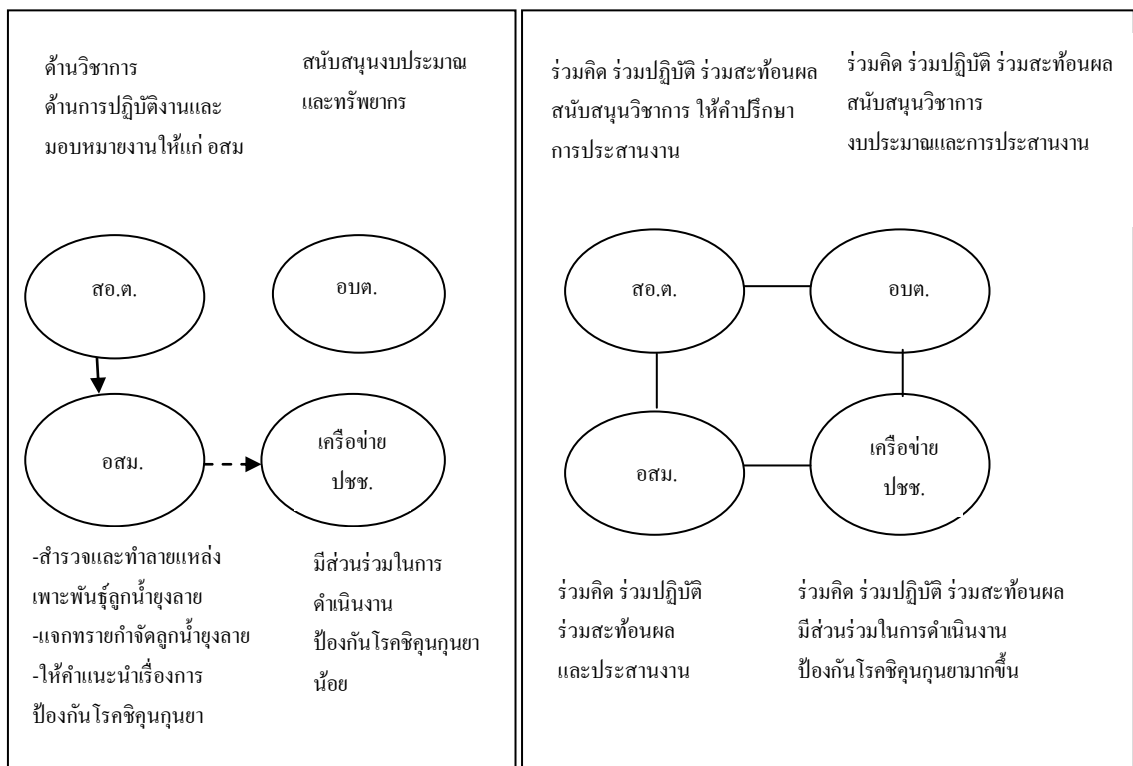
1. ผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กลุ่มผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการได้แก่นายก อบต. รองนายก อบต. ปลัด อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ อบต. และกำนัน เป็นกลุ่มที่มีบทบาทในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ อบต.เป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุณกุนยา การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ ซึ่งนายก อบต. รองนายก อบต. และกำนันเป็นผู้ที่ให้ความสนใจกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและการป้องกัน โรคในชุมชนโดยการเป็นอสม. และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆร่วมกับสถานีอนามัยมาโดยตลอดและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อชุมชน สำหรับผู้นำชุมชนอย่างไม่เป็นทางการที่ประชาชนในชุมชนให้ความเคารพและเป็นผู้นำกิจกรรมต่างๆในชุมชนได้แก่ อดีตประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานชมรมแม่บ้าน แกนนำด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน อดีตผู้ใหญ่บ้านและอดีตหัวหน้าสถานีอนามัย การที่มีผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการนับเป็นทุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุณกุนยา ในครั้งนี้เป็นอย่างมาก

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้มีประสบการณ์การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง โรคติดต่อ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคไข้เลือดออกและ โรคชุกุณกุนยา และมีแนวคิดว่าการป้องกัน โรคชุกุณกุนยาต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนในชุมชน จึงได้เข้าร่วมการวิจัย สนับสนุนข้อมูลการประสานงานและชักชวน อสม. และประชาชนเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วย

3. อสม. เป็นกลุ่มที่มีประสพการณ์ในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา การเฝ้าระวังโรคชิกุนกุนยาในชุมชน การปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนข้อมูล อำนาจความสะดวก ยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และชักชวนให้ประชาชนเข้าร่วมการวิจัย

4. ประชาชน เป็นกลุ่มที่เคยได้รับผลกระทบจากโรคชิกุนกุนยา และมีความสนใจเข้าร่วมการป้องกันโรคชิกุนกุนยา เพราะไม่ต้องการให้เกิดสถานการณ์ระบาดของโรคชิกุนกุนยาในชุมชน โดย เป็นกลุ่มที่สนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา ประสพการณ์ป่วย การรักษา การดูแลตนเอง การป้องกันการประสานงานและอำนาจความสะดวกในการดำเนินงาน

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา ก่อนดำเนินการวิจัยและหลังดำเนินการวิจัยมีความแตกต่างที่เห็นได้ชัดเจนทั้งบทบาทและการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลด้านการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน ดังภาพ 6



ก่อนการวิจัย

หลังการวิจัย

ภาพ 6 เปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาก่อน - หลังดำเนินการวิจัย

สรุปภาพรวมการดำเนินงานป้องกันโรคชุกิคุนคุนยาในชุมชนก่อนดำเนินการวิจัย พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. และอสม. เป็นแกนหลักในการป้องกันโรคชุกิคุนคุนยา มีลักษณะของการดำเนินงานแบบต่างคนต่างทำ การประสานงานและการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานน้อย ซึ่งเจ้าหน้าที่อบต. มีบทบาทด้านการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงาน เช่นการสนับสนุนเครื่องพ่นหมอกควัน ทราศำจัดลูกน้ำยุงลาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทด้านวิชาการและการปฏิบัติในบางกิจกรรมเช่นการสอบสวนผู้ป่วยโรคชุกิคุนคุนยา พ่นหมอกควันร่วมกับ อสม. ส่วนอสม.มีบทบาทด้านการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจากสถานีอนามัย เช่นการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน พ่นหมอกควัน ประชาสัมพันธ์ข่าวสารและให้ความรู้เบื้องต้นแก่ประชาชน ส่วนประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกิคุนคุนยาน้อย และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคชุกิคุนคุนยา

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชุกิคุนคุนยาหลังการวิจัยคือรูปแบบที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชน มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อนผล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทด้านการสนับสนุนข้อมูลวิชาการ ให้คำปรึกษาและประสานงาน ส่วนเจ้าหน้าที่อบต. มีบทบาทด้านการสนับสนุนข้อมูลวิชาการ ให้คำปรึกษา ประสานงานและสนับสนุนงบประมาณ เป็นบทบาทที่มีใกล้เคียงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเนื่องจากอบต. มีภาคส่วนสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขที่มีบทบาทชัดเจนมาก ส่วนอสม. และเครือข่ายประชาชนมีบทบาทด้านการประสานงานชุมชนและเป็นแกนนำการดำเนินงานในชุมชน การดำเนินงานป้องกันโรคชุกิคุนคุนยาโดยใช้การมีส่วนร่วมของ 4 ภาคส่วนเกิดขึ้นตั้งแต่การตกลงใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย ร่วมกันรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อนผลการดำเนินงาน รวมทั้งการบริหารกลุ่ม โดยการจัดตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล ร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์และพันธกิจ มีการจัดการด้านการติดต่อสื่อสารและประสานงานกลุ่ม โดยจัดทำทะเบียนรายชื่อสมาชิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการนัดหมายกันเป็นระยะเพื่อส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา ผู้ร่วมวิจัยมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกันซึ่งแตกต่างจากก่อนการวิจัยที่เป็นลักษณะของการสั่งงาน การปฏิบัติตามคำสั่งและการดำเนินงานแบบแยกส่วน การให้เกียรติซึ่งกันและกัน การสร้างสัมพันธ์ไมตรีต่อกันนำไปสู่การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยได้เปรียบเทียบบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังดำเนินการวิจัยแสดงดังตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย	หลังดำเนินการวิจัย
<p>รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์โรคชุกุนกุนยา ผลการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา ผู้ป่วยโรคชุกุนกุนยาและแจ้งอบต. และอสม.</p> <p>ขั้นตอนการวางแผน</p> <p>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขวางแผนการดำเนินงานในรูปแบบโครงการประจำปี เขียนโครงการ กำหนดวิธีการดำเนินงาน แนวทางปฏิบัติ งบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน นำเสนอขออนุมัติต่ออบต.</p> <p>-อบต.อนุมัติงบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา</p>	<p>รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, เจ้าหน้าที่อบต., อสม.ร่วม เสนอวิธีการและผลการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาในชุมชน 4 ครั้ง ณ สถานีอนามัย</p> <p>- เครือข่ายประชาชน ร่วมเสนอการป้องกันตนเอง รักษา และการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคชุกุนกุนยา แลกเปลี่ยนประสบการณ์</p> <p>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, เจ้าหน้าที่อบต., อสม., เครือข่ายประชาชน ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลและหาแนวทางป้องกันโรคชุกุนกุนยา</p> <p>ขั้นตอนการวางแผน</p> <p>ร่วมกำหนดแนวทางการป้องกันโรคชุกุนกุนยาในชุมชน</p> <p>- เจ้าหน้าที่อบต.เสนอ โครงการบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา, อสม.เน้นการดำเนินงานในโรงเรียน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายประชาชน ร่วมสนับสนุนแนวทางการป้องกันโรคชุกุนกุนยา</p> <p>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, เจ้าหน้าที่อบต., อสม., เครือข่ายประชาชน ร่วมกำหนด “โครงการบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา”</p> <p>(ร่วมจัดตั้งคณะกรรมการกลุ่ม, ร่วมกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ, ร่วมแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบ, ร่วมเขียนโครงการและกำหนดรายละเอียดการดำเนินงาน บ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา ได้แก่ ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนน ระยะเวลา, บอร์ด, ร่วมผลิตแบบฟอร์มสำรวจและทำลายแหล่งร่วม</p>

ตาราง 5 (ต่อ)

ก่อน	หลัง
<p>ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกต</p> <p>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมอบหมายงานให้แก่ อสม. (สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเดือนละ 1 ครั้ง, เผาขยะมูลฝอยในชุมชน, ให้ความรู้และคำแนะนำในการป้องกันโรคชิกุนกูยา การรักษาแก่ประชาชนในชุมชน, พ่นหมอกควันเมื่อมีผู้ป่วยโรคชิกุนกูยาในชุมชน)</p> <p>ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ</p> <p>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแจ้งผลการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกูยาแก่ อสม. ณ ที่ประชุม อสม. และแจ้งแก่ อบต. ณ ที่ประชุม อบต.</p>	<p>ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ ได้แก่ สติกเกอร์ แผ่นพับ เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย, รับสมัครบ้านเข้าร่วมการประกวดผ่านทาง วิทยุชุมชน สถานีอนามัยและแกนนำพื้นที่รับผิดชอบตั้งแต่วันที่ 15 - 31 ธันวาคม พ.ศ.2553 มีผู้เข้าร่วมประกวด 62 ราย)</p> <p>ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกต</p> <p>เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, เจ้าหน้าที่อบต., อสม., เครือข่ายประชาชน ดำเนินงานตามโครงการบ้านน่าอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิกุนกูยา</p> <p>ประชาสัมพันธ์ข่าวสารเรื่อง โรคชิกุนกูยาแก่ประชาชนในชุมชนนาน 3 เดือน (วิทยุชุมชนวันละ 2 เวลา 11.00 น.และเวลา 15.00 น., เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้คำแนะนำแก่ผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยตั้งแต่เวลา 08.00 - 16.30 น., แกนนำพื้นที่รับผิดชอบร่วมประชาสัมพันธ์ในชุมชน)</p> <p>- อสม., เครือข่ายประชาชน ร่วมติดตามผลการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายแก่บ้านที่เข้าร่วมประกวดบ้านน่าอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิกุนกูยา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง</p> <p>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, เจ้าหน้าที่อบต., อสม., เครือข่ายประชาชนในลักษณะของคณะกรรมการกลุ่มร่วมตัดสินใจประกวดบ้านน่าอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิกุนกูยา</p> <p>ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ</p> <p>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, เจ้าหน้าที่อบต., อสม., เครือข่ายประชาชนร่วมสะท้อนผลโครงการบ้านน่าอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิกุนกูยา ณ สถานีอนามัย 2 ครั้ง กิจกรรม</p>

ตาราง 5 (ต่อ)

ก่อน	หลัง
	<p>ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ</p> <p>แลกเปลี่ยนเรียนรู้, ประชาสัมพันธ์ข่าวสารเรื่องโรคชิคุนกุนยาแก่ประชาชนในชุมชน, รับสมัครบ้านเข้าร่วมการประกวด, สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย, ตัดสินการประกวด)</p> <p>- ประชาชนที่เข้าร่วมการประกวดบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิคุนกุนยาร่วมสะท้อนผลการดำเนินงาน 1 ครั้ง (ประชาชนร่วมสะท้อนผลว่าไม่ต้องการให้มีผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาในชุมชน มีความมั่นใจต่อการประกวดบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิคุนกุนยาว่าสามารถป้องกันโรคชิคุนกุนยาในชุมชนได้ และมีความพึงพอใจต่อโครงการประกวดบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอดโรคชิคุนกุนยาและยินดีเข้าร่วมการประกวดบ้านในโครงการต่อไป)</p>

ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกัน โรคชิคุนกุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคชิคุนกุนยา ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกัน โรคชิคุนกุนยา ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย พบว่าระดับความรู้ ระดับทักษะและระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน โรคชิคุนกุนยาหลังการวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) แสดงดังตาราง 6

ตาราง 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคซิคุนกุญา ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุญาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย

ความรู้ ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุญา	ก่อน		หลัง		t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้	2.20	0.46	2.47	0.50	3.84	< 0.01
ทักษะคิด	2.55	0.50	2.90	0.30	4.14	< 0.01
การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุญา	2.12	0.33	2.50	0.22	-14.69	< 0.01

ผลการสำรวจแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคซิคุนกุญาในภาพรวมก่อนการวิจัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.00, $M = 2.20$, $SD = 0.46$) และมีความรู้ไม่ถึงร้อยละ 50 จำนวน 1 ข้อคือเมื่อมีการพ่นสารเคมี/พ่นหมอกควันในบ้านของท่านควรปิดประตูหน้าต่างอบไว้ 30 นาทีและข้อความที่ตอบถูกร้อยละ 50 มีจำนวน 2 ข้อคือปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันโรคซิคุนกุญา และเกลือแกง ผงซักฟอก น้ำส้มสายชูสามารถใช้แทนทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ ซึ่งทั้ง 3 ข้อดังกล่าวหากผู้ร่วมวิจัยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้แนะนำผู้อื่นผิดได้และอาจส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุญาไม่ดีเท่าที่ควร เมื่อผู้ร่วมวิจัยได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคซิคุนกุญยามีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคซิคุนกุญา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปวยจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์และประชาสัมพันธ์ในชุมชนทำให้มีความรู้เรื่องโรคซิคุนกุญาหลังการวิจัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.50, $M = 2.47$, $SD = 0.50$) และมีความรู้เกี่ยวกับโรคซิคุนกุญาในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.50 เป็นร้อยละ 47.50 การทดสอบความแตกต่างของระดับ

ความรู้เรื่องโรคซิคุนกุณยา ก่อนและหลังการวิจัย พบว่ามีระดับความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

ผลจากการสำรวจแบบสอบถามทัศนคติเรื่องโรคซิคุนกุณยาในภาพรวมก่อนการวิจัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 55.00, $M = 3.00$, $SD = 0.50$) ข้อคำถามที่ไม่ถึงร้อยละ 50 จำนวน 3 ข้อคือ โรคซิคุนกุณยาเกิดขึ้นได้ทุกกลุ่มอายุ การกำจัดลูกน้ำยุงลายทำได้ง่ายกว่าการกำจัดยุงตัวแก่และทุกคนในชุมชนควรที่จะร่วมกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านของตนเอง ซึ่งข้อคำถามทั้ง 3 ข้อดังกล่าวนี้บ่งชี้ว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมากหากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานป้องกันโรคซิคุนกุณยาได้ เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านทัศนคติ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคซิคุนกุณยา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ป่วยจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์และประชาสัมพันธ์ในชุมชนทำให้ทัศนคติเรื่องโรคซิคุนกุณยาในภาพรวมหลังการวิจัยอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 90.00, $M = 2.90$, $SD = 0.30$) พบว่ามีระดับทัศนคติเพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

ผลการสำรวจแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาในภาพรวมก่อนทำการวิจัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 87.50, $M = 2.12$, $SD = 0.33$) ข้อคำถามที่พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุดได้แก่ ท่านไม่เคยร่วมปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือองค์การบริหารส่วนตำบลเกี่ยวกับโรคซิคุนกุณยา ท่านได้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาและมีการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชนในชุมชนและท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้านทุกสัปดาห์เพื่อมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาในภาพรวมหลังการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.00, $M = 2.05$, $SD = 0.22$) การทดสอบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยา ก่อนและหลังการวิจัยเพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

ความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาของประชาชนของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ก่อนและหลังการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคซิคุนกุณยา ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยา ของประชาชนก่อนและหลังการวิจัย พบว่าระดับความรู้ ระดับทัศนคติและระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาหลังการวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) แสดงดังตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคซิคุนกุญา ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุญาของประชาชน ก่อนและหลังการวิจัย

ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุญา	ก่อน		หลัง		t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้	1.54	0.63	1.80	0.63	-1.8	< 0.01
ทักษะ	1.64	0.61	2.02	0.51	-3.1	< 0.01
การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุญา	1.16	0.37	1.62	0.57	-5.5	< 0.01

ผลการสำรวจแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคซิคุนกุญา ในภาพรวมก่อนทำการวิจัยของประชาชนที่เข้าร่วมประกวดบ้านน่าอยู่ชุมชนปลอดโรคซิคุนกุญาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 52.40, $M = 1.54$, $SD = 0.63$) และตอบถูกมากร้อยละ 50 เพียง 2 ข้อเท่านั้น ส่วน 13 ข้อที่เหลือประชาชนตอบถูกน้อยที่สุดได้แก่ข้อที่เป็นสาเหตุของโรคซิคุนกุญาคือยุงลาย โรคซิคุนกุญาเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย และการล้างอ่างเก็บน้ำ ถังพลาสติกในห้องน้ำ ห้องส้วมสามารถทำลายและป้องกันมิให้เกิดลูกน้ำยุงลายได้ หากประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องดังกล่าวอาจทำให้ประชาชนสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องตามความของตนเอง การให้ความรู้ที่ตรงแก่ประชาชนจึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุญา ดังนั้นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและวิทยุชุมชนจึงประชาสัมพันธ์เรื่องความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซิคุนกุญาให้แก่ประชาชนในชุมชนส่งผลให้ความรู้เรื่องโรคซิคุนกุญาในภาพรวมหลังการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.10, $M = 1.80$, $SD = 0.63$) การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เรื่องโรคซิคุนกุญา ก่อนและหลังการวิจัยและมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

ผลการสำรวจแบบสอบถามทัศนคติเรื่องโรคชุกุนกุนยาในภาพรวมก่อนการวิจัยของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.00, $M = 1.64$, $SD = 0.61$) ข้อคำถามที่ไม่ถึงร้อยละ 50 จำนวน 4 ข้อคือการป่วยเป็นโรคชุกุนกุนยาเป็นเรื่องธรรมดาเหมือนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลายทำได้ง่ายกว่าการกำจัดยุงตัวเต็มวัย หากผู้ป่วยโรคชุกุนกุนยาเข้ารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขแล้วไม่จำเป็นต้องมีการป้องกันตนเองอีกและการพ่นหมอกควันเพียงอย่างเดียวก็สามารถกำจัดยุงตัวเต็มวัยได้แล้ว ทัศนคติของประชาชนนับว่ามีความสำคัญต่อการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของประชาชนเป็นอย่างมากและหากว่าประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องโรคชุกุนกุนยาอาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาของประชาชนได้ ทัศนคติเรื่องโรคชุกุนกุนยาในภาพรวมหลังการวิจัยของประชาชนอยู่ในปานกลาง (ร้อยละ 73.80, $M = 2.02$, $SD = 0.51$) และมีระดับทัศนคติเพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

ผลการสำรวจแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาภาพรวมก่อนทำการวิจัยของประชาชนอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 83.30, $M = 1.16$, $SD = 0.37$) ข้อคำถามที่พบว่าผู้ร่วมวิจัยไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุดได้แก่ในที่ประชุมประจำหมู่บ้าน/ที่ประชุมต่างๆ ในชุมชนของท่าน เคยมีการกล่าวถึงสถานการณ์ระบาดของโรคชุกุนกุนยาในชุมชน ท่านกำจัดภาชนะ เศษวัสดุที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายบริเวณบ้านทุกสัปดาห์และท่านเปลี่ยนถ่ายภาชนะกักเก็บน้ำในห้องน้ำของท่านทุกสัปดาห์ และพบว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาภาพรวมหลังการวิจัยของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.50, $M = 1.62$, $SD = 0.57$) และมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

เปรียบเทียบอัตราร้อยละของค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อนการวิจัย (เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2553) และหลังการศึกษา (เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554) พบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงคือ ค่าดัชนีครัวเรือน (HI) มีค่าลดลงเรียงลำดับสัปดาห์ที่ 1-8 ดังนี้ 22.58, 19.35, 20.96, 17.74, 14.51, 12.90, 11.29, 8.06 ค่าดัชนีภาชนะ (CI) มีค่าลดลงเรียงลำดับสัปดาห์ที่ 1-8 ดังนี้ 22.72, 16.96, 14.04, 13.55, 12.17, 9.82, 9.25, 8.03 ค่าดัชนีบริโศ (BI) มีค่าลดลงเรียงลำดับสัปดาห์ที่ 1-8 ดังนี้ 40.32, 30.64, 27.41, 25.80, 22.58, 17.74, 16.12, 14.51 และผ่านเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ดังรายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 8

ผลการเปรียบเทียบดัชนีความชุกของน้ำยุงลายก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ดัชนีความชุก ลูกน้ำยุงลาย	ผลการสำรวจ		เกณฑ์มาตรฐานค่าดัชนี ความชุกของลูกน้ำยุงลาย องค์การอนามัยโลก	ผลการ ดำเนินงาน การศึกษา
	ก่อนศึกษา	หลังการศึกษา		
ค่าดัชนีครัวเรือน (HI)	22.58	8.06	ไม่เกิน 10.0	ผ่าน
ค่าดัชนีภาชนะ (CI)	22.72	8.03	ไม่เกิน 10.0	ผ่าน
ค่าดัชนีบริโต (BI)	40.32	14.51	ไม่เกิน 50.0	ผ่าน

จากตารางแสดงค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ลดลง แสดงให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมของชุมชนว่าแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายลดลง สะท้อนถึงแนวโน้มการเกิดโรคชุกชุมที่ลดลงด้วยเช่นกัน โดยก่อนดำเนินงานโครงการบ้านนำอยู่ ชุมชนปลอดโรคชุกชุม พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย แต่มี อสม. เป็นผู้สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการแจกทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายเดือนละ 1 ครั้ง แต่หลังจากมีการดำเนินงานกิจกรรมบ้านนำอยู่ ชุมชนปลอดโรคประชาชนมีบทบาทเป็นผู้สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนของตนเอง โดยอสม.เป็นผู้ติดตามผลการดำเนินงาน จากลักษณะการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้ค่าดัชนีครัวเรือน (HI) ค่าดัชนีภาชนะ (CI) และค่าดัชนีบริโต (BI) มีค่าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคชุกชุมของประชาชน ที่พบว่าการเข้าร่วมโครงการบ้านนำอยู่ ชุมชนปลอดอยู่ในระดับน้อยและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับไม่ปรากฏว่ามีผู้ป่วยโรคชุกชุมในพื้นที่ดำเนินการตลอดการวิจัย

ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

สำหรับการประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกชุม ผ่านทางการดำเนินงานบ้านนำอยู่ ชุมชนปลอดโรคชุกชุม พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึง

พอใจกับกิจกรรมการผลิตสื่อให้ความรู้มากที่สุด จำนวน 11 คน ร้อยละ 27.50 กิจกรรมที่ควรมียังมีอย่างต่อเนื่องในชุมชนมากที่สุดคือกิจกรรมการประชาสัมพันธ์และกิจกรรมสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายจำนวน 12 คน ร้อยละ 30.00 มีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรม ในภาพรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 45.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 35.00 และระดับน้อย ร้อยละ 17.50 ดังรายละเอียดในตาราง 9

ตาราง 9

ความพึงพอใจรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาระดับปฐมภูมิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (N=40)	ร้อยละ
มาก	18	45.00
ปานกลาง	14	35.00
น้อย	7	17.50

นอกจากการสำรวจความพึงพอใจจากแบบสอบถามข้างต้นแล้ว ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้เสนอแนะเพิ่มเติมคือ 1) อยากให้มีการขยายผลการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาร่วมกับโรคไข้เลือดออกเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชนเนื่องจากยังมีสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนใน พ.ศ.2551 2) การขยายผลการดำเนินงานไปยังสถานศึกษาทั้ง 3 แห่ง เพื่อให้นักเรียนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาและโรคไข้เลือดออกทั้งในสถานศึกษาและในครัวเรือนของตนเอง 3) การดำเนินการในรูปแบบการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ภาคส่วนครอบคลุม 10 หมู่บ้าน และให้ผู้นำชุมชนแต่ละชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้วย

ส่วนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของประชาชนในชุมชน ได้แก่ 1) อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่ อบต.เข้าไปพบปะกับประชาชนในชุมชน 2) การจัดทำแผ่นพับเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเป็นการให้ความรู้ในการป้องกันตนเองแก่ประชาชน เนื่องจากยังมีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกอยู่ในชุมชน

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยทำการอภิปรายผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยา ระดับปฐมภูมิประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา ระดับปฐมภูมิก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและประชาชนก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมดังนี้

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาระดับปฐมภูมิก่อนและหลังการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

ผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา พบว่ามีความแตกต่างระหว่างรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาก่อนการวิจัยและหลังการวิจัย รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาก่อนการวิจัยคือรูปแบบที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทด้านวิชาการและด้านการปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ที่อบต. มีบทบาทด้านการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงาน และอสม. มีบทบาทด้านการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจากสถานีอนามัย การประสานงานและการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และประชาชนน้อย มีลักษณะการดำเนินงานแบบแยกส่วนและแบบสั่งการตามลำดับขึ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปยังอสม.และเครือข่ายประชาชน ส่วนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาหลังการวิจัยคือรูปแบบที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาตั้งแต่ร่วมกันรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมหาแนวทางแก้ไข ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและการสังเกต ร่วมสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทด้านการสนับสนุนข้อมูลวิชาการ ให้คำปรึกษาและประสานงาน ส่วนเจ้าหน้าที่อบต.มีบทบาทด้านการสนับสนุนข้อมูลวิชาการ ให้คำปรึกษา ประสานงานและสนับสนุนงบประมาณ ส่วนอสม.และเครือข่ายประชาชนมีบทบาทด้านการประสานงานชุมชนและเป็นแกนนำการดำเนินงานในชุมชน

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าลักษณะการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาก่อนการวิจัย เป็นการกำหนดนโยบายโดยผู้บริหารและถ่ายทอดลงมาเป็นแนวทางปฏิบัติแก่หน่วยงานในชุมชน ซึ่งเป็น

ลักษณะการดำเนินงานแบบบนลงล่าง การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากสถานการณ์โรคชิกุนกุณยามีน้อย ส่วนการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุณยาหลังการวิจัย เป็นการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุณยาแบบล่างขึ้นบน เริ่มต้นจากการมีส่วนร่วมในระดับล่างของชุมชน ร่วมกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติและเสนอเป็นนโยบายแก่ผู้บริหารหรือกล่าวได้ว่าเป็นการคืนอำนาจให้แก่ชุมชน ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อลดช่องว่างการดำเนินงานและมีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินงาน ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยได้สำรวจศักยภาพของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้านความรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุณยา และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต้องการพัฒนาศักยภาพตนเองผ่านการปฏิบัติกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้มีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุณยาได้

ความแตกต่างของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุณยาก่อนและหลังการวิจัยเกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาและแก้ไขปัญหาโรคชิกุนกุณยาในชุมชน รวมทั้งเป็นกระบวนการที่มีแนวทางอย่างชัดเจนทำให้เกิดการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นลำดับขั้นตอนตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกตและขั้นตอนสะท้อนผลการดำเนินงานตามกรอบระยะเวลาที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยร่วมกันกำหนดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการมีทุนทางสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินงานเป็นแรงผลักดันให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จได้แก่ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากสถานการณ์โรคชิกุนกุณยา เช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และประชาชนมองเห็นถึงสภาพปัญหาและความสำคัญของการป้องกันโรคชิกุนกุณยาจึงเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่เคยมีประสบการณ์ในการร่วมงานกันมาก่อน มีผู้นำชุมชนที่เป็นอสม. ได้แก่ นายก อบต. รองนายก อบต. และกำนันเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน มีศักยภาพการดำเนินงานในชุมชนและดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายประชาชนอยู่แล้ว รวมทั้งการได้รับความร่วมมือจากสถานีวิทย์ชุมชนในการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเรื่องโรคชิกุนกุณยา ทำให้การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุณยาครั้งนี้ได้รับความสะดวกเป็นอย่างยิ่ง

ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุณยาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อร่วมกันรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการศึกษาบริบทพื้นที่ การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุณยาเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมกำหนดแนวทางป้องกันโรคชิกุนกุณยาที่ตรงกับความต้องการและมีความเหมาะสมกับชุมชน ในขั้นตอนนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลด้านการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุณยาในระยะเวลาที่ผ่านมา

เจ้าหน้าที่อบต. มีบทบาทในการชี้แจงรายละเอียดงบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน อสม. ร่วมสะท้อนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดำเนินงานในชุมชนและเครือข่ายประชาชนร่วมให้ข้อมูลด้านการป้องกันโรคชุกุนกุนยา การรักษาดตนเอง ผลลัพธ์จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำนวน 4 ครั้ง ทำให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสังเกตเห็นถึงปัญหาหลัก 3 ประเด็นคือหน่วยงานและประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาน้อย ลักษณะทางกายภาพของชุมชนและบ้านเรือนของประชาชนเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัย ประชาชนเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคชุกุนกุนยาน้อยและมองว่าการป้องกันโรคชุกุนกุนยาเป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต่างมองเห็นประเด็นปัญหาดังกล่าวจึงร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาและจัดตั้งคณะกรรมการกลุ่มขึ้นมาเพื่อให้การดำเนินงานกลุ่มมีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์และพันธกิจเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาโรคชุกุนกุนยาและวางแผนการดำเนินงาน จนกระทั่งได้โครงการบ้านนำอยู่ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา ที่มี อสม. และเครือข่ายประชาชนเป็นแกนนำหลักร่วมเขียนโครงการ ร่วมผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ ร่วมจัดทำแบบฟอร์มสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ อบต. คอยให้คำปรึกษา สนับสนุนวิชาการ งบประมาณ และทรัพยากรร่วมกับผู้วิจัยที่เป็นผู้อำนวยการความสะดวกในด้านต่างๆ จนกระทั่งได้เป็นแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคชุกุนกุนยาในชุมชนที่อาศัยแนวคิดทางระบาดวิทยาประกอบด้วยคน (host factors) สิ่งแวดล้อม (environmental conditions) ตัวก่อโรค (agent factors) และเพื่อทดลองว่าแนวทางปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันโรคชุกุนกุนยาในชุมชนได้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจึงเริ่มต้นด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าร่วมประกวดบ้านนำอยู่ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา การให้ความรู้เรื่องโรคชุกุนกุนยาแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้ ความเข้าใจและทราบถึงสถานการณ์โรคชุกุนกุนยา มองเห็นปัญหาและความรุนแรงของโรคชุกุนกุนยาในชุมชนของตนเอง ผ่านทางวิทยุชุมชนและผู้ร่วมวิจัยตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยมี อสม. และเครือข่ายประชาชนเป็นแกนนำหลักในชุมชนเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน อาศัยอยู่ในพื้นที่ มีการติดต่อสื่อสารและมีเครือข่ายอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพ และประสบการณ์ดำเนินงานในชุมชนอยู่แล้วจึงง่ายและสะดวกต่อการประชาสัมพันธ์ข่าวสารโรคชุกุนกุนยาและชักชวนให้ประชาชนเข้าร่วมการประกวดในครั้งนี้ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อบต. มีบทบาทหลักด้านการประสานงานทั้งในกลุ่มและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและร่วมให้คำปรึกษา ผลการดำเนินงานประชาสัมพันธ์พบว่า มีผู้เข้าร่วมการประกวดจำนวน 62 หลังคาเรือนจาก 183 หลังคาเรือนในชุมชน ซึ่งเป็นเพียง 1 ใน 3 ของหลังคาเรือนที่มีอยู่ในชุมชนเพราะในขณะที่ทำการวิจัย

ไม่มีสถานการณ์โรคชุกชุมจนเกิดขึ้นในชุมชนจึงอาจทำให้ประชาชนให้ความสนใจน้อยกว่าในระแวกที่เกิดสถานการณ์โรคชุกชุมจนยา

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติที่มุ่งเน้นให้ประชาชนได้ปฏิบัติด้วยตนเองซึ่งแตกต่างจากก่อนการวิจัยที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. เป็นผู้ดำเนินการ ส่วนประชาชนเป็นเพียงผู้คอยรับผลประโยชน์จากการดำเนินงาน แนวทางปฏิบัติในครั้งนี้ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคชุกชุมจนยาทั้งของตนเองและบุคคลในครอบครัว ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและบริเวณบ้าน กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก 7 วันซึ่งอาศัยความรู้ทางระบาดวิทยาของโรคชุกชุมจนยาที่พบว่าวิธีการตัดวงจรยุงลายต้องกำจัดลูกน้ำยุงลายทุก 7 วันเพื่อไม่ให้ลูกน้ำยุงลายเจริญเติบโตเป็นยุงลายตัวเต็มวัยซึ่งเป็นพาหะนำโรคชุกชุมจนยา โดยมีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคอยให้คำแนะนำและติดตามผลการดำเนินงานของประชาชน วิธีการดังกล่าวเป็นการช่วยเพิ่มอำนาจทางความคิด การรับรู้ปัญหา ร่วมรับผิดชอบปัญหาที่มีในชุมชน ประชาชนได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง มีการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ก่อให้เกิดความตระหนักที่จะแก้ไขปัญหาาร่วมกัน สอดคล้องกับ ศรีทา (2544) ที่พบว่า การตระหนักถึงปัญหาจะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านต่างๆ และมีบทบาทต่อความสำเร็จของโครงการและสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัศกร (2552) พบว่าผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีขึ้น ผลการดำเนินงานป้องกันโรคชุกชุมจนยาพบว่าไม่มีผู้ป่วยโรคชุกชุมจนยาและโรคที่เกิดจากยุงลายเป็นพาหะนำโรคเกิดขึ้นในชุมชน ในขณะที่ชุมชนใกล้เคียงมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงอย่างต่อเนื่องและผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก จากการสะท้อนผลพบว่าประชาชนมีความกระตือรือร้นให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินดีเข้าร่วมการดำเนินงานป้องกันโรคชุกชุมจนยาในครั้งต่อไปและเล็งเห็นว่า การป้องกันโรคชุกชุมจนยาเป็นหน้าที่ของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. และอสม. คอยให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือประชาชน สอดคล้องกับ นภากาศ (2550) พบว่าการที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ทำให้ประชาชนเกิดความภาคภูมิใจและเข้าใจปัญหาโรคไข้เลือดออกมากขึ้นและมองเห็นว่าจะต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกและนำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกัน

สิ่งสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้คือการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยใช้การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกตและขั้นตอนสะท้อนผลการดำเนินงาน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยร่วมตั้งเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันโรคชุกชุมจนยาทำให้มีทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน

อย่างชัดเจน การมีส่วนร่วมอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ใช้การสะท้อนผลระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มองเห็นถึงศักยภาพ ข้อจำกัดและอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแต่ละบุคคล มีการบริหารกลุ่มเชื่อมโยงทั้งในกลุ่มและหน่วยงานในชุมชน โดยมี อบต. สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรภายใต้การบริหารจัดการร่วมกันของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำให้การดำเนินงานป้องกัน โรคชิกุนกุนยาในครั้งนี้ประสบความสำเร็จ แม้เป็นเพียงความสำเร็จในระดับหนึ่งเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาของการวิจัย หากประชาชนในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกัน โรคชิกุนกุนยามากขึ้นอาจจะทำให้การดำเนินงานป้องกัน โรคชิกุนกุนยาประสบความสำเร็จมากขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของลักขณา (2547) พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกขั้นตอนในการป้องกันและควบคุมลูกน้ำยุงลายในชุมชนทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จและยั่งยืน เช่นเดียวกับบุยุพงค์ ทัศนีย์และจุฑาทพร (2548) พบว่าการเปิดโอกาสให้ประชาชนและทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมทำในทุกขั้นตอนตั้งแต่ขั้นเตรียมการ ขั้นพัฒนาและขั้นติดตามผลนำไปสู่ความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนเช่นเดียวกับผลการศึกษาของโยมา (2552) พบว่าผลของการให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การค้นหาค้นหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ในที่สุด

ความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกัน โรคชิกุนกุนยาของผู้ร่วมวิจัยและประชาชน ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกัน โรคชิกุนกุนยาของผู้ร่วมวิจัยที่เพิ่มสูงขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญนั้นอธิบายได้ว่า จากการที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องหรือมีเป็นผู้มีประสบการณ์การดำเนินงานป้องกัน โรคชิกุนกุนยาอยู่แล้วเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อบต. อสม. และเครือข่ายประชาชนที่เคยมีประสบการณ์ป่วยทั้งตนเองและบุคคลในครอบครัวเป็นแรงผลักดันที่ทำให้มองเห็นความสำคัญและก่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกัน โรคชิกุนกุนยา รวมทั้งการที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา การคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาทักษะการดำเนินงานป้องกัน โรคชิกุนกุนยา มีโอกาสแสดงความคิดเห็น การปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันและมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกตและขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินงาน จึงส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการ

ป้องกันโรคชุกุนกุนยาเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชร (2550) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชร (2552) พบว่าก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางหลังทดลองมีความรู้อยู่ในระดับสูงและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองอยู่ระดับปานกลางหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของโยมา (2552) พบว่าหลังการอบรมกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษามีความรู้การปฏิบัติตนถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรัชณี (2552) พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมของชุมชนผลการเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.0001$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคชุกุนกุนยา ทักษะคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของประชาชนที่เข้าร่วมประกวดบ้านน่าอยู่ ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา จำนวน 62 รายที่เพิ่มสูงขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญนั้นอธิบายได้ว่าการที่ประชาชนได้รับความรู้จากสม.และเครือข่ายประชาชนที่เป็นแกนนำในชุมชน แผ่นพับ บอร์ดและวิทยุชุมชนซึ่งเป็นสถานีเพลงใต้ที่ประชาชนนิยมมากที่สุด ในชุมชนและการลงพื้นที่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรวมทั้งได้ปฏิบัติตามแนวทางการประกวดบ้านน่าอยู่ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยาเป็นระยะเวลา 3 เดือน การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การปิดฝาภาชนะกักเก็บน้ำ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้าน ทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ มีทักษะการปฏิบัติด้วยตนเองแตกต่างจากก่อนการวิจัยที่มีอสม.เป็นผู้ปฏิบัติ ทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคชุกุนกุนยา รวมทั้งข้อมูลจากขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินงานที่ประชาชนมีทัศนคติว่าการป้องกันโรคชุกุนกุนยาเป็นหน้าที่ของตนเองที่ต้องปฏิบัติแตกต่างจากก่อนการวิจัยที่ประชาชนเคยมีทัศนคติว่าการป้องกันโรคชุกุนกุนยาเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญเทียน (2553) ซึ่งพบว่าหลังการวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้เทคนิคกระบวนการเอไอซีประชาชนมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา ระดับปฐมภูมิตั้งอยู่ในระดับมากร้อยละ 45.00 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 35.00 และระดับน้อยร้อยละ 17.50 สำหรับประเด็นที่ผู้ร่วมวิจัยมีความพึงพอใจมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ ท่านสามารถนำความรู้ ทักษะปฏิบัติที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 48.50) ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมป้องกันโรคชุกุนกุนยา (ร้อยละ 45.00) และความรู้ กิจกรรม ทักษะการป้องกันโรคชุกุน

กุนยาที่ได้รับในครั้งนี้ตรงกับความต้องการของท่าน (ร้อยละ37.50) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดเนื่องจากได้ร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัญหา ร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคชิกุนกุนยาด้วยตนเอง ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมสะท้อนผล จึงกล่าวได้ว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนและเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน ดังนั้นรูปแบบที่ได้มาจึงเกิดขึ้นจากความต้องการของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเอง ผลการดำเนินงานที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบบ้านนำอยู่ชุมชนปลอดโรคชิกุนกุนยาสามารถป้องกันโรคชิกุนกุนยาในชุมชนได้จริง คือการที่ไม่มีผู้ป่วยโรคชิกุนกุนยาและโรค ไข้เลือดออกในขณะที่ทำการวิจัยแต่พบว่าในชุมชนใกล้เคียงมีผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกซึ่งเป็นโรคที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรคเช่นเดียวกับโรคชิกุนกุนยา ส่งผลให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา

นอกจากนี้ยังพบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายได้แก่ ค่าดัชนีครีวเรื้อน (HI) ค่าดัชนีภาชนะ (CI) และค่าดัชนีบริโต (BI) ลดลงและผ่านเกณฑ์ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายขององค์การอนามัยโลกเนื่องจากการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาประชาชนดำเนินการตัดวงจรยุงลายโดยการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก 7 วัน แตกต่างจากก่อนการวิจัยที่มีผสม. เป็นผู้ดำเนินการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก1เดือนเช่นเดียวกับผลการศึกษาของนภภรณ์ (2550), รัชณี (2552), บุญเทียน (2553) พบว่าผลจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI, BI) ลดลงและพัศกร (2550) พบว่าหลังดำเนินการศึกษาค่า HI ในกลุ่มทดลองลดลงจาก 42.50 เป็น 0.00 และในกลุ่มเปรียบเทียบค่า HI ลดลงจาก 47.50 เป็น 15.00

ผลการวิจัยและการอภิปรายผลข้างต้นสรุปได้ว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาคือการประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและสิ่งสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมคือชุมชนได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลและการคิดเชิงวิเคราะห์ (swot analysis) โดยใช้แผนภูมิแก๊งปลา การมีส่วนร่วมขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกต ขั้นตอนการสะท้อนผล เน้นการทำงานในแบบพลังกลุ่มของชุมชนและเป็นแรงผลักดันสำคัญ ทำให้การดำเนินงานพัฒนา บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย โดยใช้องค์ความรู้ด้านระบาดวิทยาเป็นแนวทางในการตัดวงจรการเกิดโรคชิกุนกุนยาครอบคลุมคน สิ่งแวดล้อมและพาหะนำโรค

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม การศึกษาความรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและของประชาชน การศึกษาอัตราร้อยละของค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม และศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำการประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทคกาท (Kemmis and Mc Taggart, 1988) โดยนักวิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจำนวน 40 คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากสถานการณ์โรคชุกุนกุนยาและยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อบต. อสม. และเครือข่าย ร่วมดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกตและขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินงานทำการศึกษาดังแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2553 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2554 สรุปผลการวิจัยดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยา ระดับปฐมภูมิ

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีจำนวน 40 คนประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คนเจ้าหน้าที่อบต. 4 คน อสม. 14 คน และเครือข่ายประชาชน 20 คน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้ง 4 กลุ่มยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และมีคุณลักษณะที่เอื้อต่อการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา ประกอบด้วยกลุ่มผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ที่ประชาชนให้ความเคารพนับถือ อสม.มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยาและกลุ่มประชาชนที่เคยได้รับผลกระทบจากโรคชุกุนกุนยา

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยา ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุณยาในภาพรวมก่อนดำเนินการวิจัย พบว่าสถานีนอนามัย อบต. และอสม. มีลักษณะการดำเนินงานแบบต่างคนต่างทำ การดำเนินงานร่วมกันน้อย และประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาน้อย หลังการดำเนินการวิจัยพบว่า มีลักษณะการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสถานีนอนามัย, อบต.อสม. และเครือข่ายประชาชน ตั้งแต่ขั้นตอนวางแผน ขั้นตอนปฏิบัติและการสังเกต ขั้นตอนสะท้อนผลและขั้นตอนปรับปรุงแผนการดำเนินงานซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทด้านวิชาการ การให้คำปรึกษาและการประสานงาน อบต.มีบทบาทด้านวิชาการ ให้คำปรึกษา การประสานงานและการสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากรและการประสานงาน ส่วนอสม.และเครือข่ายประชาชน มีส่วนร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมสะท้อนผลและการประสานงานในชุมชน

ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับโรคซิคุนกุณยา ก่อนและหลังการวิจัยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 75.00 และร้อยละ 52.50 และมีความรู้เกี่ยวกับโรคซิคุนกุณยาในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.50 เป็นร้อยละ 47.50 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีทัศนคติเรื่องโรคซิคุนกุณยา ก่อนและหลังการวิจัยอยู่ในระดับมากและเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 55.00 เป็นร้อยละ 90.00 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยา ก่อนและหลัง อยู่ในระดับปานกลางและเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 87.50 เป็นร้อยละ 95.00

ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยาของประชาชน ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ก่อนการวิจัยประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคซิคุนกุณยาในระดับน้อย หลังการวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับโรคซิคุนกุณยาในระดับปานกลางและมีความรู้เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 52.40 เป็นร้อยละ 57.10 ประชาชนมีทัศนคติเรื่องโรคซิคุนกุณยา ก่อนและหลังการวิจัยในระดับปานกลางและเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 73.80 ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุณยา ก่อนการวิจัยในอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 83.50 หลังการวิจัยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.50

เปรียบเทียบอัตราร้อยละของค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการวิจัยมีค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลงเนื่องจากการที่ประชาชนเล็งเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนของตนเองทำให้ค่า HI ลดลงจาก 22.58 เป็น 8.06 ค่า CI ลดลงจาก 22.72 เป็น 8.03 ค่า BI ลดลงจาก 40.32 เป็น 14.5 และอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

ระดับความพึงพอใจของสถานีอนามัย อบต. อสม.เครือข่ายประชาชนและประชาชนหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาในภาพรวมอยู่ในระดับมากและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของประชาชนในชุมชน ได้แก่ อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อบต. ลงไปเยี่ยมบ้าน การติดตามผลการดำเนินงานกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและการสร้างสัมพันธไมตรีกับประชาชนในชุมชน และอยากให้มีการจัดทำแผ่นพับเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคด้วยตัวเอง

ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา

การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ มีปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา ดังนี้

ปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาได้แก่

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นผู้ที่เคยได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โรคชิกุนกุนยาหรือบุคคลที่เคยได้รับผลกระทบจากโรคชิกุนกุนยา มีความสนใจและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยทำให้การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยามีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาอย่างเท่าเทียมกัน มีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา เพราะได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา การคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหา และทักษะการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา

การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาประกอบด้วยหน่วยงานหลักและเครือข่ายประชาชน ได้แก่ สถานีอนามัย อบต.อสม.และเครือข่ายประชาชน มีการบริหารกลุ่มที่มีความเชื่อมโยงทั้งในกลุ่ม

และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลอย่างชัดเจน รวมทั้งได้รับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรจาก อบต.

ปัจจัยอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา

การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา พบว่ามีการเลื่อนการนัดหมายเป็นบางครั้ง เพราะผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมได้ เนื่องจากภารกิจและภาระทางครอบครัวส่งผลให้ขาดการมีส่วนร่วมในบางกิจกรรม และในขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินงาน ปลัด อบต. มีการย้ายตำแหน่งออกจากพื้นที่ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการเข้าร่วมการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยเรื่องผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยาระดับปฐมภูมิของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา

ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาในชุมชนควรกำหนดรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาแบบมีส่วนร่วมเป็นแผนปฏิบัติงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาในชุมชนเพราะเป็นรูปแบบที่สามารถตัดวงจรการเกิดโรคชิกุนกุนยาในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาในชุมชนควรนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนได้มีความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาศักยภาพด้านการป้องกันโรคชิกุนกุนยาในชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนตั้งแต่การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกต และขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยาแบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานโรคไข้เลือดออกเนื่องจากเป็นโรคที่มีสาเหตุและแนวทางการป้องกันที่คล้ายคลึงกัน

ควรทำการวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุนกุนยาในชุมชน

บทเรียนที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถนำมาใช้ในการป้องกัน โรคชุกุนกุนยาได้ ผู้วิจัยจึงได้สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยแสดงดังรายละเอียดต่อไปนี้

การดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุนกุนยาที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องตัดวงจรการเกิด โรคชุกุนกุนยาได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคชุกุนกุนยาของคน การตัดวงจรการเจริญเติบโตของพาหะนำโรค (ยุงลาย) และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้เหมาะสมต่อการเกิด โรคชุกุนกุนยา

การดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุนกุนยาต้องให้ชุมชนมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของปัญหาเพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน โดยใช้การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน

ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุนกุนยาในชุมชนควรสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามาร่วมป้องกัน โรคชุกุนกุนยาด้วยความสมัครใจ และต้องทำการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ความสามารถและทักษะการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุนกุนยาของประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุนกุนยา

ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุนกุนยาในชุมชนควรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุนกุนยามีอิสระในการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจอย่างเท่าเทียมกันตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกต และขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินงาน

ผู้ร่วมดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุนกุนยาควรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยการเคารพและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีความยืดหยุ่นตามความเหมาะสมเพื่อให้การดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุนกุนยาบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับสถานการณ์ โรคชุกุนกุนยา เนื่องจากในขณะที่ทำการวิจัยไม่มีสถานการณ์ระบาดของโรคชุกุนกุนยา อาจส่งผลให้ประชาชนให้ความสนใจน้อยกว่าในระยะที่เกิดสถานการณ์ระบาดของโรคชุกุนกุนยาในชุมชน รวมทั้งเป็นข้อจำกัดในการเปรียบเทียบอัตราป่วยโรคชุกุนกุนยาก่อนและหลังการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุงลาย 2551*. เอกสารอัดสำเนา.
- กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุงลาย*. ค้นเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2552, จาก http://203.157.15.4/chikun/chikun/-/situation/y52/chikun_200912301520.pdf
- กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุงลาย*. ค้นเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2553, จาก http://203.157.15.4/chikun/chikun/-/situation/y52/chikun_200912301520.pdf
- กิตติพร ปัญญาภิบาล. (2540). *รูปแบบกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ: กรณีศึกษาสำหรับครูประถมศึกษา*. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันตนา เพิ่มผล. (2541). *การพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน*. กรุงเทพฯ:สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.
- เกียรติศักดิ์ สันหพิบูล. (2550). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลจอมหมอกแก้วและตำบลป่าก่อคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์สิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, เชียงราย.
- ชาย โปธิลิตา. (2547). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครปฐม: โรงพิมพ์อมรินทร์พรินติ้งแอนพับลิชชิ่ง สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทตลัทธณ์ บุญธรรมดิระวุฒิ. (2550). *บทบาทเครือข่ายในชุมชนกับการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษาการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาชนบทศึกษาและการพัฒนามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ดาบชัย มาภา. (2550). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

- คาราวรรณ นันทะ. (2551). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทรรศน์พร ไหมบุญ. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในพื้นที่ตรวจราชการสาธารณสุขเขต 4. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข.
- ทิวาวรรณ ชัยขาว. (2550). ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บ้านโนนปอแดง อำเภอผาขาว จังหวัดเลย. ปริญญาวิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครอง มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชามพิสิษฐ ดีเมืองสอง. (2551). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน: กรณีศึกษานานขมิ้น ม.4 ต.กุดสระ อ.เมือง จ.อุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นภาพรณ อินทรสินธุ์. (2550). การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่บ้านบ่อคำ ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นรินทร์ ศรีวิชัย. (2547). ความพึงพอใจของเกษตรกรที่มีต่อการเพาะปลูกมะเขือพวงญี่ปุ่นแบบมีสัญญาผูกพันในจังหวัดแม่ฮ่องสอน. สาขาวิชาส่งเสริมการเกษตร คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นรินทร์ชัย พัฒพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. ภาควิชาส่งเสริมและเผยแพร่การเกษตร คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นิตย์ ทศนิยม. (2546). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ: แนวคิดและกลวิธี. ภาควิชาวิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นิรุจน์ อุทธาและคณะ. (2547). *ประสิทธิผลของการใช้ข้อกำหนดทางสังคมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน, โครงการบริการวิชาการและการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพประชาชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่นและหน่วยงานสาธารณสุขในเขต 6.*
- นุมนวล อุทลบุญ. (2544). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏเลย, เลย.
- บงการ ชัยชาญ. (2546). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- บุญเทียน อสารินทร์. (2553). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC: บ้านเหล่านาดี หมู่ที่ 11 ตำบลบ้านหว้า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.*
- ประกอบ เครือวรรณ, ประภาส จิตตาศิรินุวัตร, และสมโชค แบนเพชร. (2545). *การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบองค์รวมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษา: อำเภอละแม จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 5, 645-656.*
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.*
- ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล. (2552). *การประชุมWHOหนุนจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก้ไขปัญหาโรคชิคุนกุนยาระบาด. ค้นเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2553, จาก <http://news.phuketindex.com>*
- ปวิวรรณ แสงพิทักษ์. (2545). *การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏนครปฐม, นครปฐม.*
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2547). *จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดี.*
- ปารีชาติ วลัยเสถียรและคณะ. *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. (พิมพ์ครั้งที่2).* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2546.

- พชร หาสุข. (2549). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสถานีอนามัยเครือข่ายหนองแขวงใต้-คูปอ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- พนิดา ธีระจิต. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้เสียภาษีในการยื่นแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พลเกต อินตา. (2549). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกศึกษารณณ์: อบต.ขนาดใหญ่ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พัสกร สงวนชาติ. (2552). ผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสารคาม, มหาสารคาม.
- พิริยะ อนุกุล. (2551). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษาเฉพาะกรณีเทศบาลตำบลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา, สงขลา
- พิศิษฐ์ ปรีกโรสง. (2552). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พิเชษฐ์ เมืองแสน. (2551). การมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลวังไม้แดง อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภนิดา ชัยปัญญา. (2541). *ความพึงพอใจของเกษตรกรต่อกิจกรรมไร่นาสวนผสมภายใต้โครงการปรับปรุงโครงสร้างระบบการผลิตการเกษตรของจังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สาขาการส่งเสริมการเกษตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- มณี แพทย์พงศ์. (2553). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายและการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มรกต หน่อศักดิ์. (2552). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- มานิตย์ ไชยพะยวน. (2546). *การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลาย อำเภอนิคมน้ำอูน จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธาณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ยุพยงค์ นุ้ยรัมย์ ทัศนีย์และจุฑาทพร ทับเพ็ชร. (2548). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษามูลบ้านแห่งหนึ่ง ในอำเภอยี่งอ จังหวัดบุรีรัมย์*. วารสารสาธาณสุขศาสตร์, 35, 7-18.
- โยมา ประดิษฐ์. (2552). *ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บ้านหนองวัว ตำบลนาดี อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธาณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- รุจิรา เจตีย์. (2551). *การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดนครนายก*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพฯ.

- รัชนี้ ติตย์ประเสริฐ. (2552). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลบ่อแก้ว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ระวี ติตย์ประเสริฐ. (2544). การป้องกันควบคุมไข้เลือดออกระดับจังหวัดและระดับหมู่บ้าน: กรณีศึกษา ในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ.2542. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 10, 423 - 429.
- ลักขณา เนตรยัง. (2547). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยใช้แนวคิดเทคนิค AIC : กรณีศึกษา บ้านนาสีดา หมู่ 7 ตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านฝาง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วรรณิ จันทรสว่าง. (2546). สุขภาพชุมชนแนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน. ภาควิชาการพยาบาล สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วรวุฒิ เจริญศิริ. (2552). โรคชิคุนกุนยา. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ. ค้นเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2552 จาก <http://www.bangkokhealth.com>
- ศิริชัย ใจศิริ. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมไข้ปวดข้อยุงลายภาคใต้ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). คู่มือการควบคุมป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลาย วันที่ 6 มิถุนายน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2551. อัดสำเนา.
- ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมไข้ปวดข้อยุงลายภาคใต้ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือการควบคุมป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลาย วันที่ 6 มิถุนายน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2552. อัดสำเนา.
- ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมไข้ปวดข้อยุงลายภาคใต้ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). รายงานสรุปสถานการณ์โรคชิคุนกุนยา. ค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2553, จาก <http://epid.moph.go.th>.
- สถานีอนามัยตำบลถ้าสังขร. (2552). สรุปรายงานผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา พ.ศ.2552. อัดสำเนา.
- สมคิด สันวิจิตร. (2548). การสร้างสุขภาพบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- สมชัย จิรโรจน์วัฒน์. (มปป.). *แนวคิดและหลักการจัดตั้งเครือข่าย. กลุ่มโรคติดต่อทั่วไปสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี. ค้นเมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2553, จาก dpc3.ddc.moph.go.th.*
- สมชาย นพเกตุ. (2551). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ คณะรัฐประศาสนศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- สมหมาย สร้อยนาคพงษ์. (2543). *พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. หจก.ลำปางบรรณกิจพริ้นติ้ง, ลำปาง.*
- สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2545). *พฤติกรรมองค์การ: ทฤษฎีและการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- สังคม สุภรัตนกุล, ศรีสวัสดิ์ พรหมแสง, และดำรง นิมนิล. (2547). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดของชุมชนที่มีการระบาดซ้ำซาก จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2547, 32, 47-62.*
- สาโรจน์และคะนิงนิจ. (2544). *โครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวหนึ่งในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542 ปี 2542-2543 ของจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 10, 430 - 442.*
- สุทัน ททางส์มา. (2544). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน บ้านแม่ตำ ตำบลเสริมซ้าย อำเภอสว่าง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- สุทธิชัย วงศ์ชาญศรี. (2551). *ผลของการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.*
- สุทธิพงษ์ นาคมูล. (2546). *เปรียบเทียบการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูงและไม่พบโรคไข้เลือดออก อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*

สุภางค์ จันทวานิช. (2545). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรัตน์ พันธวงศ์. (2550). *ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บ้านโนนปอแดง อำเภอผาขาว จังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2552). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารราชการ*. ค้นเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2553, จาก www.opdc.go.th

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2552). *สรุปรายงานผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาปี 2552*. อัดสำเนา.

สำนักโรคบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *สรุปลสถานการณ์โรคชิคุนกุนยา (Chikungunya Fever) ประเทศไทยฉบับที่4/2553* ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2552. ค้นเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2553, จาก <http://epid.moph.go.th>

สำนักโรคบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สรุปลสถานการณ์โรคชิคุนกุนยา (Chikungunya Fever) ประเทศไทยฉบับที่4/2553* ข้อมูล ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2552. ค้นเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2553, จาก <http://epid.moph.go.th>

สำนักโรคบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สรุปลสถานการณ์โรคชิคุนกุนยา (Chikungunya Fever) ประเทศไทยฉบับที่4/2553* ข้อมูล ณ วันที่ 27 เมษายน 2553. ค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2553, จาก <http://epid.moph>

สำนักโรคติดต่อที่นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. ค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2554, จาก <http://dhf.ddc.moph.go.th>

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *โรคชิคุนกุนยา*. ค้นเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2552, จาก <http://beid.ddc.moph.go.th>

- สำเนียง วงศ์วาน. (2549). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอ
จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
ขอนแก่น.
- อคิน รพีพัฒน์. (2547). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษานโยบาย
สาธารณสุข.
- องค์การบริหารส่วนตำบลถ้ำสิงขร.(2551). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา 2551-2555*. ค้นเมื่อวันที่ 18
พฤษภาคม 2553 จาก <http://www.thamsingkron.go.th>
- อรทัย ก๊กผล. (2546). *การมีส่วนร่วมของประชาชน*. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน มูลนิธิ
ปริญญาโทสำหรับนักบริหารรัฐกิจ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- อังคณา ชันทะ. (2546). *ประสิทธิผลโครงการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการ โรงพยาบาล
น่าน จังหวัดน่าน พุทธศักราช 2544-2545*. วิทยานิพนธ์ (บริหารการศึกษา). อดุตรดิตถ์ :
บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏอุดรดิตถ์.
- อารีย์ เชื้อสาเวณี. (2546). *พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำ
ครอบครัวอำเภอพลจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- Burke, A.A. (2002). Social Development Division Department for International Development.
Communications and Development: a practical guide.
- Care, W., and Kemis, S. (1986). *Becoming Criticle: Education, Knowledge and Action Research*.
London; Falmer Press.
- Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1980). *Participation Place in Rural Development : seekine clarity
through Specificity*. London:Hillsdale.
- Couderc, T., and Lecuit, M. (2009). Resurgence of chikungunya. *Transactions of the Royal Society of
Tropical Medicine and Hygiene, 102, 308-309*.
- Flippo, E.B. (1961). *Priniple of Persommel Management*. New York: McGraw-Hill.
- Fornaroff, H.F. (1980). *Participation Origanized Activities in Selected Kentucky Localiities*.
Geneva: World Health Organization.

- Gilmer, B., and Von, H. (1967). *Applied psychology*. New York : McGraw Hill.
- Hannah, G.L., Osman, M. S., Eileen, C.F., Kevin, S.G., Marvin, S.G., and Said, K., et al. (2008). An outbreak of yellow fever with concurrent chikungunya virus transmission South Kordofan, Sudan. *The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 102, 1247-1254.
- Kemmis, S., and McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. Geelong: Deakin University.
- Lewin, K. (1946). *Action research and Minocity Problems*. Trditions and Major Assumptions.
- Lenita, B.L.C., Hlia, K., Luciana, T.C., and Mari, L.G.R. (2006). Community Participation in Dengue Control in Brazil. *Dengue Bulletin*, 30, 214-222.
- Pialoux, G.B., Gauzere, A., and Strobel, M. (2006). Infection a virus Chikungunya : revue general par temps epiemic. *Medecine et Infectieuses Maladies*, 36, 253-263.
- Rifkin, S.B. (1983). Primary health care in Southeast Asia: Attitudes about community Participation in community health program. *Social Science and Medicine*, 17(19), 1989 - 1996.
- Robbin, P. (1979). *Essentials of organizational behavior*. Englewood Cliffs,NJ:Prentice Hall.
- Simon, F., Savini, H., and Parola, P. (2008). A Paradigm of Emergence and Globalization of Vector - Borne Diseases. *Medical Clinics of North America*, 92, 1323-1343
- Sokrin, K., and Lenore, M. (2008). Community participation and social engagement inthe prevention and control of dengue fever in rural CambodiaSokrin Khun. *Dengue Bulletin*, 32, 145-155.
- Streubert, H. J. And Carpenter, D.R. (1999). *Qualitive Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott.
- WHO. (2008). Chikungunya Fact Sheet; Revised Mar 2008. cited 2008 July 23 ค้นเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2553 จาก <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/en/index.html>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบบันทึกข้อมูลชุมชนและแบบสังเกตข้อมูลชุมชน

เรื่อง

ผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุณกุนยาระดับปฐมภูมิ
ของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

คำชี้แจง

ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยประวัติความเป็นมา
ของชุมชนและบริบทของชุมชน โครงสร้างชุมชนและสภาพทางสังคม ความสัมพันธ์ของประชาชนใน
ชุมชน สุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการดำเนินงานป้องกัน
โรคชุกุณกุนยา ดังนี้

1. ประวัติความเป็นมาของชุมชนและบริบทของชุมชน

- 1.1 ชุมชนแห่งนี้มีการก่อตั้งมานาน.....ปี มีประวัติความเป็นมาคือ.....
- 1.2 ผู้ที่ก่อตั้งชุมชนเป็นคนแรกคือ.....อพยพมาจาก.....
มีลักษณะการก่อตั้งชุมชนคือ.....
- 1.3 วิวัฒนาการของชุมชน/การเปลี่ยนแปลงของชุมชนคือ.....
- 1.4 ชุมชนแห่งนี้มีขนาด.....
- 1.5 อาณาเขตพื้นที่ติดต่อ
ทิศเหนือมีอาณาเขตติดต่อกับ.....ทิศใต้มีอาณาเขตติดต่อกับ.....
ทิศตะวันออกมีอาณาเขตติดต่อกับ.....ทิศตะวันตกมีอาณาเขตติดต่อกับ.....
- 1.6 สภาพภูมิอากาศของชุมชนคือ.....
- 1.7 สภาพภูมิประเทศของชุมชนคือ.....
- 1.8 ลักษณะการปกครองในชุมชนคือ.....
- 1.9 ลักษณะทั่วไปของชุมชนคือ.....
- 1.10 การคมนาคมและการติดต่อสื่อสารในชุมชนและนอกชุมชนคือ.....

1.11 วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่สำคัญของชุมชนมีคือ.....

2. โครงสร้างชุมชนและสภาพทางสังคม

2.1 ชุมชนแห่งนี้มีครัวเรือนจำนวน.....ครัวเรือน ประกอบด้วยครัวเรือนที่มีลักษณะ

อาศัยอยู่แบบถาวร จำนวน.....ครัวเรือน

อาศัยอยู่แบบกึ่งถาวร (6 เดือนขึ้นไป) จำนวน.....ครัวเรือน

อาศัยอยู่แบบชั่วคราว (ไม่ถึง 6 เดือน) จำนวน.....ครัวเรือน

2.2 ลักษณะบ้านเรือนของประชาชนในชุมชน.....

2.3 จำนวนครอบครัว.....ลักษณะครอบครัว.....

2.4 ลักษณะเครือญาติของประชาชนในชุมชน.....

2.5 ลักษณะทางประชากร มีประชากรทั้งหมดจำนวน.....คน

เพศชาย จำนวน.....คน

เพศหญิง จำนวน.....คน

ประชากรวัยเด็ก จำนวน.....คน

ประชากรวัยเยาวชน จำนวน.....คน

ประชากรวัยทำงาน จำนวน.....คน

ประชากรวัยสูงอายุ จำนวน.....คน

2.6 การนับถือศาสนาของประชาชนในชุมชน.....

2.7 การศึกษาของประชาชนในชุมชน.....

2.8 อาชีพหลักของประชาชนคือ.....

รายได้เฉลี่ยของประชาชนแต่ละครัวเรือน.....บาท/เดือน

3. ความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน

3.1 ลักษณะความสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชนคือ.....

3.2 ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการได้แก่.....

มีบทบาทในชุมชนคือ.....

3.3 มีการรวมกลุ่มในชุมชนคือ.....มีจำนวน.....กลุ่ม

ประกอบด้วย.....มีความเป็นมาคือ..... มีกิจกรรมคือ.....

บทบาทของกลุ่มคือ.....สถานภาพกลุ่มในปัจจุบันคือ.....

3.4 เมื่อมีกิจกรรม งานประเพณีต่างๆ ในชุมชนผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

ได้แก่..... ในกิจกรรม..... มีบทบาทด้าน.....

3.5 เมื่อมีกิจกรรมการพัฒนาในด้านต่างๆ ของชุมชนผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่.....

ในกิจกรรม..... มีบทบาทด้าน.....

4. การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุณกุณยา

4.1 การมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ

- ตั้งแต่ พ.ศ.2552 - ปัจจุบันมีการประชุม การพูดคุยเกี่ยวกับโรคชุกุณกุณยาในชุมชน

แห่งนี้คือ.....

- ประชาชน/กลุ่ม/หน่วยงานต่างๆ ในชุมชนได้รับทราบเกี่ยวกับสถานการณ์โรคชุกุณกุณยา คือ.....

- ประชาชน/กลุ่ม/หน่วยงานต่างๆ ในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ และการวางแผนการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุณกุณยาในชุมชนคือ.....

4.2 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุณกุณยา

- ตั้งแต่ พ.ศ.2552 - ปัจจุบันมีกิจกรรมการป้องกัน โรคชุกุณกุณยาในชุมชน

ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้คือ..... มีลักษณะการดำเนินงานคือ.....

4.3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุณกุณยา

- ประชาชน/กลุ่ม/หน่วยงานต่างๆ ในชุมชนได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินงาน

ป้องกัน โรคชุกุณกุณยา คือ..... โดยมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมต่างได้แก่.....

ในลักษณะของ.....

4.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุณกุณยา

- ตั้งแต่ พ.ศ.2552 - ปัจจุบันมีการติดตามผลการดำเนินงานป้องกัน โรคชุกุณกุณยาใน

ชุมชนได้แก่กิจกรรม..... ผู้ที่มีบทบาทในการติดตามผลการดำเนินงานได้แก่.....

มีลักษณะของการติดตามผลการดำเนินงานคือ..... ผลที่ได้รับคือ.....

5. แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน

5.1 ประชาชนมีการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลแต่ละประเภทคือ

ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ จำนวน.....คน

ประกันสังคม จำนวน.....คน

บัตรทอง จำนวน.....คน

ผู้ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล จำนวน.....คน

5.2 ประชาชนในชุมชนมีลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญได้แก่.....

5.3 ประชาชนในชุมชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคชุกชุมกว่า จำนวน.....คน

อัตราป่วย.....ต่อประชากรแสนคน มีลักษณะการเจ็บป่วยในกลุ่ม.....

ลักษณะอาการป่วยในปัจจุบันคือ.....

5.4 ผู้ที่ป่วยเป็นโรคชุกชุมกว่ารายแรกของชุมชนคือ..... สาเหตุที่ทำให้ป่วยคือ.....

ประวัติด้านการรักษาคือ..... การปฏิบัติตนขณะป่วย.....

การปฏิบัติตนหลังป่วย.....อาการป่วยในปัจจุบัน.....

5.5 เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคชุกชุมกว่า สถานบริการที่ประชาชนเข้ารับการรักษาคือ.....

ประชาชนมีการป้องกันตนเองและครอบครัวขณะป่วยคือ.....

ประชาชนมีการป้องกันตนเองและครอบครัวหลังป่วยคือ.....

5.6 เมื่อมีสถานการณ์โรคชุกชุมกว่าเกิดขึ้นชุมชน ประชาชนมีการป้องกันตนเองและบุคคลในครอบครัวและในชุมชนคือ.....

5.7 เมื่อมีสถานการณ์โรคชุกชุมกว่าเกิดขึ้นในชุมชนหน่วยงาน/บุคคลใดที่ป็นผู้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมกว่าคือ.....ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้คือ.....

ผลที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมคือ.....

5.8 ในชุมชนแห่งนี้มีกิจกรรมด้านการป้องกันโรคชุกชุมกว่าคือ.....

ใครเป็นผู้ที่มีบทบาทในการจัดกิจกรรมคือ.....และผลที่ได้รับคือ.....

ภาคผนวก ข

เครื่องมือสำหรับการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยาแบบรายบุคคล

แบบบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ในการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยา () ก่อน () หลัง

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนกิจ

ผู้ถูกสังเกต () 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () 3. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

() 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน () 4. เครือข่ายประชาชน

ขั้นตอนการวางแผน

กิจกรรม	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1.การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคชิคุนกุนยาในชุมชน				
2.การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นและแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคชิคุนกุนยาในชุมชน				
3.การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยามาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคชิคุนกุนยา				
4.การนำข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยา				
5.การกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน				
6.การกำหนดแผนการดำเนินงาน/กิจกรรมการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน				
7.การกำหนดวิธีการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน				
8.การกำหนดบทบาท ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล				

กิจกรรม	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
9.การกำหนด เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม				
10.การประยุกต์ใช้วิธีการดำเนินงานของ หน่วยงาน/ชุมชนที่เคยประสบความสำเร็จด้าน การป้องกันโรคติดต่อ				

แบบบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ในการดำเนินงานป้องกันโรคชุกุนกุนยา () ก่อน () หลัง

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมป้องกัน

โรคชุกุนกุนยา

- ผู้ถูกสังเกต () 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () 3. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล
() 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน () 4. เครือข่ายประชาชน

ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกต

กิจกรรม	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1.กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ร่วมวิจัย				
1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคชุกุนกุนยา				
1.2 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคชุกุนกุนยา				
1.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกุนกุนยา				
2. กิจกรรมบ้านน่าอยู่ ผู้ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา				
2.1 การจัดตั้งคณะกรรมการตัดสินกิจกรรมบ้านน่าอยู่ ผู้ชุมชนปลอดโรคชุกุนกุนยา				
2.2 กิจกรรมประชาสัมพันธ์โครงการ				
2.3 กิจกรรมการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านและ บริเวณบ้าน				
2.4 กิจกรรมการมอบรางวัล				
3.กิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคชุกุนกุนยา				
3.1 กิจกรรมการจัดทำสติ๊กเกอร์				
3.2 กิจกรรมวิทยุชุมชน				
3.3 กิจกรรมการแผ่นพับ				

ขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกต (ต่อ)

กิจกรรม	ก่อน		หลัง	
	ดำเนินกิจกรรม		ดำเนินกิจกรรม	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
4.กิจกรรมสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย				
4.1 การจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุม ลูกน้ำยุงลายในชุมชน				
4.2 การจัดตั้งกฎ ระเบียบ ข้อบังคับระดับชุมชน				
4.3 กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ร่วมวิจัย ด้านการสำรวจและทำลายลูกน้ำยุงลาย				
4.4 กิจกรรมการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ				
4.5 มีแบบฟอร์มการสำรวจและทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย				
4.6 กิจกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ทุก 7 วัน				
4.7 กิจกรรมการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายในภาชนะ กักเก็บน้ำทุก 3 เดือน				
4.8 กิจกรรมสรุปผลการสำรวจและทำลายลูกน้ำ ยุงลายทุก 1 เดือน				

แบบบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ในการดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกุนยา () ก่อน () หลัง

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติกิจกรรม
ป้องกันโรคชิกุนกุนยาแบ่งตามลักษณะกิจกรรม

ผู้ถูกสังเกต () 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () 3. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล
() 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน () 4. เครือข่ายประชาชน

ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ

กิจกรรม	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1.กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ร่วมวิจัย				
1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา				
1.2 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา				
1.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิกุนกุนยา				
2. กิจกรรมบ้านนำอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรคชิกุนกุนยา				
2.1 การจัดตั้งคณะกรรมการตัดสินกิจกรรมบ้านนำอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรคชิกุนกุนยา				
2.2 กิจกรรมประชาสัมพันธ์โครงการ				
2.3 กิจกรรมการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านและ บริเวณบ้าน				
2.4 กิจกรรมการมอบรางวัล				
3.กิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคชิกุนกุนยา				
3.1 กิจกรรมการจัดทำสติ๊กเกอร์				
- ความครอบคลุมด้านเนื้อหา				

แบบบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ในการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยา () ก่อน () หลัง

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกการปรับปรุงแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชิคุนกุนยา

ผู้ถูกสังเกต () 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () 3. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

() 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน () 4. เครือข่ายประชาชน

ขั้นตอนการปรับปรุงแผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	ข้อคิดเห็น		เหตุผล	วิธีการ ดำเนิน	ระยะ เวลา	ผลที่ คาด ว่าจะ ได้รับ
	ควร ปรับปรุง	ไม่ควร ปรับปรุง				
1.กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ร่วมวิจัย						
1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยา						
1.2 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยา						
1.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกัน โรคชิคุนกุนยา						
2. กิจกรรมบ้านนำอยู่ สู่ชุมชนปลอดโรค						
2.1 การจัดตั้งคณะกรรมการตัดสิน กิจกรรมบ้านนำอยู่สู่ชุมชนปลอด โรคชิคุนกุนยา						
2.2 กิจกรรมประชาสัมพันธ์โครงการ						
2.3 กิจกรรมการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมใน บ้านและบริเวณบ้าน						
2.4 กิจกรรมมอบรางวัล						

กิจกรรม	ข้อคิดเห็น		เหตุผล	วิธีการ ดำเนิน	ระยะ เวลา	ผลที่ คาดว่าจะ ได้รับ
	ควร ปรับปรุง	ไม่ควร ปรับปรุง				
3.กิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่อง โรคชุกุนกุนยา						
3.1 กิจกรรมการจัดทำสติ๊กเกอร์						
- ครอบคลุมด้านเนื้อหา						
- ความเหมาะสมของระยะเวลา						
3.2 กิจกรรมวิทยุชุมชน						
- ครอบคลุมด้านเนื้อหา						
- ความเหมาะสมของระยะเวลา						
3.3 กิจกรรมการทำเอกสาร แผ่นพับ						
- ครอบคลุมด้านเนื้อหา						
- ความเหมาะสมของระยะเวลา						
4.กิจกรรมสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ลูกน้ำยุงลาย						
4.1 การจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและ ควบคุมลูกน้ำ ยุงลายในชุมชน						
4.2 การจัดตั้งกฎ ระเบียบ ข้อบังคับระดับ ชุมชน						
4.3 กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ร่วมวิจัย ด้านการสำรวจและทำลายลูกน้ำยุงลาย						

กิจกรรม	ข้อคิดเห็น		เหตุผล	วิธีการ ดำเนิน	ระยะ เวลา	ผลที่คาด ว่าจะ ได้รับ
	ควร ปรับปรุง	ไม่ควร ปรับปรุง				
4.4 กิจกรรมการแบ่งพื้นที่ รับผิดชอบ						
4.5 แบบฟอร์มการสำรวจและ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย						
4.6 กิจกรรมการทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก7วัน						
4.7 กิจกรรมการใส่ทรายกำจัด ลูกน้ำยุงลายในภาชนะกักเก็บ น้ำทุก 3 เดือน						
4.8 กิจกรรมสรุปผลการสำรวจและ ทำลายลูกน้ำยุงลายทุก 1 เดือน						

ภาคผนวก ก

เครื่องมือสำหรับการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุณยาแบบรายกลุ่ม แบบสนทนากลุ่ม

การวิจัยเรื่อง

ผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกัน โรคซิคุนกุณยาระดับปฐมภูมิ
ของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อสม .และเครือข่ายประชาชน

ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม

ประเด็นคำถามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ท่านคิดว่าสถานการณ์โรคซิคุนกุณยาในชุมชนของท่านเป็นอย่างไรบ้าง
2. การดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนกุณยาในระยะที่ผ่านมามีการดำเนินงานอย่างไรบ้าง
ใครเป็นผู้รับผิดชอบ บทบาทของแต่ละคน/หน่วยงาน ผลที่ได้รับ ปัจจัยที่เอื้อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ อุปสรรคในการดำเนินงานและมีการจัดการกับอุปสรรคนั้นอย่างไรบ้าง
3. ท่านคิดว่าการป้องกันโรคซิคุนกุณยาควรจะทำอะไรบ้าง ในกลุ่มเป้าหมายใด มีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบอะไรบ้าง บทบาทของแต่ละคนเป็นอย่างไรบ้าง

ภาคผนวก ง

บันทึกการสังเกต

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการสังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคชุกุนกุนยา

ผู้ถูกสังเกต

- () 1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () 3. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล
 () 2.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน () 4. เครือข่ายประชาชน

กิจกรรม.....ครั้งที่.....

วันที่.../.../.....สถานที่.....เวลา.....

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

.....

2. กิจกรรม / เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่อย่างไร)

.....

3. ประเด็นที่สังเกตพบ

.....

4. ด้านการมีส่วนร่วม

.....

5. ด้านความสัมพันธ์

.....

แบบบันทึกภาคสนาม

บรรยายภาค	ข้อความ	Keyword

ภาคผนวก จ

ตาราง 10

จำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคซิคุนกุณยาจำแนก เพศ อายุ อาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	46	54.70
ชาย	38	45.30
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	7	8.34
21 - 30	11	14.00
31- 40	16	19.04
41- 50	21	25.00
51- 60	17	20.23
60 ปีขึ้นไป	12	14.29
อาชีพ		
เกษตรกร	57	67.85
ค้าขาย	11	13.10
รับจ้างทั่วไป	9	10.71
นักเรียน/นักศึกษา	7	8.34
รวม	84	100.00

ภาคผนวก ฉ

ตาราง 11

เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคซิคุนกุณยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย(N=40)

ข้อที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย		หลังการวิจัย	
		ตอบถูก (จำนวน)	(ร้อยละ)	ตอบถูก (จำนวน)	(ร้อยละ)
1.	ยุงที่เป็นสาเหตุของโรคซิคุนกุณยาคือยุงลายบ้านและยุงลายสวน	22	55.00	27	67.50
2.	โรคซิคุนกุณยาคิดต่อกันโดยการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย	21	52.50	27	67.50
3.	ปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันโรคซิคุนกุณยา	20	50.00	25	62.50
4.	โรคซิคุนกุณยาเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย	23	57.50	29	72.50
5.	ลูกน้ำยุงลายชอบอาศัยในน้ำสะอาด ไส่ นิ่ง	24	60.00	30	75.00
6.	ผู้ป่วยโรคซิคุนกุณยามีลักษณะอาการไข้ ปวดข้อ ผื่นแดง คัน	30	75.00	34	85.00
7.	ลูกน้ำยุงลายใช้เวลา 7-10วันในการเจริญเติบโตเป็นตัวยุง	23	57.50	28	70.00
8.	กาบใบไม้ แอ่งหิน รูต้นไม้ ยางรถยนต์ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายสวนได้	27	67.50	31	77.50
9.	โรคซิคุนกุณยามีการระบาดมากในช่วงฤดูร้อน	23	57.50	27	67.50
10.	โรคซิคุนกุณยาเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้	27	67.50	31	77.50

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย		หลังการวิจัย	
		ตอบถูก	(ร้อยละ)	ตอบถูก	(ร้อยละ)
		(จำนวน)		(จำนวน)	
11.	เกลือแกง ผงซักฟอก น้ำส้มสายชูสามารถใช้แทนทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายได้	20	50.00	25	62.50
12.	เมื่อมีการพ่นสารเคมี/พ่นหมอกควันในบ้านของท่านควรปิดประตูหน้าต่างอบไว้ 30 นาที	19	47.50	24	60.00
13.	การล้างอ่างเก็บน้ำ ถังพลาสติกในห้องน้ำ ห้องส้วมสามารถทำลายและป้องกันมิให้เกิดลูกน้ำยุงลายได้	26	65.00	30	75.00
14.	ถุงพลาสติก อ่างน้ำ กระจับปี่ ขวด กะลาหรือขยะที่ขังน้ำได้สามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้	25	62.50	25	62.50
15.	การพ่นสารเคมี/พ่นหมอกควันเป็นการกำจัดลูกน้ำยุงลาย	24	60.00	24	60.00

ตาราง 12

เปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับโรคซิคุนกุณยาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย (N=40)

ข้อที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย					หลังการวิจัย				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย
1.	โรคซิคุนกุณยาเกิดขึ้นได้ทุกกลุ่มอายุ	27.50	27.50	25.00	15.00	5.00	17.50	20.00	22.50	35.00	5.00
2.	โรคซิคุนกุณยาติดต่อกันโดยการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย	27.50	37.50	12.50	15.00	7.50	22.50	15.00	22.50	40.00	0.00
3.	คนที่เคยเป็นโรคซิคุนกุณยาแล้วสามารถเป็นโรคซิคุนกุณยาได้อีก	10.00	22.50	17.50	27.50	22.50	2.50	17.50	40.00	22.50	17.50
4.	การป่วยเป็นโรคซิคุนกุณยาเป็นเรื่องธรรมดาเหมือนป่วยเป็นไข้	2.50	22.50	22.50	22.50	30.00	10.00	27.50	10.00	40.00	12.50
5.	การป่วยเป็นโรคซิคุนกุณยาเป็นเรื่องธรรมดาเหมือนป่วยเป็นไข้	0.00	22.50	30.00	17.50	30.00	5.00	17.50	27.50	27.50	22.50
6.	การกำจัดลูกน้ำยุงลายทำได้ง่ายกว่าการกำจัดตัวแก่	37.50	25.00	20.00	15.00	2.50	27.50	15.00	30.00	25.00	2.50
7.	โรคซิคุนกุณยาเป็นโรคประจำถิ่นของภาคใต้จึงไม่จำเป็นต้องป้องกัน	0.00	17.50	17.50	32.50	32.50	2.50	12.50	27.50	32.50	25.00
8.	ทุกคนในชุมชนควรที่จะร่วมกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านของตนเอง	40.00	17.50	15.00	25.00	2.50	15.00	17.50	35.00	25.00	7.50

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย					หลังการวิจัย				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย ใจ	ไม่ แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย มากที่สุด	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย ด้วย	ไม่เห็น ด้วย เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
9.	หากผู้ป่วยโรคชิกุนกุนยาเข้ารับ การรักษาจากสถานบริการ สาธารณสุขแล้วไม่ต้องมีการ ป้องกันตนเองอีก	2.50	22.50	22.50	15.0	37.50	2.50	7.50	25.00	35.0	30.00
10.	การใส่เสื้อผ้าที่มีฉีกก่อนเข้าไป ในสวนสามารถป้องกัน โรคชิกุนกุนยาได้	32.50	22.50	12.50	27.50	5.00	27.50	12.50	40.00	20.00	0.00
11.	การพนมหอกคว้นเพียงอย่างเดียวก็ สามารถที่จะกำจัดยุงได้แล้ว	7.50	12.50	27.50	17.50	35.00	2.50	12.50	17.50	30.00	37.50
12.	ท่านไม่ต้องการให้มีผู้ป่วย โรคชิกุนกุนยาในชุมชน	35.00	12.50	32.50	20.00	0.00	25.00	5.00	20.00	50.00	0.00
13.	ท่านไม่ต้องการให้มีผู้ป่วย โรคชิกุนกุนยาในชุมชน	0.00	12.50	27.50	35.00	25.00	0.00	2.50	20.00	30.00	47.50
14.	การปิดฝาภาชนะเก็บน้ำเป็นวิธีการ ยุ่งยากกว่าการพนมหอกคว้น	2.50	17.50	32.50	22.50	25.00	2.50	10.00	17.50	40.00	30.00
15.	การกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นหน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. เท่านั้นไม่ต้องอาศัยความร่วมมือ จากชุมชน	5.00	17.50	22.50	22.50	32.50	2.50	15.00	27.50	35.00	20.00

ตาราง 13

เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุญาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการวิจัย(N=40)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย				หลังการวิจัย			
		มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม	มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม
1.	ในที่ประชุมประจำหมู่บ้าน/ที่ประชุมต่างๆในชุมชนของท่านเคยมีการกล่าวถึงสถานการณ์ระบาดของโรคซิคุนกุญาในชุมชน	5.00	32.50	45.00	17.50	17.50	32.50	32.50	17.50
2.	ท่านได้เข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหาโรคซิคุนกุญาในหมู่บ้าน/ชุมชน	15.00	20.00	35.00	30.00	80.00	15.00	5.00	0.00
3.	ท่านเคยร่วมปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อบต.เกี่ยวกับโรคซิคุนกุญา	2.50	20.00	25.00	52.50	60.00	32.50	7.50	0.00
4.	ท่านได้ร่วมประชุมเพื่อวางแผน/จัดทำแผนเกี่ยวกับการป้องกันโรคซิคุนกุญาร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อบต.	5.00	20.00	52.50	22.50	70.00	20.00	10.00	0.00

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย				หลังการวิจัย			
		มาก	ปาน	น้อย	ไม่เคย	มาก	ปาน	น้อย	ไม่เคย
		กลาง			ร่วม กิจกรรม	กลาง			ร่วม กิจกรรม
5.	ท่านเคยร่วมเสนอความคิดเห็น เกี่ยวกับการป้องกัน โรคชุกุนกุนยาในชุมชน	7.50	22.50	40.00	30.00	60.00	32.50	7.50	0.00
6.	ท่านได้มีส่วนร่วมในการ ป้องกันโรคชุกุนกุนยาและมี การประสานงานระหว่าง เจ้าหน้าที่กับคนในชุมชน	5.00	20.00	40.00	35.00	62.50	35.00	2.50	0.00
7.	ท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อบต. ในการกำจัดและทำลายลูกน้ำ ยุงลาย	7.50	17.50	47.50	27.50	57.50	30.00	12.50	0.00
8.	ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อม ภายในบ้านและบริเวณบ้านทุก สัปดาห์เพื่อมิให้เป็นแหล่งเพาะ พันธุ์ของยุงลาย	2.50	20.00	45.00	32.50	85.00	12.50	2.50	0.00
9.	ท่านสำรวจและทำลายลูกน้ำ ยุงลายในครัวเรือนของท่านทุก สัปดาห์	12.50	20.00	42.50	25.00	77.50	17.50	5.00	0.00

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย				หลังการวิจัย			
		มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม	มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม
10.	ท่านใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ ยุงลายเพื่อการป้องกันไม่ให้ ยุงลายวางไข่ในภาชนะกัก เก็บน้ำของท่าน	15.00	27.50	35.00	22.50	77.50	17.50	5.00	0.00
11.	ท่านปิดฝาภาชนะกักเก็บน้ำ อย่างมิดชิดเพื่อป้องกันไม่ให้ ยุงลายวางไข่	10.00	22.50	42.50	25.00	72.50	15.00	12.50	0.00
12.	ท่านกำจัดภาชนะ เศษวัสดุ ที่ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายบริเวณบ้าน	5.00	35.00	45.00	15.00	75.00	20.00	5.00	0.00
13.	ท่านเปลี่ยนถ่ายภาชนะกัก เก็บน้ำในห้องน้ำของท่านทุก สัปดาห์	0.00	22.50	50.00	27.50	57.50	30.00	12.50	0.00
14.	ท่านเปลี่ยนถ่ายภาชนะกัก เก็บน้ำในห้องน้ำของท่านทุก สัปดาห์	15.00	32.50	37.50	15.00	70.00	17.50	12.50	0.00
15.	ท่านเปลี่ยนถ่ายภาชนะกัก เก็บน้ำในห้องน้ำของท่านทุก สัปดาห์	22.50	35.00	32.50	10.00	55.50	20.00	25.00	0.00

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย				หลังการวิจัย			
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม
16.	ท่านได้ร่วมติดตามการกำจัด ถุงน้ำยางลายในชุมชน	22.50	32.50	27.50	17.50	70.00	20.00	7.50	2.50
17.	ท่านได้ติดตามการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่อบต.	10.00	27.50	35.00	27.50	42.50	22.50	22.50	12.50
18.	ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ งบประมาณที่ได้รับจัดสรร เพื่อดำเนินกิจกรรมป้องกัน โรคชิกุนกูญาในชุมชน	15.00	30.00	35.00	20.00	42.50	25.00	22.50	10.00
19.	ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ ผู้ป่วยโรคชิกุนกูญาในชุมชน	25.00	32.50	32.50	10.00	70.00	27.50	2.50	0.00
20.	ท่านได้รับประโยชน์โดยตรง จากการเข้าร่วมกิจกรรม ป้องกันโรคชิกุนกูญา	32.50	32.50	30.00	5.00	75.00	22.50	2.50	0.00

ภาคผนวก ข

ตาราง 14

เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคชุกุนกุนยาของประชาชนในชุมชนก่อนและหลังการวิจัย (N=62)

ข้อที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย		หลังการวิจัย	
		ตอบถูก (จำนวน)	(ร้อยละ)	ตอบถูก (จำนวน)	(ร้อยละ)
1.	ยุงที่เป็นสาเหตุของโรคชุกุนกุนยาคือยุงลายบ้านและยุงลายสวน	16	25.80	38	61.30
2.	โรคชุกุนกุนยาคิดต่อกันโดยการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย	25	40.30	42	67.70
3.	ปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันโรคชุกุนกุนยา	26	41.90	39	62.90
4.	โรคชุกุนกุนยาเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย	20	32.30	45	72.60
5.	ลูกน้ำยุงลายชอบอาศัยในน้ำสะอาด ไส้ นิ่ง	21	33.90	35	56.50
6.	ผู้ป่วยโรคชุกุนกุนยามีลักษณะอาการไข้ ปวดข้อ ผื่นแดง คัน	32	51.60	32	51.60
7.	ลูกน้ำยุงลายใช้เวลา 7-10วันในการเจริญเติบโตเป็นตัวยุง	21	33.90	33	53.20
8.	กาบใบไม้ แอ่งหิน รุตต้นไม้ ยางรถยนต์ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายสวนได้	23	37.10	39	62.90
9.	โรคชุกุนกุนยามีการระบาดมากในช่วงฤดูร้อน	21	33.90	35	56.50
10.	โรคชุกุนกุนยาเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้	21	33.90	38	61.30

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย		หลังการวิจัย	
		ตอบถูก (จำนวน)	(ร้อยละ)	ตอบถูก (จำนวน)	(ร้อยละ)
11.	เกลือแกง ผงซักฟอก น้ำส้วมสายชูสามารถใช้ แทนทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายได้	21	33.90	30	48.40
12.	เมื่อมีการพ่นสารเคมี/พ่นหมอกควันในบ้าน ของท่านควรปิดประตูหน้าต่างอบไว้ 30 นาที	22	35.50	33	53.20
13.	การล้างอ่างเก็บน้ำ ถังพลาสติกในห้องน้ำ ห้องส้วมสามารถทำลายและป้องกันมิให้ เกิดลูกน้ำยุงลายได้	18	29.00	30	48.40
14.	ถุงพลาสติก อ่างน้ำ ครอบป้อง ขวด กะลาหรือ ขยะที่ขังน้ำได้สามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ ลูกน้ำยุงลายได้	31	50.00	36	58.10
15.	การพ่นสารเคมี/พ่นหมอกควันเป็นการ กำจัดลูกน้ำยุงลาย	28	45.90	41	66.10

ตาราง 15

เปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับโรคซิคุนกุญาของประชาชนก่อนและหลังการวิจัย (N=62)

ข้อที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย					หลังการวิจัย				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเลย	ไม่ตอบ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยเลย	ไม่ตอบ
1.	โรคซิคุนกุญาเกิดขึ้นได้ทุกกลุ่มอายุ	4.80	40.30	16.10	0.00	38.70	40.30	14.50	14.50	24.20	6.50
2.	โรคซิคุนกุญาติดต่อกันโดยการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย	3.20	51.60	11.30	3.20	30.60	27.40	25.80	27.40	19.40	0.00
3.	คนที่เคยเป็นโรคซิคุนกุญาแล้วสามารถเป็นโรคซิคุนกุญาได้อีก	56.50	22.60	9.70	3.20	8.10	4.80	19.4	21.00	29.00	25.80
4.	การป่วยเป็นโรคซิคุนกุญาเป็นเรื่องธรรมดาเหมือนป่วยเป็นไข้	61.30	22.60	11.30	0.00	4.80	6.50	8.10	29.00	25.80	30.60
5.	การป่วยเป็นโรคซิคุนกุญาเป็นเรื่องธรรมดาเหมือนป่วยเป็นไข้	46.80	40.30	1.60	4.80	6.50	6.50	21.00	35.5	19.40	17.70
6.	การกำจัดลูกน้ำยุงลายทำได้ง่ายกว่าการกำจัดตัวแก่	56.50	22.60	11.30	6.50	3.20	11.3	19.40	16.1	29.00	24.20
7.	โรคซิคุนกุญาเป็นโรคประจำถิ่นของภาคใต้จึงไม่จำเป็นต้องป้องกัน	61.30	21.00	6.50	4.80	6.50	12.9	17.70	22.60	22.60	24.20
8.	ทุกคนในชุมชนควรที่จะร่วมกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้าน	9.70	22.60	8.10	4.80	54.80	6.50	11.30	30.60	25.80	25.80

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย					หลังการวิจัย				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
9.	หากผู้ป่วยโรคซิคุนกุญาเข้ารับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขแล้วไม่จำเป็นต้องมีการป้องกันตนเองอีก	54.80	9.70	17.70	11.30	6.50	1.60	12.90	32.30	30.60	22.60
10.	การใส่เสื้อผ้าที่มีฉีกก่อนเข้าไปในสวนสามารถป้องกันโรคซิคุนกุญาได้	4.80	38.70	19.40	3.20	33.90	9.70	21.00	24.20	19.40	25.80
11.	การพ่นหมอกควันเพียงอย่างเดียวก็สามารถที่จะกำจัดยุงได้แล้ว	32.30	29.00	24.20	6.50	8.10	4.80	16.10	29.00	17.70	32.30
12.	ท่านไม่ต้องการให้มีผู้ป่วยโรคซิคุนกุญาในชุมชน	11.30	32.30	11.30	4.80	40.30	3.20	12.90	37.10	21.00	25.80
13.	ท่านไม่ต้องการให้มีผู้ป่วยโรคซิคุนกุญาในชุมชน	11.30	32.30	14.50	1.60	40.30	8.10	11.30	25.80	24.20	30.60
14.	การปิดฝาภาชนะเก็บน้ำเป็นวิธีการยุ่งยากกว่าการพ่นหมอกควัน	46.80	25.80	12.90	4.80	9.70	11.30	27.40	22.60	7.70	21.00
15.	การกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.เท่านั้นไม่ต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน	41.90	29.00	17.70	4.80	6.50	25.80	21.00	32.30	1.30	9.70

ตาราง 16

เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนกุญาของประชาชนก่อนและหลังการวิจัย (N=62)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย				หลังการวิจัย			
		มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจ กรรม	มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจ กรรม
1.	ในที่ประชุมประจำหมู่บ้าน/ที่ประชุมต่างๆ ในชุมชนของท่านเคยมีการกล่าวถึงสถานการณ์ระบาดของโรคซิคุนกุญาในชุมชน	3.00	25.00	7.00	3.20	29.00	33.90	16.10	21.00
2.	ท่านได้เข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหาโรคซิคุนกุญาในหมู่บ้าน/ชุมชน	22.60	35.50	33.90	8.10	41.90	25.80	6.50	25.80
3.	ท่านเคยร่วมปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อบต.เกี่ยวกับโรคซิคุนกุญา	19.40	21.00	41.90	17.70	41.90	17.70	16.10	24.20
4.	ท่านได้ร่วมประชุมเพื่อวางแผน/จัดทำแผนเกี่ยวกับการป้องกันโรคซิคุนกุญาร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อบต.	21.00	14.50	27.40	37.10	41.90	22.60	33.90	1.60

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย				หลังการวิจัย			
		มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม
5.	ท่านเคยร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งในชุมชน	29.00	14.50	25.80	30.60	48.80	25.80	25.80	0.00
6.	ท่านได้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมะเร็งและมีการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนในชุมชน	24.20	25.80	30.60	14.50	45.20	27.40	9.70	17.70
7.	ท่านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อบต.ในการกำจัดและทำลายลูกน้ำยุงลาย								
8.	ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้านทุกสัปดาห์เพื่อมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย	24.20	25.80	27.40	22.60	62.90	16.10	3.20	17.70
9.	ท่านสำรวจและทำลายลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนของท่านทุกสัปดาห์	22.60	29.00	21.00	27.40	53.20	8.10	21.00	17.70

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย				หลังการวิจัย			
		มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม	มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม
10.	ท่านใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ ยูงลายเพื่อการป้องกันไม่ให้ ยูงลายวางไข่ในภาชนะกักเก็บ น้ำของท่าน	25.80	22.60	32.30	19.40	54.80	21.00	6.50	17.70
11.	ท่านปิดฝาภาชนะกักเก็บน้ำ อย่างมิดชิดเพื่อป้องกันไม่ให้ ยูงลายวางไข่	32.30	37.10	17.70	12.90	48.40	22.60	29.00	0.00
12.	ท่านกำจัดภาชนะ เศษวัสดุ ที่ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยูงลายบริเวณบ้าน	38.70	35.50	19.40	6.50	62.90	19.40	17.70	0.00
13.	ท่านเปลี่ยนถ่ายภาชนะกักเก็บ น้ำในห้องน้ำของท่านทุก สัปดาห์	38.70	30.60	24.20	6.50	54.80	16.10	9.70	19.40
14.	ท่านเปลี่ยนถ่ายภาชนะกักเก็บ น้ำในห้องน้ำของท่านทุก สัปดาห์	35.50	33.90	17.70	12.90	51.60	25.80	4.80	17.70
15.	ท่านเปลี่ยนถ่ายภาชนะกักเก็บ น้ำในห้องน้ำของท่านทุก สัปดาห์	30.60	43.50	11.30	14.50	45.20	17.70	19.40	17.70
16.	ท่านได้ร่วมติดตามการกำจัด ลูกน้ำยูงลายในชุมชน	32.30	30.60	24.20	12.90	41.90	17.70	16.10	24.20

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนการวิจัย				หลังการวิจัย			
		มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่เคย ร่วม กิจกรรม
17.	ท่านได้ติดตามการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่อบต.	22.60	29.00	25.80	22.60	40.30	17.70	19.40	22.60
18.	ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อ ดำเนินกิจกรรมป้องกัน โรคชุกุนกุนยาในชุมชน	35.50	32.30	24.20	8.10	25.80	33.90	17.70	0.00
19.	ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ ผู้ป่วยโรคชุกุนกุนยาในชุมชน	33.90	32.30	21.00	12.90	41.90	16.10	32.30	9.70
20.	ท่านได้รับประโยชน์โดยตรง จากการเข้าร่วมกิจกรรม ป้องกันโรคชุกุนกุนยา	37.10	19.40	24.20	19.40	25.80	14.50	27.40	32.30

ภาคผนวก ข

แบบพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเป็นผู้ร่วมวิจัย (อาสาสมัคร) เรื่อง ผลการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนคุนยาระดับปฐมภูมิ ของชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เรียน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (อาสาสมัคร)

ข้าพเจ้านางสาวพีรญา เพชรชัย นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษา เกี่ยวกับผลการใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซิคุนคุนยาระดับปฐมภูมิ ของสถานีนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเครือข่ายประชาชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันโรคซิคุนคุนยาแบบมีส่วนร่วม

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน.....ในการเข้าร่วมเป็นผู้ร่วมวิจัย (อาสาสมัคร) ในครั้งนี้ โดยเป็นผู้ที่ร่วมคิดและวิเคราะห์ ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผลการปฏิบัติและร่วมสะท้อนผลการปฏิบัติกิจกรรม เป็นระยะเวลา 1 ปี ข้อมูลทั้งหมดถือว่าเป็นความลับ มีการนำเสนอเป็นลายลักษณ์อักษรและจะไม่นำ ชื่อ - สกุล หรือข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับท่าน อันจะทำให้ท่านมีความเสียหายทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและทางสังคม นำไปเผยแพร่โดยเด็ดขาด การนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น

ตลอดช่วงระยะเวลาการวิจัยหากมีผลกระทบ อันก่อให้เกิดความเสียหายต่อท่านทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมท่านสามารถที่จะปฏิเสธหรือออกจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีข้อผูกมัดใดๆ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อกรเข้าร่วมกิจกรรม

ลงนาม.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ

พีรญา เพชรชัย (นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต)

สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ฅ

No

แบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคชุกินกุนยา
ของชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการดำเนินงานป้องกัน
โรคชุกินกุนยา

ผู้ตอบแบบประเมิน

- () 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () 3. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล
() 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน () 4. เครือข่ายประชาชน

คำชี้แจง

แบบประเมินความพึงพอใจฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมใน
การวิจัยในกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคชุกินกุนยา จึงขอความร่วมมือจากท่าน โปรดตอบแบบ
ประเมินตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคชุกินกุนยาใน
ชุมชนต่อไป

1. ท่านเห็นด้วยกับกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคชุกินกุนยาในกิจกรรมใดมากที่สุด

[] 1. กิจกรรมการรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์โรคชุกินกุนยา

เพราะ.....

[] 2. กิจกรรมการผลิตสื่อให้ความรู้

เพราะ.....

[] 3. กิจกรรมประชาสัมพันธ์เรื่องโรคชุกินกุนยา

เพราะ.....

[] 4. กิจกรรมสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

เพราะ.....

2. ท่านคิดว่ากิจกรรมใดที่ควรทำอย่างต่อเนื่องในชุมชน

[] 1.กิจกรรมการรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์โรคชุกุนญา

[] 2.กิจกรรมการผลิตสื่อให้ความรู้

[] 3.กิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคชุกุนญา

[] 4.กิจกรรมสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

[] 5.กิจกรรมอื่นๆ ระบุ.....

3. ระดับความพึงพอใจในการจัดกิจกรรม

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความพึงพอใจระดับ 5 หมายถึงท่านมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ความพึงพอใจระดับ 4 หมายถึงท่านมีความพึงพอใจระดับมาก

ความพึงพอใจระดับ 3 หมายถึงท่านมีความพึงพอใจระดับปานกลาง

ความพึงพอใจระดับ 2 หมายถึงท่านมีความพึงพอใจระดับน้อย

ความพึงพอใจระดับ 1 หมายถึงท่านมีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ประเด็นวัดความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1.ความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม					
2.ความเหมาะสมของสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม					
3.ความเหมาะสมของบุคลากรในการดำเนินกิจกรรม					
4.ความเหมาะสมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม					
5.ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม					
6.ความรู้ กิจกรรม ทักษะการป้องกัน โรคชุกุนญาที่ได้รับในครั้งนี้ตรงกับความต้องการของท่าน					
7.ท่านสามารถนำความรู้ ทักษะปฏิบัติ ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน					
8.ท่านมีความพึงพอใจต่อผลการจัดกิจกรรมป้องกัน โรคชุกุนญา					
9.ท่านอยากให้มีการจัดกิจกรรมป้องกัน โรคชุกุนญาในครั้งต่อไป					

ภาคผนวก ๓

ภาพ 7 ภาพประกอบการวิจัย





ภาคผนวก ฎ

เอกสารประกอบการดำเนินโครงการบ้านน่าอยู่ ผู้ชุมชนปลอดโรคชิคุนกุนยา

บ้านหลังนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย
ร่วมกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านและนอกบ้านทุกวันศุกร์
ป้องกันไม่ให้เกิดโรคชิคุนกุนยาและโรคไข้เลือดออก



ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยา หรือ โรคไข้ปวดข้อมลาย



สาเหตุ เกิดมาจากรูไข่ลูกน้ำยุงลาย ในน้ำขุ่นสกปรก และยุงลายกัดคน



อาการ มีไข้ ปวดข้อมลาย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดท้อง ท้องเสีย



การป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา



1. ใช้ยุงตาข่ายป้องกัน

2. ปิดฝาหมักน้ำทิ้ง และขยะเปียกในถัง

3. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

4. ปิดฝาถังน้ำใช้

5. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

6. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

7. ปิดฝาถังน้ำใช้

8. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

9. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

10. ปิดฝาถังน้ำใช้

11. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

12. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

13. ปิดฝาถังน้ำใช้

14. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

15. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

16. ปิดฝาถังน้ำใช้

17. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

18. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

19. ปิดฝาถังน้ำใช้

20. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

21. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

22. ปิดฝาถังน้ำใช้

23. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

24. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

25. ปิดฝาถังน้ำใช้

26. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

27. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

28. ปิดฝาถังน้ำใช้

29. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

30. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

31. ปิดฝาถังน้ำใช้

32. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

33. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

34. ปิดฝาถังน้ำใช้

35. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

36. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

37. ปิดฝาถังน้ำใช้

38. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

39. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

40. ปิดฝาถังน้ำใช้

41. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

42. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

43. ปิดฝาถังน้ำใช้

44. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

45. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

46. ปิดฝาถังน้ำใช้

47. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

48. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

49. ปิดฝาถังน้ำใช้

50. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

51. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

52. ปิดฝาถังน้ำใช้

53. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

54. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

55. ปิดฝาถังน้ำใช้

56. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

57. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

58. ปิดฝาถังน้ำใช้

59. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

60. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

61. ปิดฝาถังน้ำใช้

62. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

63. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

64. ปิดฝาถังน้ำใช้

65. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

66. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

67. ปิดฝาถังน้ำใช้

68. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

69. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

70. ปิดฝาถังน้ำใช้

71. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

72. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

73. ปิดฝาถังน้ำใช้

74. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

75. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

76. ปิดฝาถังน้ำใช้

77. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

78. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

79. ปิดฝาถังน้ำใช้

80. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

81. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

82. ปิดฝาถังน้ำใช้

83. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

84. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

85. ปิดฝาถังน้ำใช้

86. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

87. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

88. ปิดฝาถังน้ำใช้

89. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

90. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

91. ปิดฝาถังน้ำใช้

92. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

93. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

94. ปิดฝาถังน้ำใช้

95. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

96. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

97. ปิดฝาถังน้ำใช้

98. ปิดฝาถังน้ำทิ้ง

99. ปิดฝาถังน้ำดื่ม

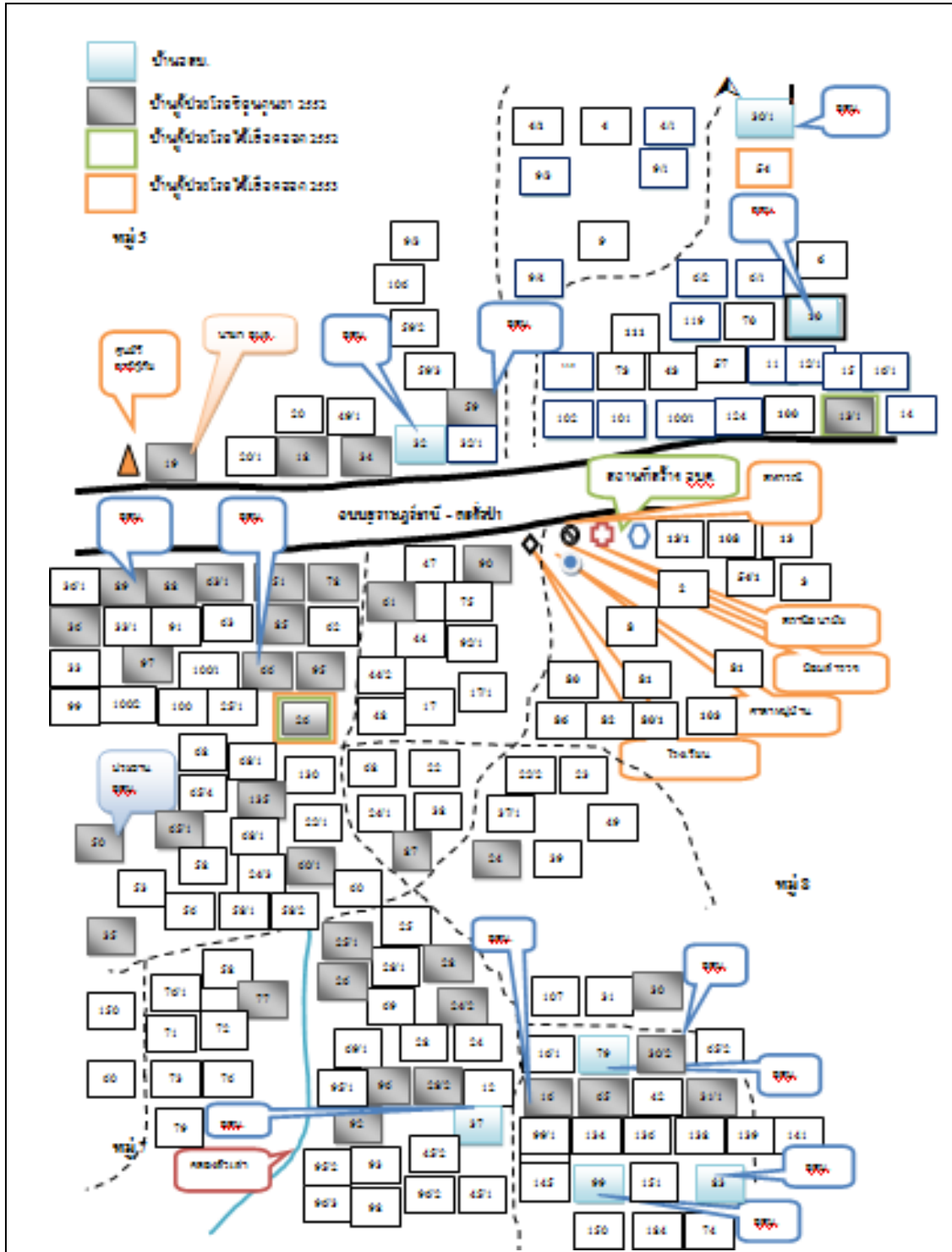
100. ปิดฝาถังน้ำใช้



ภาพ 8

ภาคผนวก ก

แผนที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี



ภาพ 9

ภาคผนวก ฐ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. ผศ.ดร.กิตติกร นิลมานัต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ผศ.ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. รศ.ดร.อาคม ใจแก้ว

คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. รศ.ดร.อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

5. คุณสามารถ สุขเมธีวรศักดิ์

สาธารณสุขอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวพีรญา เพชรชัย		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5210420013		
วุฒิการศึกษา			
	วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน)	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา	2548

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

นักวิชาการสาธารณสุข สถานีอนามัยถ้ำสิงขร อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี