



บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษา

โรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

The Role of District Health Board: Case Study of Dengue Hemorrhagic
Fever in Langu District, Satun Province

อารอฟ๊ะห์ ชาญน้ำ

Arofah Channam

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Science in Health System Management

Prince of Songkhla University

2566

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษา
โรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

The Role of District Health Board: Case Study of Dengue Hemorrhagic
Fever in Langu District, Satun Province

อารอฟะห์ ชาญน้ำ
Arofah Channah

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Science in Health System Management
Prince of Songkhla University

2566

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษาโรค

ไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ผู้เขียน นางสาวอารอพีระห์ ชาญน้ำ

สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย)

(นพ.อมร รอดคล้าย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ

(ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย)

.....

.....กรรมการ

(ดร.นพ.สุวิช ธรรมปาโล)

(ดร.นพ.สุวิช ธรรมปาโล)

.....กรรมการ

(ดร.กุลทัต หงส์ขยางกูร)

.....กรรมการ

(ดร.ธนัชฐา ดิษสุวรรณ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกกิง วงศ์ศิริโชติ)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ

(ดร.นพ.สุวิช ธรรมปาโล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ

(นางสาวอารอพีระห์ ชาญน้ำ)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นางสาวอารอพีระห์ ชาญน้ำ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษาโรค
ไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล
ผู้เขียน นางสาวอารอพีระห์ ชาญน้ำ
สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา 2565

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล เลือกรู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) จำนวน 21 คน กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 17 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 คน และกลุ่มประชาชน จำนวน 12 คน รวม 62 คน การเก็บข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการสนทนา กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) จังหวัดสตูล ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีบทบาทที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและแนวทางดำเนินงาน การขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย ร้อยละ 100 รองลงมา คือ การประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่ ร้อยละ 90.5 ส่วนบทบาทที่ดำเนินการได้ไม่ดีมากนัก คือ การติดตามและประเมินผล ร้อยละ 85.7 และการเสนอแนะและให้คำปรึกษา ร้อยละ 81.0 ซึ่งบทบาทที่ควรพัฒนา ได้แก่ 1) บทบาทการเสนอแนะและการให้คำปรึกษา ควรเสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง 2) บทบาทการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ควรกำหนดเป้าหมายการลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมเสริมพลังในระดับหมู่บ้านและกำหนดความถี่ในการติดตามให้ชัดเจน และ 3) บทบาทการประสานหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่ ควรผลักดันให้มีเครือข่ายประชาสัมพันธ์ในชุมชนจากภาคเอกชนหรือภาคประชาชน

ผลการศึกษานำไปใช้ในการพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้ โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ สำนักนายกรัฐมนตรีควรกำหนดให้คณะกรรมการ

(6)

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ได้รับการแต่งตั้งใหม่ต้องผ่านการพัฒนาเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)

Thesis Title	The Role of District Health Board: Case Study of Dengue Hemorrhagic Fever in Langu District, Satun Province
Author	Miss Arofah Channam
Major Program	Health System Management
Academic Year	2022

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study the roles of the District Health Board: a case study of dengue hemorrhagic fever in Langu District, Satun Province. Four groups of informants were selected by a purposive sampling method, consisting of 21 committees of the Langu District Health Board, 17 subcommittees of the Langu District Health Board (dengue hemorrhagic fever prevention), 12 patients with dengue hemorrhagic fever, and 12 Langu's population, a total of 62 people. Data were collected using document review, questionnaires, interviews, and focus group discussions and then they were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings revealed that the roles that Langu District Health Board performed well in the prevention and control of dengue hemorrhagic fever including setting goals and operational guidelines, driving the integration, supporting the participation of all sectors, and other operations as assigned by the Board or the provincial governor (100%), followed by coordinating with government agencies, the private sector and the public sector and sending information to the affecting area (90.5%). The roles that were less performed were monitoring and evaluating (85.7%) and giving suggestions and consultation (81.0%). The roles that should be improved are 1) giving suggestions and consultation: the capacity of the District Health Board must be continuously enhanced. 2) monitoring and evaluating the operations: the field visits at the village level must be set, and the follow-up frequency must be clear and 3) coordinating with government agencies, the private sector and the public sector, and sending information to the area: should build a public relation network in the community.

The results obtained from this research can be used to develop the roles of the District Health Board. In terms of the policy recommendations, the Office of the Prime Minister should require the newly appointed District Health Board to pass the competency development of District Health Management Learning (DHML).

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและให้การช่วยเหลือจาก ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ดร.นพ.สุวิช ธรรมปาโล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำและเสียสละเวลาเพื่อประสิทธิ์ประสาทองค์ความรู้ ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่อง คอยสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาเสียสละเวลาตรวจสอบเครื่องมือการทำวิจัย รวมถึงข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้กับผู้วิจัย สามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์และการทำงาน

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้สนับสนุนทุนอุดหนุนวิจัยเพื่อทำวิทยานิพนธ์ สถาบันนโยบายสาธารณะที่ให้โอกาสได้เข้าศึกษาหลักสูตร และคณาจารย์ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุก ๆ ท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้การช่วยเหลือมาโดยตลอด และกัลยามิตรรุ่น 9 คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอละงู ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาในหน้าที่การงาน เพื่อนร่วมงาน ที่คอยให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาอย่างยิ่ง ขอขอบคุณครอบครัวที่สนับสนุนการศึกษาและอยู่เคียงข้างด้วยความรักและความเข้าใจ และที่สำคัญที่สุดขอขอบคุณพระผู้เป็นเจ้าที่ทรงเมตตาให้ผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือและประทานความง่ายดายในการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านที่ได้กล่าวถึงและผู้ที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ ได้มีส่วนช่วยเหลือในการสนับสนุนให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา จึงขอขอบคุณด้วยความจริงใจ และขอขอบคุณประโยชน์ แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน อนึ่งหากมีข้อบกพร่องด้วยประการใดขออภัยไว้ด้วยความขอบคุณยิ่ง

อารอพี๊ะห์ ชาญน้ำ

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อ	(5)
Abstract.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง	(12)
รายการภาพประกอบ	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	2
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health System (DHS) และบทบาทคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ District Health Board (DHB).....	7
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก.....	25
บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก.....	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
เครื่องมือในการวิจัย.....	48
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	51
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	56
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัด สตูล.....	56

สารบัญ

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 2 บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) ในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	64
ส่วนที่ 3 แนวทางพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล.....	84
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	89
สรุปและอภิปรายผล	89
ข้อเสนอแนะ	99
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก เอกสารแนะนำกลุ่มตัวอย่าง (สอบถามและสัมภาษณ์)	105
ภาคผนวก ข ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ	107
ภาคผนวก ค แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร (data extraction form).....	108
ภาคผนวก ง แบบสอบถาม	116
ภาคผนวก จ แนวคำถามในการสัมภาษณ์	121
ภาคผนวก ฉ แนวคำถามในการสัมภาษณ์	123
ภาคผนวก ช แนวคำถามการสนทนากลุ่ม	125
ภาคผนวก ซ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม	127
ภาคผนวก ฌ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	128
ภาคผนวก ญ ประวัติผู้เขียน	129

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 สรุปบทเรียนระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็นโรคไข้เลือดออก	16
ตารางที่ 2 สรุปบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก.....	43
ตารางที่ 3 ปริมาณน้ำฝน อำเภอละงู จังหวัดสตูล.....	57
ตารางที่ 4 จำนวนประชากรและจำนวนครัวเรือน	58
ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.สต.	61
ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....	63
ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	64
ตารางที่ 8 การดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561	66

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด	4
ภาพที่ 2 ตัวแปรการวิจัย	5
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ	8
ภาพที่ 4 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน	27
ภาพที่ 5 ธรรมชาติของการเกิดโรคไข้เลือดออก.....	37

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันระบบสุขภาพของประเทศไทยกำลังเผชิญสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนจากภาวะโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มมากขึ้น การเกิดโรคติดต่อที่มีแนวโน้มรุนแรงและควบคุมยาก ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ ส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมาก ซึ่งระบบสุขภาพยังขาดระบบการเฝ้าระวังด้านการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่ ดังนั้นประเทศไทยจึงมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการให้บริการระดับปฐมภูมิ รวมถึงระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นของประชาชน โดยพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ ให้ความสำคัญกับการบูรณาการด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ผ่าน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board)” โดยมีตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่เปรียบเทียบกับคานงัด (main level) ของการเปลี่ยนฐานระบบบริการจากโรงพยาบาลเป็นฐานสู่การมีพื้นที่เป็นฐาน และการบริการภายในระบบที่มีโรคเป็นศูนย์กลางสู่บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง อันเป็นหลักการสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สามารถจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพ สร้างความต่อเนื่องและยั่งยืน (กรมปกครอง, 2561) ได้มีการดำเนินการนำร่องในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 จำนวน 73 อำเภอ ซึ่งเครือข่ายสุขภาพอำเภอละงูเป็นหนึ่งใน 73 อำเภอ ที่ได้พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ผ่านกลไก “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” และได้นำกลไกดังกล่าวขับเคลื่อนประเด็นโรคไขเลือดออก ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอละงู

จากสถานการณ์โรคไขเลือดออกประเทศไทย มีการระบาดทั่วทุกภาคของประเทศ ภาคกลางอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา คือ ภาคใต้ ในปี พ.ศ. 2558-2559 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไขเลือดออก 16.96 และ 25.10 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นและเกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ขณะที่ในจังหวัดสตูลพบผู้ป่วยโรคไขเลือดออก 49.43 และ 30.17 ต่อประชากร

แสนคน และอำเภอละงูพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 30.17 และ 42.40 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2562) อีกทั้งยังพบผู้ป่วยเสียชีวิตโรคไข้เลือดออก 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 2.78 สูงกว่าเป้าหมายในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับประเทศ ซึ่งกำหนดให้อัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.10 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอละงู มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นและเกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดและมีความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 5 - 14 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียน นับเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอละงูที่จะต้องร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคและการตายจากโรคไข้เลือดออก

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน แต่ยังมีงบประมาณไม่เพียงพอและการเชื่อมต่อข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม รวมถึงบทบาทหน้าที่ของระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอยังไม่ชัดเจน (สุวภัทร และคณะ, 2559) ทำให้การป้องกันโรคขาดความยั่งยืน ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการลดโรคได้สำเร็จ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นกลไกสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564) ที่ให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ อาจเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในอำเภอละงูลดลงและเกิดความยั่งยืน

ดังนั้นในการศึกษารั้วนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล เพื่อเป็นแนวทางสร้างการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกในอำเภอละงูได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาในพื้นที่อำเภอละงู จังหวัดสตูล

2. ขอบเขตด้านประชากร

- 2.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- 2.2 คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก)
- 2.3 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล
- 2.4 ประชาชน อำเภอละงู จังหวัดสตูล

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

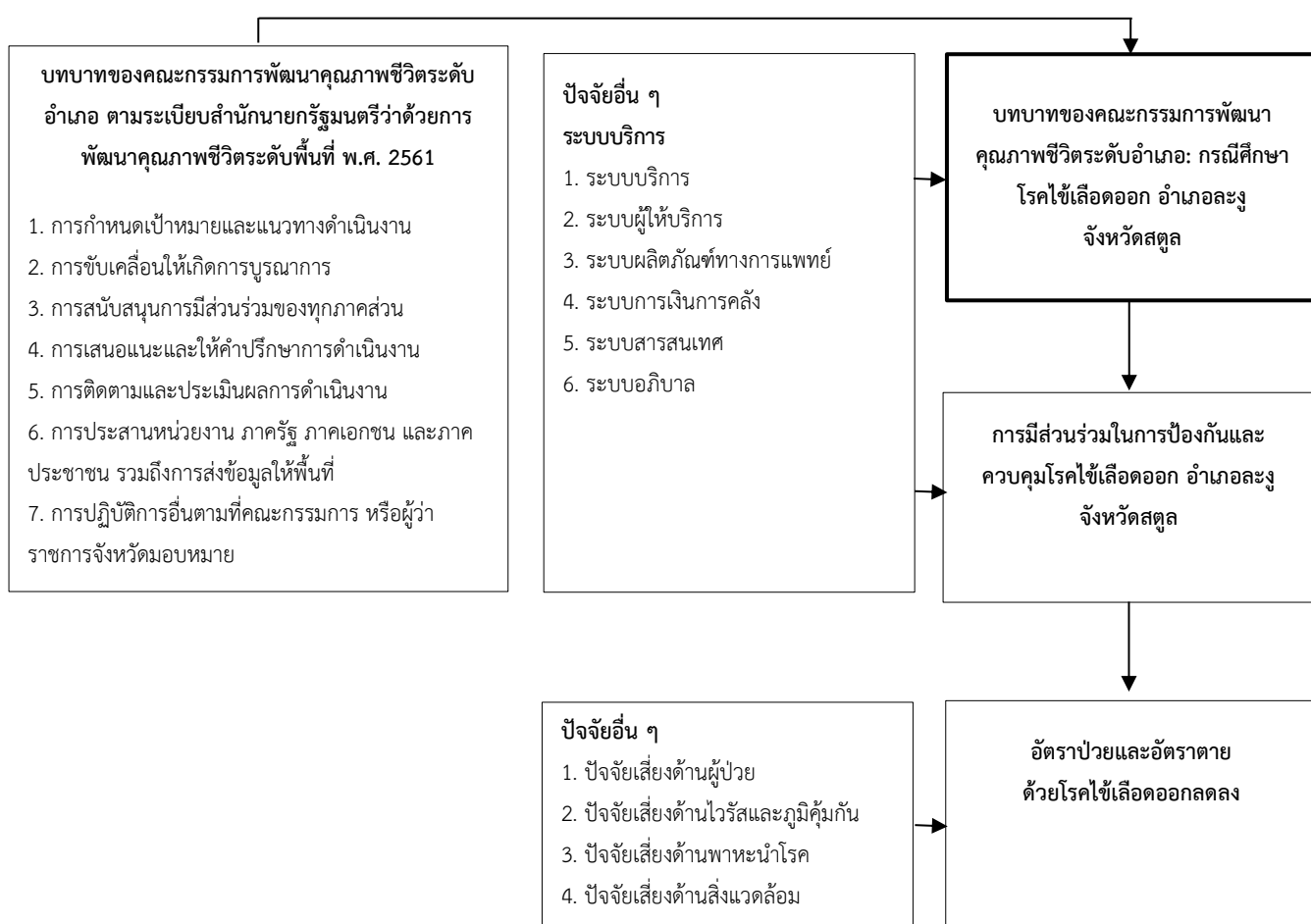
การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 เป็นเวลา 1 ปี 7 เดือน

คำถามการวิจัย

1. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล เป็นอย่างไร
2. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล ควรเป็นอย่างไร

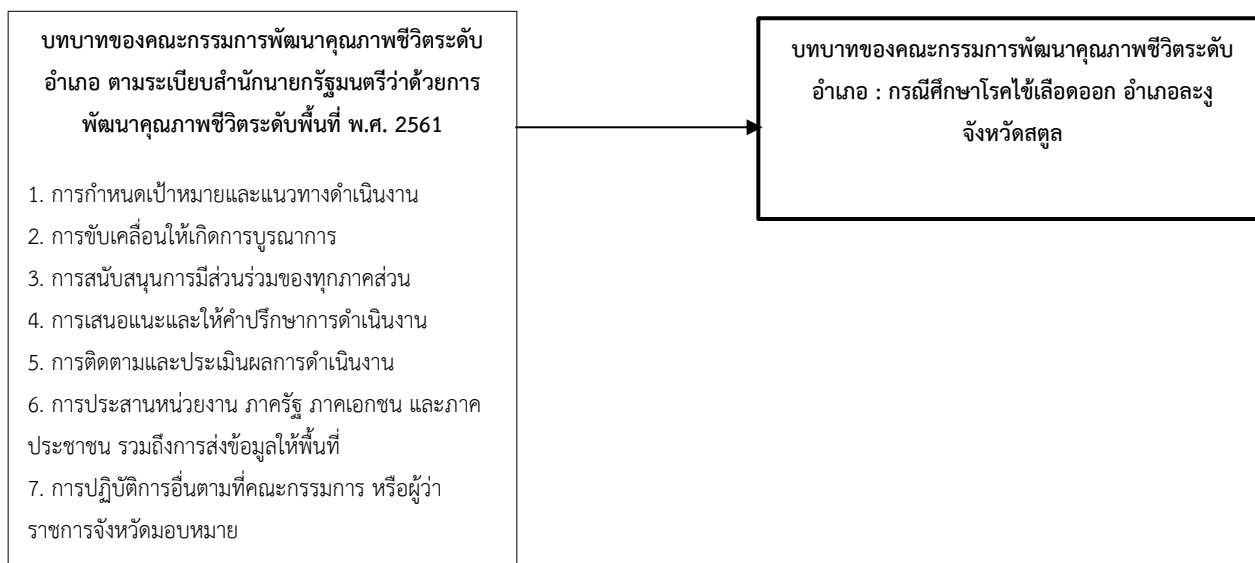
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) และบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ตัวแปรการวิจัย



ภาพที่ 2 ตัวแปรการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งจากภาคสาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชน ในการกำหนดยุทธศาสตร์ แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต การดำเนินการ และติดตามประเมินผลตามยุทธศาสตร์ แผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่อยู่ในอำเภอทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อส่งเสริมภาวะการนำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

2. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

มาตรการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการกำจัดหรือยับยั้งเชื้อโรคก่อนที่จะเกิดโรคไข้เลือดออกและมาตรการแทรกแซงต่าง ๆ เพื่อหยุดยั้งอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออก รวมทั้งกระบวนการที่จะเกิดตามมาจากการเกิดโรค เพื่อลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคไข้เลือดออก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. แนวทางการพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. การลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายจากโรคไข้เลือดออก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health System (DHS) และบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ District Health Board (DHB)
2. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health System (DHS) และบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ District Health Board (DHB)

1.1 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health System (DHS)

1.1.1 ความหมายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันทุกภาคส่วนที่มีลักษณะซับซ้อน มีความสัมพันธ์ สามารถประสานเชื่อมโยง บูรณาการทรัพยากร ภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการ ชื่นชมและการจัดการความรู้ที่ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายเดียวกันเพื่อสุขภาพของประชาชน (เดชา และคณะ, 2557; กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งระบบสุขภาพสามารถจำแนกระบบย่อยได้เป็น 6 ระบบ ดังนี้

1.1.1.1 ระบบบริการ หมายถึง บริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ

1.1.1.2 ระบบผู้ให้บริการ หมายถึง กำลังคนที่เพียงพอ มีความรู้ มีสัดส่วนที่เหมาะสม สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม

1.1.1.3 ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ หมายถึง เวชภัณฑ์ วัคซีน อุปกรณ์การวินิจฉัย และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่มีมาตรฐาน ได้คุณภาพ มีความปลอดภัย รวมถึงระบบการขนส่งที่ดี และมีข้อบ่งชี้ในการใช้

1.1.1.4 ระบบการเงินการคลัง หมายถึง ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม สามารถลดการใช้จ่ายของภาครัฐและบุคคล ผ่านการระดมเงินทุน จัดสรร และบริหารงบประมาณที่เป็นธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1.1.5 ระบบสารสนเทศ หมายถึง ความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้ม ให้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รวมถึงความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการกำกับให้บรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ให้ทั่วถึงและเป็นธรรม

1.1.1.6 ระบบอภិบาล หมายถึง การกำกับดูแลให้องค์กรสุขภาพดำเนินภารกิจอย่างเป็นธรรม โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ที่มุ่งแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันและคาดการณ์เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับปัญหาในอนาคต (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556)

ซึ่งประเทศไทยได้ปฏิรูประบบสุขภาพและพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ โดยผ่านการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้มีการอภิบาลระบบสุขภาพในพื้นที่

1.1.2 กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ที่มา : เดชา และคณะ, 2557

1.1.3 หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

1.1.3.1 การทำงานร่วมกันระดับอำเภอ (unity district health team) ของเครือข่ายทุกภาคส่วน ซึ่งจะให้ความสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์การทำงานนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมเครือข่ายอย่างชัดเจนและการบริหารจัดการที่ดี

1.1.3.2 การเน้นกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (customer focus) จัดให้มีช่องทางในการรับรู้ ความเข้าใจ ความต้องการของประชาชนหรือผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม โดยนำมาบูรณาการกับระบบการดำเนินงานต่าง ๆ ให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมกับการทำงานด้านสุขภาพ

1.1.3.3 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (community participation) เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ โดยมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการพัฒนา ตั้งแต่การมีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับประโยชน์ โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่ทอดทิ้งกัน

1.1.3.4 การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ (appreciation and quality) เป็นการสร้างคุณค่าที่ให้เกิดคุณค่า โดยสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่เน้นปริมาณแต่เน้นคุณภาพการบริการที่ประชาชนร่วมรับประโยชน์ รวมถึงผู้รับบริการหรือประชาชนมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

1.1.3.5 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and human development) เป็นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการระดมทรัพยากรร่วมกัน ภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและการแบ่งปันทรัพยากรทั้งทรัพยากรคน ทรัพยากรเงิน ทรัพยากรด้านเครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ และในส่วนการพัฒนาบุคลากร จะให้ความสำคัญในการพัฒนาคน ซึ่งจะวิเคราะห์ส่วนที่ขาด โดยพัฒนาตามสภาพปัญหาที่มีอยู่ ความต้องการของบุคคลและหน่วยงาน ซึ่งมีรูปแบบหลากหลายวิธี เช่น การใช้ระบบพี่เลี้ยง การฝึกอบรม การดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น

1.1.3.6 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (essential care) เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและความหลากหลายทางวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพ โดยครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การเข้าถึงบริการ (accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (continuity) การเชื่อมโยงประสาน (coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensiveness) และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (community participation) (เดชา และคณะ, 2557)

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ

การประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีศึกษา อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (สุวภัทร และคณะ, 2559) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดน่าน (ยงยุทธ และคณะ, 2559) และประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ จังหวัดตาก (ปราโมชย์ และคณะ, 2557) โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

การทำงานร่วมกันระดับอำเภอ จากผลการวิจัยพบว่า การกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (สุวภัทร และคณะ, 2559) บทบาทแต่ละพื้นที่ได้มีการบูรณาการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการพัฒนางานในพื้นที่ที่มีอยู่เดิม (ปราโมชย์ และคณะ, 2557) การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ได้กำหนดกลยุทธ์ขององค์กร รวมถึงความเหมาะสมด้านโครงสร้างของเครือข่าย และค่านิยมร่วมต่อความสำเร็จในการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการบริหารงานเครือข่ายระดับอำเภอ ระดับมาก (ยงยุทธ และคณะ, 2559) และการศึกษาของปราโมชย์ และคณะ (2557) พบว่า องค์กรประกอบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง

การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน จากผลการวิจัยพบว่า กระบวนการที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานด้านสุขภาพ เช่น การคัดเลือกปัญหาโดยผ่านการมีส่วนร่วม (สุวภัทร และคณะ, 2559) และการใช้รูปแบบการทำแผนชุมชน (ปราโมชย์ และคณะ, 2557)

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมในการติดตามการดำเนินงานนั้น ดำเนินการโดยการเยี่ยมนิเทศจากฝ่ายยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สุวภัทร และคณะ, 2559) และการศึกษาของปราโมชย์ และคณะ, (2557) ประเด็นการประเมิน การติดตามนิเทศ และประเมินผล มีความสอดคล้องในระดับปานกลางและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนมีความสอดคล้องระดับมาก

การทำงานจนเกิดคุณค่า จากผลการวิจัยพบว่า การให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจระดับมาก ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ผ่านการเรียนรู้ร่วมกัน (สุวภัทร และคณะ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของปราโมชย์ และคณะ (2557) การทำงานจนเกิดคุณค่า มีความสอดคล้องในระดับปานกลาง

การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร จากผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นของผู้ให้บริการด้านบุคลากร มีแผนการพัฒนาบุคลากร รวมถึงวิธีการพัฒนาและการแบ่งปันทรัพยากร มีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ สื่อ อุปกรณ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า มีการใช้บุคลากร สื่อ อุปกรณ์ ร่วมกัน (สุวภัทร และคณะ, 2559)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราโมชย์ และคณะ (2557) ที่ว่า ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านนโยบาย บุคลากร งบประมาณและด้านวัสดุอุปกรณ์ นั้นมีความสอดคล้องกันในระดับปานกลาง ส่วนการ แบ่งปันและการพัฒนาบุคลากร มีความสอดคล้องในระดับมาก (ยงยุทธ และคณะ, 2559) รวมทั้งการใช้กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาเครือข่ายบริการ ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ และการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) (ปราโมชย์ และคณะ, 2557)

การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น จากผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมของระบบ ปฏิบัติมีความสำคัญ (ยงยุทธ และคณะ, 2559) ซึ่งปัจจัยด้านระบบปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อความสำเร็จ ในการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรได้ ร้อยละ 31.3 (ยงยุทธ และคณะ, 2559)

ปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จในการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย

1. คำสั่งโครงสร้างและและกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคล องค์กร จากพื้นที่
2. การมีส่วนร่วมที่แท้จริงของภาคีเครือข่ายในชุมชน
3. การสนับสนุนด้านนโยบาย
4. การสนับสนุนด้านคน เงิน วัสดุ เทคโนโลยี วิชาการ (ปราโมชย์ และคณะ, 2557)

2557)

แต่ทั้งนี้ยังมีงบประมาณไม่เพียงพอ การเชื่อมต่อข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม และ บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอยังไม่ชัดเจน (สุวภัทร และคณะ, 2559)

จากการศึกษาของปราโมชย์ และคณะ (2557) ควรมีการปลูกกระแสและเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์โครงการต่อสาธารณชนผ่านสื่อมวลชนทุกแขนง การจัดศูนย์การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และรูปแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านเวทีการประชุมสัมมนาวิชาการต่าง ๆ สนับสนุน การศึกษางานวิจัยเชิงเปรียบเทียบพื้นที่ ทั้งในเชิงขนาดและเชิงภูมิศาสตร์ กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการ พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในหน่วยงานระดับพื้นที่ โดยหน่วยงานส่วนกลางควรพิจารณาถึง ความสอดคล้องและส่งเสริมเพื่อสานต่อต้นทุนบริบทในพื้นที่ พัฒนาเครื่องมือในการขับเคลื่อน DHS เพิ่มเติม คือ DHS-DCA UCARE, UCCARE และถอดบทเรียนกระบวนการบริหารจัดการที่ดีในการ ขับเคลื่อน DHS ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การประเมินผลการดำเนินการของเครือข่าย บริการสุขภาพระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง มีส่วนร่วมใน การดำเนินงานเรียนรู้ร่วมกัน ยังมีงบประมาณไม่เพียงพอ การเชื่อมต่อข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม และ บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอยังไม่ชัดเจน ปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จของการ บริหารงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย คำสั่งโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ของ

บุคคลองค์กรจากพื้นที่ การมีส่วนร่วมที่แท้จริงของภาคีเครือข่ายในชุมชน การสนับสนุนด้านนโยบาย ด้านคน เงิน วัสดุ เทคโนโลยี วิชาการ และระบบปฏิบัติงาน

การศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประเด็นโรคไข้เลือดออก

ภายใต้การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System :DHS) การจัดการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกใน 3 พื้นที่ คือ อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง และอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้นำแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ มาดำเนินการ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยดึงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน สร้างความเข้มแข็งในระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดย “ใช้พื้นที่เป็นฐาน ให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” การจัดระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของคนในพื้นที่ โดยจัดการด้านทรัพยากรบุคคลากร ทรัพยากรเทคโนโลยีสารสนเทศ องค์ความรู้ และทรัพยากรงบประมาณร่วมกัน ทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงง่าย จากการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (ร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์) โดยระยะแรกทำให้เกิดความผูกพัน มีใจรัก รู้สึกเป็นเจ้าของด้วยความเต็มใจ เกิดความภาคภูมิใจ กระทั่งชุมชนมีความตื่นตัวร่วมสร้าง “ระบบสุขภาพชุมชน” ดังนั้น ระบบสุขภาพระดับอำเภอ จึงเป็นก้าวสำคัญในการจัดระบบสุขภาพแบบเชื่อมโยงสามารถแก้ปัญหาได้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่มากที่สุด (สิทธิพร และคณะ, 2559) โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

การดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส

การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เน้นให้ความสำคัญกับประชาชน โดยการคืนข้อมูลปัญหาโรคไข้เลือดออก ใช้หลักการสร้างความเป็นเจ้าของ จัดเวทีประชาคม โดยใช้ต้นทุนทางสังคม และร่วมสร้างข้อตกลงด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน ที่ประชาชนสามารถปฏิบัติได้ 3 ข้อ ดังนี้

1. ทุกหลังคาเรือนร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นกิจวัตรประจำวัน
2. ป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัดด้วยวิธีต่าง ๆ หากมีผู้ป่วยหรือสงสัยว่าจะป่วยเป็นไข้เลือดออก ให้แจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านทันที
3. ช่วงฤดูฝนของชาวสวนยางพาราไม่ได้กรีดยาง จะต้องคว่ำถ้วยรองน้ำยางเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในสวนยางพารา

ซึ่งการใช้กระบวนการจากการคิดกิจกรรมร่วมกันบนพื้นฐานหลักการป้องกันและควบคุมโรคจะช่วยลดความชุกชุมของยุงซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ได้สร้างการมีส่วนร่วมของ

เครือข่ายและชุมชนในระดับอำเภอ นายอำเภอได้มอบนโยบายการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอลงสู่ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน โดยร่วมคิดวิเคราะห์ชุมชนตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ กำหนดให้มีกิจกรรมการดำเนินงานในรูปแบบงานระดับอำเภอ และติดตามกำกับกำกับการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคในระดับหมู่บ้าน นำร่องในหมู่ 6 ตำบลเวียง สร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย โดยได้ยกปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญของหมู่บ้าน การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนา ได้ระดมทุนจัดสรรแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงประชาชนแบบ 2 ภาษาคือ ภาษาไทยและภาษายาวี (ภาษาท้องถิ่น) ส่งเสริมการควบคุมพาหะนำโรค โดยใช้ภูมิปัญญาที่มีในท้องถิ่น ได้แก่ การทำน้ำหมักชีวภาพไλύงลาย โดยการใช้พืชสมุนไพรที่สามารถหาได้ในท้องถิ่น ช่วยหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้วยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค และขยายภูมิปัญญาท้องถิ่นไปทุกตำบล การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอเวียงใช้เครื่องมือในการจัดการควบคุมและป้องกันโรคล่วงหน้า มีการพัฒนาศักยภาพให้เกิดทีมที่เข้มแข็งสามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินหรือตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชนได้ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเบื้องต้นในการควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น ได้ขยายความร่วมมือ โดยชุมชนร่วมกันจัดตั้งศูนย์รับแจ้งข่าวสารโรคติดต่อเครือข่ายระดับตำบล ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน เพื่อเป็นศูนย์กลางการคืนข้อมูลข่าวสารการเฝ้าระวังโรคติดต่อ และจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วภาคประชาชน โดยคนในหมู่บ้าน ทำให้การทำงานเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจและการชื่นชมเป็นแรงหนุนเสริมเชิงบวกของตำบล เพื่อสร้างคุณค่าและชื่นชมการทำงานที่เป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน เช่น กิจกรรมประกวดบ้านตัวอย่างปลอดลูกน้ำยุงลาย มอบรางวัลบุคคลครัวเรือน และมอบเกียรติบัตร และใช้กระบวนการถ่ายทอดความสำเร็จแก่บ้านอื่น ๆ ในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อนและเพื่อนจูงมือ

ผลการดำเนินงานคนในชุมชนมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออก โดยอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในตำบลเวียงลดลง เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ประเด็นสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การเน้นให้ประชาชนปฏิบัติจริง เช่น ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายมากกว่าใช้เอกสารสำรวจความชุกลูกน้ำยุงลาย ส่งเสริมให้ชาวบ้านแจ้งข้อมูลข่าวสารการเจ็บป่วยให้กับผู้นำชุมชน และใช้หลักศาสนา โดยได้จัดทำเป็นคุดปะท่ประกาศในมัสยิดหลังปฏิบัติศาสนกิจละหมาดวันศุกร์

การดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ เน้นให้ความสำคัญกับประชาชน ใช้มาตรการทางสังคมผ่านกระบวนการประชาคม ได้คืนข้อมูลจากการสำรวจลูกน้ำยุงลายให้กับประธานหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสรุปผลดัชนีลูกน้ำยุงลายและนำข้อมูลไปแก้ปัญหาร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน ได้แสดงเจตนารมณ์ร่วมกันโดยการทำ “บันทึกความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (MOU) การจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management - IVM) โดยใช้มาตรการ 5 ป 1 ข 3 ร 3 ค สำรวจลูกน้ำยุงลายโดย อสม. แบบสลับหมู่บ้าน และใช้นวัตกรรม “เขียวปลอด แดงเตือน” การแบ่งปันทรัพยากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณ ในการจัดทำแผ่นซีดีเพลงเพื่อประชาสัมพันธ์ รมรงค์ให้ชาวบ้านรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกโดยใช้ “รถซาเล้งลดโรคเก็บบยะ” ประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ด้วยเครื่องขยายเสียง การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น และจัดตั้งศูนย์ซ่อมเครื่องฟันทมอกควัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้การทำงานเกิดคุณค่าทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ โดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจและการชื่นชมในเชิงสัญลักษณ์ กรณีพบลูกน้ำยุงลายเกินกว่าค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย จะใช้วิธีแจ่งเตือนด้วยสัญลักษณ์สีแดงติดที่หน้าบ้าน หากบ้านใดไม่พบดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายไม่เกินค่ามาตรฐานจะให้ติดสัญลักษณ์สีที่หน้าบ้านเป็นสีเขียว คือ ปลอดลูกน้ำยุงลาย

ผลการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในภาพรวมทั้งอำเภอพบว่า ในชุมชน (โรงเรียน วัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานะที่ราชการ และโรงพยาบาล) มีค่าดัชนี HI ต่ำกว่า 10 ค่า BI ต่ำกว่า 50 ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้การกำจัดยุงลายประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน นั้น ประกอบด้วย การสำรวจลูกน้ำยุงลาย ใช้วิธีไขว้กันระหว่างหมู่บ้าน และใช้นวัตกรรม “เขียวปลอด แดงเตือน” เป็นสัญลักษณ์ติดเตือนที่หน้าบ้าน เพื่อสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจง่ายเป็นมาตรการทางสังคมที่ชุมชนยอมรับ

การดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ เน้นให้ความสำคัญกับประชาชน ร่วมคิด ร่วมพูดคุย ค้นหาปัญหา วางแผน การดำเนินงานจัดการโรคไข้เลือดออกร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน โดยทำหนังสือบันทึกข้อตกลง (MOU) จัดทำโครงการฝึกพลังเยาวชนไทยต้านภัยไข้เลือดออกในโรงเรียน และอบรมนักเรียน สारวัตรปราบยุงลายทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล การแบ่งปันทรัพยากร ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำป้ายไว้นิวให้ควมรู้ไข้เลือดออก 4 มุมเมือง เพื่อประชาสัมพันธ์แจ่งเตือนพื้นที่เสี่ยง และศูนย์ระบาดวิทยาโรงพยาบาลหาดใหญ่ สนับสนุนในด้านเทคนิคและกระบวนการพัฒนาโปรแกรมทีมพ่นออนไลน์ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านการเฝ้าระวัง

โรคระหว่างสถานบริการที่เป็นเครือข่ายและนอกเครือข่าย การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น จัดตั้งทีมพ่นสารเคมีกลางของอำเภอหาดใหญ่ เพื่อทำหน้าที่พ่นหมอกควันแบบรวดเร็วในพื้นที่ การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจและการชื่นชม ได้แก่ กิจกรรมประกวดโรงเรียนด้านสารวัตรลูกน้ำยุงลาย

ผลการดำเนินงาน กระบวนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์ระดับวิทยาโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในด้านเทคนิค กระบวนการ และการได้รับความร่วมมือจากชาวบ้าน สถานศึกษา ประธานชุมชน การสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างภาครัฐและชุมชน ทำให้ชุมชนมีความตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหา ประเด็นสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การใช้กลไกสุขภาพในเขตเมือง ซึ่งมีภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เห็นความสำคัญของปัญหาและส่งเสริมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบใกล้ตัว เช่น ปลูกตะไคร้หอม นำส่วนของใบมาใช้ไล่ยุงลาย มีโรงเรียนที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม เช่น โรงเรียนสมัยศึกษาพบว่า ไม่มีนักเรียนและครูป่วยเป็นไข้เลือดออก

บทเรียนที่ได้รับในแต่ละพื้นที่

พื้นที่แต่ละพื้นที่มีเอกลักษณ์และสาเหตุของปัญหาแตกต่างกัน วิธีการทำงานจึงมีความแตกต่างกัน การเรียนรู้จากพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน จึงเป็นบทเรียนที่ดี สามารถนำมาสู่การประยุกต์หรือปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ตนเองได้ เช่น อำเภอแวงเน้นวิธีการทำงานเชิงปฏิบัติให้ประชาชนปฏิบัติจริงมากกว่าเรียนรู้จากเอกสาร ได้แก่ การให้ชุมชนสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายด้วยตนเอง มีการติดตามผลโดยให้หัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนครัวเรือนร่วมสำรวจความสะอาดของบ้าน สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ประชาชนร่วมกันรณรงค์อย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ จนในที่สุดชาวบ้านสามารถทำได้เองเป็นกิจวัตร เกิดความยั่งยืนในชุมชน นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ชาวบ้านแจ้งข้อมูลข่าวสารเจ็บป่วยให้กับผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้สามารถจัดการตนเองกับโรคได้ในเบื้องต้น แทนการรอรับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานท้องถิ่นอย่างเดียว นอกจากนี้ ยังใช้หลักคำสอนของศาสนาปรับใช้ เช่น การแต่งตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้นำศาสนาให้มีการประชาสัมพันธ์โรคติดต่อผ่านการประกาศ (คุตบะห์) ทุกวันศุกร์ที่มีสยิด

อำเภอศรีนครินทร์ ใช้นวัตกรรม “เขียวปลอด แดงเตือน” เป็นป้ายสัญลักษณ์ติดเตือนหน้าบ้าน ซึ่งเป็นมาตรการทางสังคมนำมาใช้สื่อสารให้ประชาชนเข้าใจง่ายและเป็นที่ยอมรับ ซึ่งสัญลักษณ์สีเขียว หมายถึง บ้านหลังนั้นปลอดลูกน้ำยุงลาย สีแดง หมายถึง บ้านหลังนั้นเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เจ้าบ้านหรือชุมชนต้องริบร่วมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทันที สำหรับการติดตามหรือตรวจสอบ ใช้วิธีการตรวจไขว้กันระหว่างหมู่บ้านเพื่อป้องกันการอคติและให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง สามารถสะท้อนปัญหาได้

อำเภอหาดใหญ่ ใช้กลไกสุขภาพในเขตเมือง โดยมีหน่วยงานให้การสนับสนุน เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ศูนย์ระบาดวิทยา และภาคีเครือข่ายในชุมชน มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกแบบใกล้ชิด

บทเรียนที่ได้รับจาก 3 พื้นที่ที่มีลักษณะเหมือนกัน ได้แก่ การให้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทุนทางสังคมและกลไกในพื้นที่ตนเองขับเคลื่อนการดำเนินงาน การสร้างความร่วมมือ การทำงานประสานเป็นหนึ่งเดียว มุ่งให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกัน ทั้งร่วมคิด ตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมผลักดัน ชาวบ้านเป็นเจ้าของข้อมูล ใช้ข้อมูลเป็นเครื่องมือเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค นอกจากนี้มีการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือ สร้างต้นแบบ เช่น การประกวดหมู่บ้านสะอาด การถ่ายทอดเรียนรู้ และการสอดแทรกเนื้อหาในเวทีประชุมต่าง ๆ เช่น เวทีประชาคมหมู่บ้าน การประชุมสภาตำบล เวทีประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น (สิทธิพร และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ, 2559)

ตารางที่ 1 สรุปบทเรียนระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็นโรคไข้เลือดออก

ประเด็น	อำเภอแฉ่ง จังหวัดนราธิวาส	อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง	อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)	คณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ	ภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ	ภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ
2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer focus)	- การคืนข้อมูลปัญหาโรคไข้เลือดออก - ใช้หลักการสร้างความเป็นเจ้าของ - เวทีประชาคม โดยใช้ต้นทุนทางสังคม - ข้อตกลงด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน	การเข้ามาตรกรทางสังคมผ่านกระบวนการประชาคม	ร่วมคิด พุดคุย ค้นหาปัญหา วางแผน การดำเนินงาน จัดการโรคไข้เลือดออก
3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและคนในชุมชน (Community participation)	ระดับอำเภอ - มอบนโยบายการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอลงสู่ระดับตำบลหมู่บ้าน - ร่วมวิเคราะห์ชุมชนตามสภาพปัญหาของแต่ละ	- การแสดงเจตนาารมณ์ร่วมกันโดยการทำ “บันทึกความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (MOU)	- จัดทำโครงการพณีกพลังเยาวชนไทยต้านภัยไข้เลือดออกในโรงเรียน - ทำหนังสือบันทึกข้อตกลง (MOU) - มีการอบรมนักเรียน สารวัตรปราบยุงลายทั้งใน

ประเด็น	อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส	อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง	อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
	<p>ตำบล กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานในรูปแบบงานอำเภอ และติดตามกำกับ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค</p> <p>ระดับหมู่บ้าน</p> <p>หมู่ 6 ตำบลเวียง สร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย โดยได้ยกปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญของหมู่บ้าน</p>	<p>- การจัดการพาหะนำโรค ไข้เลือดออกแบบผสมผสาน โดยใช้มาตรการ 5 ป 1 ข 3 ร 3 ค</p> <p>- การใช้มาตรการทางสังคม ผ่านกระบวนการประชาคม</p> <p>- ใช้นวัตกรรม “เขียวปลอดภัย เตือน”</p> <p>- การสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดย อสม. แบบสลับหมู่บ้าน</p>	<p>เขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล</p>
<p>4) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Appreciation and Quality)</p>	<p>- กระบวนการสร้างแรงจูงใจ และการชื่นชมเป็นแรงหนุนเสริมเชิงบวกของตำบล</p> <p>- มีกิจกรรมประกวดบ้านตัวอย่างปลอดลูกน้ำยุงลาย มอบรางวัลบุคคลครัวเรือน และมอบเกียรติบัตร</p> <p>- ถ่ายทอดความสำเร็จแก่บ้านอื่นๆ “เพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อนจงมือ”</p>	<p>- กระบวนการสร้างแรงจูงใจ และการชื่นชมในเชิงสัญลักษณ์กรณีพบลูกน้ำยุงลายเกินกว่าค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย จะใช้วิธีแจ้งเตือนด้วยสัญลักษณ์สีแดงติดที่หน้าบ้าน หากบ้านใดไม่พบดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายไม่เกินค่ามาตรฐาน จะให้ติดสัญลักษณ์ที่หน้าบ้านเป็นสีเขียว คือ ปลอดลูกน้ำยุงลาย</p>	<p>- กระบวนการสร้างแรงจูงใจ และการชื่นชม มีกิจกรรมประกวดโรงเรียน ด้านสารวัตรลูกน้ำยุงลาย</p>
<p>5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and Human development)</p>	<p>- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงประชาชนแบบ 2 ภาษาคือ ภาษาไทยและภาษาอาวี (ภาษาท้องถิ่น)</p> <p>- ส่งเสริมการควบคุมพาหะนำโรค โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น</p>	<p>- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมจัดทำแผ่นซีดีเพลงรณรงค์ให้ชาวบ้านรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกโดยใช้ “รถซาเล้ง ลดโรคเก็บขยะ” เพื่อประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ด้วยเครื่องขยายเสียง</p>	<p>- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำป้ายไว้นิให้ความรู้ไข้เลือดออก 4 มุมเมือง เพื่อประชาสัมพันธ์แจ้งเตือนพื้นที่เสี่ยง</p> <p>- ศูนย์รบาดวิทยา อำเภอหาดใหญ่ พัฒนาโปรแกรมทีมพ่นออนไลน์</p> <p>- การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านการเฝ้าระวัง</p>

ประเด็น	อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส	อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง	อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
	<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุน หนุนเสริม การพัฒนาศักยภาพของภาคี เครือข่ายในชุมชนในการ ถ่ายทอดความรู้ ด้วยการจัด อบรมเชิงปฏิบัติการ การ ป้องกันควบคุมโรค และมี การขยายภูมิปัญญาท้องถิ่น ไปทุกตำบล 		<p>โรคระหว่างสถานบริการที่ เป็นเครือข่ายและนอก เครือข่าย</p>
<p>6) การให้บริการสุขภาพตาม บริบทที่จำเป็น (Essential care)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนร่วมจัดตั้งศูนย์รับ แฉ่งข่าวสารโรคติดต่อ เครือข่ายระดับตำบลประจำ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน เพื่อเป็น ศูนย์กลางการคืนข้อมูล ข่าวสารการเฝ้าระวัง โรคติดต่อ - จัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวน โรคเคลื่อนที่เร็วภาค ประชาชนโดยคนในหมู่บ้าน - พัฒนาศักยภาพให้ทีม เข้มแข็ง สามารถตอบโต้ ภาวะฉุกเฉิน ตรวจสอบ เหตุการณ์ผิดปกติในชุมชน และดำเนินกิจกรรมเบื้องต้น ในการควบคุมโรค - ใช้เลือดออก - ใช้เครื่องมือจัดการควบคุม ป้องกันโรคล่วงหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งศูนย์ซ่อมเครื่องฟน หมอกควัน โดยอาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้าน - การคืนข้อมูลจากการ สำรวจลูกน้ำยุงลายให้กับ ประธานหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล เพื่อสรุปผล ดัชนีลูกน้ำยุงลาย และนำ ข้อมูลไปแก้ปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งทีมพ่นสารเคมีกลาง อำเภอหาดใหญ่ เพื่อทำ หน้าที่พ่นหมอกควันแบบ รวดเร็วในพื้นที่

ประเด็น	อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส	อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง	อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
ผลลัพธ์	<p>คนในชุมชนมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออก โดยอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในตำบลเวียงลดลง เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การกำจัดยุงลายโดยใช้การควบคุมด้วยนวัตกรรม “เชียวปลอด แดงเตือน” - มีการวิเคราะห์สถานการณ์ดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในภาพรวมอำเภอ - ชุมชนมีค่าดัชนี HI ต่ำกว่า 10 และ BI ต่ำกว่า 50 ในโรงเรียน วัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานที่ราชการ และโรงพยาบาล ใช้ดัชนี CI=0 	<ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์ระบาวิทยาโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในด้านเทคนิคกระบวนการ และการได้รับความร่วมมือจากชาวบ้านสถานศึกษา ประธานชุมชน - การสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างภาครัฐและชุมชน ทำให้ชุมชนมีความตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหา - โรงเรียนที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม เช่น โรงเรียนสมัยศึกษา พบว่าไม่มีนักเรียนและครูป่วยเป็นไข้เลือดออก
จุดเด่น	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นให้ประชาชนปฏิบัติจริง เช่น ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายมากกว่าใช้เอกสารสำรวจความชุกลูกน้ำยุงลาย - ส่งเสริมให้ชาวบ้านแจ้งข้อมูลข่าวสารการเจ็บป่วยให้กับผู้นำชุมชน - การใช้หลักศาสนา ประชาสัมพันธ์ โดยการทำคุตบะห์ในมัสยิด หลังปฏิบัติศาสนกิจละหมาดทุกวันศุกร์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้นวัตกรรม “เชียวปลอด แดงเตือน” เป็นสัญลักษณ์ติดเตือนที่หน้าบ้าน สื่อสารให้ประชาชนเข้าใจง่ายเป็นมาตรการทางสังคมที่ชุมชนยอมรับโดยสื่อสัญลักษณ์ - ตรวจสอบบ้านแต่ละหลังใช้วิธีไขว้กันระหว่างหมู่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้กลไกสุขภาพในเขตเมือง ซึ่งมีภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เห็นความสำคัญของปัญหา - ส่งเสริมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบใกล้ตัว

1.2 บทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ District Health Board (DHB)

1.2.1 แนวคิดของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ District Health Board (DHB)

ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 ตามมาตรา 11(6) (8) ได้วางระเบียบไว้ ดังนี้

ข้อ 1 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ซึ่งมีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธานกรรมการ และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ ผู้บริหารระดับสูงจากกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารกองทุนต่าง ๆ และผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยมีวัตถุประสงค์ให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ คือ การขับเคลื่อนทำให้มีกลไกในภาครัฐจากส่วนกลาง ทำหน้าที่สนับสนุนขับเคลื่อนตามคุณลักษณะจำเพาะของความเป็นอำเภอในจังหวัดต่าง ๆ และความเป็นเขตในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ว่า “สุขภาวะคุณภาพชีวิต” และ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน ไทยใส่ใจดูแลกัน” บนพื้นฐานของการส่งเสริมให้มี “ภาวะการณ้นำร่วม (Integration) การบูรณาการ (Collective Leadership)” และการมีส่วนร่วม (Participation) กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว มี “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.)” ในจังหวัดต่าง ๆ และ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับเขต (พชช.)” ในกรุงเทพมหานคร เป็นกลไกสำคัญ โดยมีพื้นฐานมาจากกระบวนการที่สามารถแบ่งในภาพรวม ได้เป็น 2 ลักษณะกล่าวคือ กระบวนการจากส่วนกลาง สู่คณะกรรมการ พขอ. พชช. (Top-down process) และกระบวนการจากรายบุคคล ครอบคลุม ชุมชน สู่คณะกรรมการ พขอ. พชช. ตามข้อ 5 ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยภาครัฐในพื้นที่ ด้านทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน และภาคประชาชน

3. ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ พชช. เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด รวมถึงเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่

4. ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขในการดำเนินงานของ พชอ. หรือ พชข. หรือเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

5. เสนอแนะแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม หรือปรับปรุงกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

6. เสนอแนะแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม หรือปรับปรุงกฎหมายหรือระเบียบเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กำกับและติดตามผลการดำเนินการของ พชอ. หรือ พชข. เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด รวมถึงเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่

7. ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย ในการดำเนินงานตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ เพื่อปฏิบัติงานตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561)

ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้คณะกรรมการนโยบายฯ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจากส่วนกลาง มีบทเรียนจากประสบการณ์และพัฒนาการที่ต่อเนื่อง จากการลงนาม การบันทึกความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การกำหนดองค์ประกอบต่าง ๆ ของคณะกรรมการฯ อยู่บนพื้นฐานของหลัก เหตุผลที่สำคัญ คือ ฐานของพัฒนาการให้การสนับสนุนในระดับนโยบายจากการดำเนินการร่วมกัน ผ่านการลงนามการบันทึกความร่วมมือและมืองค์ประกอบที่ครอบคลุมตามความจำเป็น และมีจำนวน ไม่มากเกินไปเพื่อให้การสนับสนุนและส่งเสริมภาวการณ์นำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมใน พื้นที่ สามารถดำเนินการในระดับนโยบายได้อย่างคล่องตัว (ยงยุทธ, 2561) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะการณ้นำร่วม (Collective Leadership) หมายถึง ภาวะการณ้นำ ที่ให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงและการทำให้เกิดเป็นความร่วมมือขององค์ประกอบและภาคส่วน ต่าง ๆ ประกอบด้วย

การควบคุมตนเอง หมายถึง ความสามารถในการระลึก รู้เท่าทัน การรับรู้อารมณ์ของตนเองและควบคุมได้อย่างเหมาะสม

การให้คุณค่า หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และไม่ ปฏิเสธการรับรู้ รวมถึงความเชื่อที่นำไปสู่การให้ความสำคัญและการเห็นคุณค่า ค่านิยม ซึ่งอาจเหมือน หรือแตกต่างกันของสมาชิก

ความสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถในการสร้างและการพัฒนาความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมและได้รับความร่วมมือ

การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการรับข้อมูล การรับฟัง การส่งข้อมูล การพูดคุย ติดต่อสื่อสาร แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

การนำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง ความสามารถในการกระตุ้นหรือผลักดันการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้คุณลักษณะของ “ความเป็นอำเภอ”

อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ และใช้อำนาจ

2. การบูรณาการ หมายถึง การเชื่อมโยงบนพื้นฐานเป็นหนึ่งเดียว การลดช่องว่าง ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินการและการขับเคลื่อนต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกดังนี้

การบูรณาการเชิงบริหารจัดการ (Managerial Integration) หมายถึง การบริหารจัดการที่ทำให้ช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการใช้ทรัพยากร

การบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational Integration) หมายถึง การดำเนินการที่มีการเชื่อมโยงเป็นทีมภาคีเครือข่ายทั้งแนวราบ แนวตั้ง (Matrix Teams/Links/ Networks) โดยไม่มีช่องว่างและความซ้ำซ้อน

3. การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรม และการดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการตามแผน การควบคุมกำกับ และการประเมินผล

การพูดคุยแลกเปลี่ยน (Dialogue) ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

การตัดสินใจร่วมกัน (Common Decision) หมายถึง การตัดสินใจบนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับการทำให้เห็นถึงทางเลือกที่เปิดโอกาสให้มีการร่วมกันเลือก

การดำเนินการตามที่มีการตัดสินใจร่วมกัน (ยงยุทธ, 2561)

และตามข้อ 7 กำหนดให้ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด เว้นแต่กรุงเทพมหานคร มี พขอ. ที่มีองค์ประกอบของตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จำนวนไม่เกิน 21 คน โดยผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา นายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ การกำหนดให้ พขอ. มีจำนวนไม่เกิน 21 คน และ พชข. มีจำนวนไม่เกิน 23 คน มีที่มาจากการสังเคราะห์บทเรียนจากการดำเนินการร่วมกันในรูปของภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและการดำเนินการภายใต้ MOU ซึ่งสอดคล้องกับบทเรียนจากประสบการณ์ในระดับนานาชาติในการทำให้

จำนวนคณะกรรมการฯ มีจำนวนไม่มากเกินไป สามารถดำเนินการได้อย่างคล่องตัว ในรูปของคณะกรรมการฯ โดยมีเจตนารมณ์ให้นายอำเภอ ในจังหวัดต่าง ๆ และผู้อำนวยการเขตในกรุงเทพมหานคร เป็นผู้มืบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดกระบวนการคัดเลือกอย่างมีส่วนร่วมและได้รับการแต่งตั้ง โดยมีองค์ประกอบครบถ้วนและมีความสมดุลจากการเป็นตัวแทนของภาครัฐ เอกชน และประชาชน ทั้งนี้ กระบวนการคัดเลือกอยู่บนพื้นฐานของการให้ได้มาซึ่งคณะกรรมการจากภาครัฐก่อนแล้ว จึงร่วมคัดเลือกเพื่อให้ได้มาซึ่งคณะกรรมการภาคเอกชน และคณะกรรมการภาคประชาชน โดยการคัดเลือกผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกำนัน หรือผู้แทน ผู้ใหญ่บ้านในอำเภอเพื่อเป็นคณะกรรมการของ พชอ. และการคัดเลือกของผู้แทนสมาชิกสภาเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นคณะกรรมการของ พชข. เนื่องจากการคัดเลือกบุคคลที่ได้ตำแหน่งมาจากการเลือกตั้งของประชาชนและในแต่ละอำเภอ เขต มีจำนวนที่มีความชัดเจน ดังนั้น ควรมีกระบวนการของการคัดเลือกกันเองก่อนเสนอให้นายอำเภอ ผู้อำนวยการเขตเป็นผู้เห็นชอบและแต่งตั้งคณะกรรมการ

อนึ่ง พชอ. พชข. มีวาระดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับการแต่งตั้ง โดยผู้พ้นจากตำแหน่งแล้วนั้น อาจได้รับการแต่งตั้งอีกได้ มีเจตนารมณ์การทำให้การขับเคลื่อนและการเกิดเป็นวัฒนธรรม “คนอำเภอเดียวกัน ไม่ทอดทิ้งกัน” สามารถดำเนินการและมีการพัฒนาต่อเนื่องตามความจำเป็นและความจำเป็นของแต่ละพื้นที่ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561)

1.2.2 บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 11(6) และ (8) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี จึงวางระเบียบไว้ต่อไปนี้

ข้อ 12 ให้ พชอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่คณะกรรมการกำหนด
2. กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่
3. ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด
4. แผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐ
5. สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และ

ผู้ประกอบกิจการในพื้นที่เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนดไว้

6. ประสานงานหรือร่วมมือกับ พขอ. อื่น หรือ พช. คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนหรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

8. ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย การดำเนินงานให้ พขอ. ประสานงานและร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ โดยขอให้หน่วยงานดังกล่าว ส่งข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแผนงานและเป้าหมายที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ทั้งนี้การกำหนดแผนงานและเป้าหมายดังกล่าวให้คำนึงถึงแผนพัฒนาจังหวัดและแผนพัฒนากลุ่มจังหวัดที่อำเภอนั้นอยู่

ข้อ 13 เมื่อ พขอ. จัดทำหรือแก้ไขแผนงานหรือเป้าหมายแล้ว ให้ พขอ. ส่งแผนงานหรือเป้าหมายดังกล่าว ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการ โดยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการพิจารณาสนับสนุนตามสมควร เพื่อให้ พขอ. สามารถดำเนินการตามแผนงานหรือเป้าหมายดังกล่าว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ พขอ. ทบทวนแผนงานหรือเป้าหมายอย่างน้อยทุกสองปี หรือเมื่อมีข้อเท็จจริงหรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลง (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน บนพื้นฐานส่งเสริมให้มีภาวการณ์นำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมาย “สุขภาวะ คุณภาพชีวิต” และ “คนอำเภอเดียวกัน ไม่ทอดทิ้งกัน”

1.2.3 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

กานต์ชัชพิสิฐ และศิริไลซ์ (2560) ได้ศึกษาประเด็นความท้าทายและการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพบว่า แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอโดยมีคณะกรรมการ พขอ. เป็นผู้นำด้านการจัดการสุขภาพระดับอำเภอนั้น ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังพบปัญหาเกี่ยวกับระบบการดำเนินการและกระบวนการจัดการ ซึ่งการพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. นั้น ควรมีหลักการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ ต้องมีภาวะเป็นผู้นำ มีความมุ่งมั่นในการทำงานแบบกระจายอำนาจ และมีกระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมโดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ประชาชน ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหา

สุขภาพด้วยตนเองและประชาชนเป็นเจ้าของพื้นที่ โดยอยู่ภายใต้กระบวนการของทีมผู้นำ และการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชน นอกจากนี้ คณะกรรมการ พชอ. จะต้องสามารถขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอได้ เพื่อให้ประชาชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ที่มาของ พชอ. รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของ พชอ. จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ส่วนข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนาผู้นำ ได้แก่ 1) ควรเน้นบทบาทระบบการติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและปฏิบัติงาน 2) การปรับมุมมองด้านสุขภาพให้เห็นการเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม 3) การเพิ่มศักยภาพทีมฯ และทีมอนุกรรมการฯ อย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดอบรมพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติการ อาทิ ทักษะการบริหารองค์กร ทักษะการวางแผน และประเมินผล เน้นการออกเยี่ยมเสริมพลังให้กับกลุ่มภาคีเครือข่ายภายในอำเภอ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน และควรเลือกผู้นำที่เป็นผู้แทนภาคส่วนที่ดี

2. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.1 ธรรมชาติของการเกิดโรค

ธรรมชาติของโรค (natural history of disease) หมายถึง วงจรของการเกิดโรคตามธรรมชาติ โดยจุดเริ่มต้นจากคนปกติได้รับองค์ประกอบที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเกิดปัจจัยเสี่ยงของโรค (risk factors) ทำให้มีความไวต่อการเกิดโรค เมื่อเป็นโรคแล้วอาจเกิดความพิการ ความหาย หรือเสียชีวิตได้ ซึ่งธรรมชาติของโรค สามารถแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

2.1.1 ระยะไวต่อการเกิดโรค (stage of susceptibility)

เป็นระยะที่โรดยังไม่เกิด แต่มีองค์ประกอบหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งบุคคลนั้นอาจอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคหรือสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของโรค เป็นระยะก่อนมีพยาธิสภาพ ระยะเวลาขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ ระดับสุขภาพอนามัยของบุคคล และจำนวนของเชื้อโรค โดยโรคติดเชื้อ (infectious disease) มีระยะฟักตัวสั้น เช่น กรณีโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีปริมาณยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกจำนวนมาก โฮสต์ไม่มีการป้องกันตนเอง จึงได้รับเชื้อไวรัสเดงกี ระยะฟักตัวของโรค (incubation period) ระยะเวลา นับจากเชื้อเข้าสู่ร่างกายจนกระทั่งถึงเริ่มมีอาการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก (onset) โรคติดเชื้อมีระยะฟักตัวสั้น ระยะฟักตัวของเชื้อไวรัสเดงกีในคนประมาณ 3-14 วัน โดยทั่วไปประมาณ 5-8 วัน

2.1.2 ระยะก่อนมีอาการของโรค (stage of preclinical disease)

เป็นระยะที่เริ่มมีพยาธิสภาพของโรค ยังไม่มีอาการแสดง (symptom) เนื่องจากพยาธิสภาพไม่มาก ซึ่งการที่ทราบว่า มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นนั้นผ่านการตรวจคัดกรอง (screening of disease) การตรวจสุขภาพ และการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก

2.1.3 ระยะมีอาการของโรค (stage of clinical disease)

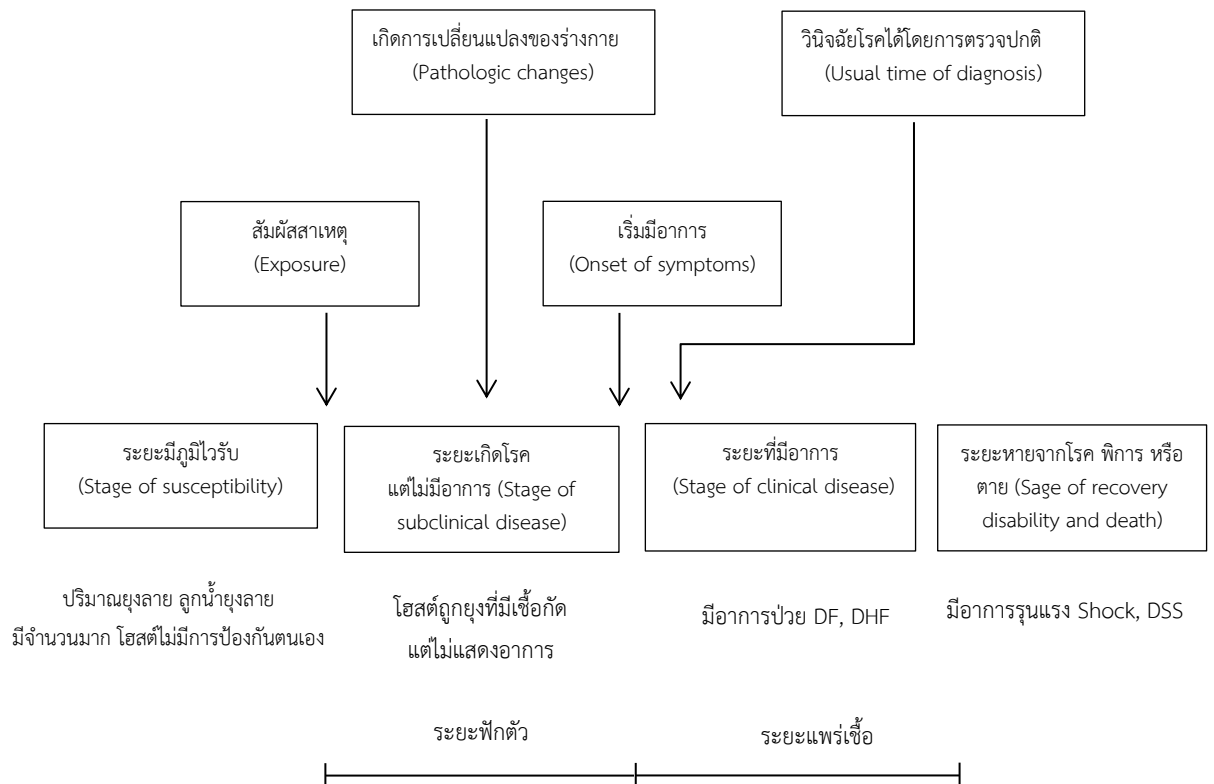
เป็นระยะที่เกิดพยาธิสภาพของโรค มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับลักษณะ และหน้าที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตามชนิดของโรค มีอาการของโรคเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบแพทย์ในระยะนี้ การดำเนินโรคของโรคไขเลือดออก แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤติ และระยะฟื้นตัว มีอาการสำคัญ ได้แก่ ไข้สูงลอยประมาณ 2-7 วัน มีอาการเลือดออกบริเวณผิวหนัง มีตับโต กดเจ็บ และอาจมีภาวะไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ระยะนี้เป็นระยะที่แพร่เชื้อได้ ระยะที่ผู้ป่วยมีไข้สูงประมาณวันที่ 2-4 ระยะนี้เป็นระยะติดต่อจากคนสู่คน และระยะเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสในยุงอีกประมาณ 8-10 วัน จึงจะเป็นระยะติดต่อจากยุงสู่คน

2.1.4 ระยะมีความพิการของโรค (stage of disability)

เป็นระยะหลังจากที่มีอาการของโรคเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยอาจจะได้รับหรือไม่ได้รับการรักษาโรคจากแพทย์ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเร็ว ก็มีความพิการน้อยหรือไม่มี และผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาช้าอาจพบความพิการ ทำให้เสียสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะ ผลตามมาหลังจากเป็นโรค คือ หาย พิการ หรือเสียชีวิต

ธรรมชาติของโรค เปรียบเสมือนภูเขาน้ำแข็งที่ลอยในมหาสมุทร ส่วนที่มองเห็นมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับส่วนที่มองไม่เห็นที่อยู่ใต้น้ำ กลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการหรือกลุ่มที่มีอาการ แต่ไม่ไปพบแพทย์ยังมีจำนวนมาก (ไพบูลย์, 2553) เช่น ผู้ป่วยโรคไขเลือดออกที่ได้รับการรักษาเร็วก็มีความพิการน้อยหรืออาจไม่มี ซึ่งระยะการฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็ว สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะช็อกเมื่อไข้ลด อาการส่วนใหญ่ก็ดีขึ้นตามลำดับ ส่วนถ้าผู้ป่วยช็อกหากได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันท่วงทีก็จะฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว ระยะนี้มีช่วงเวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยมักจะมีอาการดีขึ้น แต่หากผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาช้าหรือไม่ได้รับการรักษาอาจพบความพิการ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการรุนแรงขึ้นและเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีภาวะช็อก

ธรรมชาติของการเกิดโรคไข้เลือดออก (Natural History and Spectrum of Dengue Disease)



ภาพที่ 4 ธรรมชาติของการเกิดโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever) จะมีอาการไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus) ทำให้มีความผิดปกติของผนังหลอดเลือดฝอย โดยน้ำเลือด (plasma) จะซึมออกนอกหลอดเลือด ทำให้ปริมาณน้ำเลือดลดลง เกิดความไม่สมดุลของปริมาณสารน้ำในร่างกาย อาจเกิดภาวะช็อก รวมทั้งเชื้อเดงกีจะทำลายเกล็ดเลือดทำให้เกล็ดเลือดต่ำ และมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ง่าย โดยจะพบผู้ป่วยจะมีจุดเลือดตามแขนขาและอาจมีอาการอาเจียนหรืออุจจาระออกเป็นเลือด

สาเหตุของโรคไข้เลือดออก โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus) ซึ่งมี 4 ชนิด (serotype) คือ ไวรัสเดงกี 1 ไวรัสเดงกี 2 ไวรัสเดงกี 3 และไวรัสเดงกี 4 โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) ตัวเมียเป็นพาหะนำเชื้อ

การติดต่อ โรคไข้เลือดออกไม่สามารถติดต่อจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งโดยตรงได้ แต่มียุงลายตัวเมียเป็นพาหะ ซึ่งเป็นยุงลายที่อาศัยอยู่ตามบ้านเรือนในชุมชน และวางไข่ในน้ำใสที่ขังอยู่ในภาชนะต่าง ๆ เช่น โถงน้ำ ถ้วยรองขาตู้กับข้าว แจกันดอกไม้ แอ่งน้ำนิ่งใกล้ ๆ บ้าน การติดต่อเริ่มด้วยการมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะระยะไข้ซึ่งเป็นระยะที่มีเชื้ออยู่ในกระแสเลือด เมื่อมี

ยุกลายตัวเมียมากัด เชื้อไวรัสเด็งกีก็จะเข้าไปอยู่ในตัวยุง เชื้อในตัวยุงจะฟักตัวเพิ่มจำนวนในกระเพาะ และกระจายไปที่ต่อมน้ำลาย และมีชีวิตเท่ากับอายุของยุง คือ ประมาณ 1-2 เดือนหรือโดยเฉลี่ย ประมาณ 45 วัน ยุกลายมีเชื้อไวรัสนี้สามารถแพร่เชื้อได้ทุกครั้งที่กัดคน การระบาดของโรคจะสัมพันธ์กับ ฤดูฝนและความชุกชุมของยุกลาย โดยปัจจุบันการระบาดของโรคไข้เลือดออกสามารถพบได้เกือบ ตลอดทั้งปี (จรรยา, 2556)

2.2 สถานการณ์ไข้เลือดออกในประเทศไทย

การระบาดของโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยอยู่ในอันดับ 6 จาก 30 ประเทศ ซึ่งเกิดการระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร ในระยะ 5 ปี พบผู้ป่วย ประมาณ 2,000 กว่าราย อัตราป่วยร้อยละ 14 หลังจากนั้นมียุทธศาสตร์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่จะพบในกรุงเทพฯ และธนบุรี ซึ่งรูปแบบการระบาดจะเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดไป ลดต่ำลง จากนั้นได้แพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทุกจังหวัด ส่วนใหญ่จะพบในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก โดยรูปแบบการระบาดของโรคเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปี มาเป็นแบบสูงสองปีครั้ง (สุภาวดี และคณะ, 2559)

แนวโน้มอัตราป่วย อัตราตาย อัตราป่วยตาย

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501-2557 อัตราป่วย มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ มีรูปแบบการเกิดโรคแบบปีเว้นปีหรือปีเว้นสองปี แต่ในช่วงประมาณ 10 ปี หลังรูปแบบการเกิดโรคเปลี่ยนไปจากเดิม ส่งผลให้เกิดความคาดเคลื่อนของการคาดการณ์การเกิดโรค ในปีถัดไป เมื่อดูข้อมูลย้อนหลังพบว่า ในปี พ.ศ. 2501 อัตราป่วยตายร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2557 ลดลงเหลือร้อยละ 0.09 จากแนวโน้มอัตราป่วยตายลดลงนั้นอาจเกิดจากการพัฒนางานสาธารณสุขที่ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและได้รับการรักษาพยาบาลได้รวดเร็วทันเวลา สามารถลดหรือป้องกันการเสียชีวิตได้มากขึ้น อีกประการหนึ่งแสดงว่าประชาชนได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค มากขึ้นสามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา (สุภาวดี และคณะ, 2559)

กลุ่มอายุและกลุ่มอาชีพ

โรคไข้เลือดออกสามารถพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลรายงานผู้ป่วย ย้อนหลัง 11 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 -2557 พบว่ากลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 5 - 14 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15 -24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียน ประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งอาจเกิดจากการป้องกันส่วนบุคคลของกลุ่มเด็กค่อนข้างน้อย แต่อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ใหญ่มี แนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (สุภาวดี และคณะ, 2559)

2.3 ปัจจัยเสี่ยงเกิดโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออกในทางระบาดวิทยานั้น ต้องพิจารณาปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย (host) พาหะนำโรค (vector) ไวรัส (agent) และสิ่งแวดล้อม (environment)

2.3.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย (Host)

2.3.1.1 เด็กจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (DHF) มากกว่าผู้ใหญ่ รวมถึงการติดเชื้อซ้ำ ซึ่งจากข้อมูลการระบาดในประเทศคิวบาและประเทศบราซิล นั้น มีผู้ป่วยอายุมากกว่า 30 ปี เป็นจำนวนมาก แต่พบ DHF และ DSS ในเด็กสูงกว่าในผู้ใหญ่

2.3.1.2 ผู้ป่วย DHF ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการดี จากการศึกษาการเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กที่เป็น DHF กับเด็กที่เป็นโรคติดเชื้ออื่น ๆ

2.3.1.3 เชื้อชาติและพันธุกรรม จากการระบาดที่ประเทศคิวบาพบว่าคนแอฟริกันผิวสีเป็นโรค DHF และ DSS น้อยกว่าชนผิวขาว ซึ่งในพื้นที่พบว่ามีไวรัสเดงกีทั้ง 4 ชนิด และมียุงลายที่เป็นพาหะ แต่ไม่มีการระบาดของ DHF ในทวีปแอฟริกา และการศึกษาทางพันธุกรรมในผู้ป่วยไทยนั้นพบว่า Class I LLA-A2 Haplotype มีความสัมพันธ์กับการเกิด DHF

2.3.1.4 เพศ พบผู้ป่วยที่เป็น DSS และผู้ป่วยที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

2.3.1.5 พฤติกรรม พฤติกรรมเสี่ยงของคนที่จะมีโอกาสเป็นโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การไม่ป้องกันยุงกัด เช่น ไม่นอนในมุ้ง ไม่ใช้ยาทาป้องกันยุง ไม่กำจัดยุงลายตัวแก่ และรวมถึงการไม่จัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เช่น การจัดการขยะและการทำลายลูกน้ำยุงลาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เกิดได้จากหลายปัจจัย ดังที่วัชระ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลมะเดื่อ อำเภอตอแต จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการศึกษาด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ความรู้ การรับรู้ ความคิดเห็น ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวกและความพอเพียงของทรัพยากรจากหน่วยบริการของภาครัฐ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. หรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว รวมถึงการได้รับแรงจูงใจ เช่น รางวัลจากส่วนราชการ คำชมจากเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านไวรัสและภูมิคุ้มกัน

2.3.2.1 พื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีหลาย ๆ serotype เป็นเชื้อประจำถิ่น ในขณะช่วงเวลาเดียวกัน (simultaneously endemic of multiple serotype) มีโอกาสทำให้ติดเชื้อซ้ำสูง

2.3.2.2 มีการระบาดของไวรัสเดงกีต่อเนื่องกัน โดยพบว่า การติดเชื้อซ้ำของ DENV 2 และ DENV 3 มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิด DHF

2.3.2.3 การติดเชื้อทุติยภูมิ (secondary infection) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด DHF มากกว่าการติดเชื้อครั้งแรกประมาณ 160 เท่า จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย DHF ร้อยละ 87-99 เป็นผู้ติดเชื้อครั้งที่ 2

2.3.2.4 ความรุนแรงในการก่อโรค (virulence) จากผลการศึกษาเกี่ยวกับไวรัสวิทยาโมเลกุล โดย Rico Hesse ได้ศึกษา DENV2 ที่แยกได้จากผู้ป่วย DHF สามารถจัดแยก DENV 2 ออกได้เป็น 5 กลุ่ม พบว่า ประเทศไทยมี 2 กลุ่ม กลุ่มที่เป็นกลุ่มเดียวกับ DENV 2 จากประเทศเวียดนาม คือ DENV 2 แยกได้จากผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (DHS, DSS) ทั้งนี้ ผู้ศึกษาสรุปว่า DENV 2 subtype จากเอเชียใน 2 กลุ่มนี้เป็นไวรัสที่มีความรุนแรงในการก่อโรคและมีความสามารถทำให้เกิด DHF, DSS ได้สูง

2.3.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรค (Vector)

ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ถ้ายุงลายมีปริมาณเพียงพอ ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากก็จะทำให้เกิดโรคระบาดได้ แต่ความชุกของยุงลายบ้านในประเทศไทยสูงมาก สำหรับยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) สามารถแพร่เชื้อได้ แต่แพร่เชื้อได้ไม่ดีเท่ายุงลายบ้าน ซึ่งมักจะเพาะพันธุ์ตามแหล่งน้ำขัง กระจอกไม้ไฟ โพรงต้นไม้ ส่วนยุงลายบ้านจะเพาะพันธุ์ในภาชนะน้ำขัง ถ้าอุณหภูมิหรือความชื้นเหมาะสม ส่วนใหญ่มักจะเกิดในช่วงฤดูฝน เนื่องจากจำนวนยุงมีมากขึ้น ทำให้เกิดความเสี่ยงในการระบาดมากกว่าฤดูอื่น และช่วงที่ฝนตกเด็กมักจะอยู่ในบ้านหรือในอาคาร จึงทำให้มีความเสี่ยงถูกยุงกัดมากขึ้น

วงจรชีวิตของยุงลาย

วงจรชีวิตของยุงลายมี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่ ระยะลูกน้ำ ระยะตัวโม่ง และระยะตัวยุง ซึ่งช่วงชีวิตทั้ง 4 ระยะ ใช้เวลา 7-10 วัน

ระยะไข่ (egg) ไข่ของยุงลายมีลักษณะยาวรีเป็นฟองเดี่ยว ขนาดประมาณ 1 มิลลิเมตร ส่วนใหญ่ติดอยู่ข้างภาชนะใส่น้ำเหนือระดับน้ำเล็กน้อย ไข่ระยะใหม่ ๆ มีสีขาวยังจะเปลี่ยนเป็นสีดำในเวลา 12-24 ชั่วโมง ไข่ยุงออกมาใหม่ ๆ ยังไม่เจริญเต็มที่ที่ต้องใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน จึงจะแตกตัวเป็นลูกน้ำ เมื่อได้รับความชื้นและน้ำท่วมถึง ไข่ยุงลายก็จะฟักออกมาอย่างรวดเร็ว หากไม่มีน้ำไข่ยุงลายจะอยู่ได้นานหลายเดือนหรือเป็นปี

ระยะลูกน้ำ (larva) ในช่วงที่เป็นลูกน้ำยุงลาย จะมีต่อหายใจขนาดสั้น เวลาเกาะตัวจะทำมุมตั้งฉากกับผิวน้ำ ลำตัวจะยาว เวลาว่ายน้ำจึงเหมือนตัว s ลูกน้ำยุงลายจะไต่ตอมสิ่งเร้ามากกว่าลูกน้ำชนิดอื่น ๆ ระยะนี้ลูกน้ำจะกินอาหารพวกตะไคร่น้ำ เศษอาหาร แบคทีเรีย ลูกน้ำยุงลายจะลอกคราบ 4 ครั้ง โดยใช้เวลา 4 -5 วัน จากนั้นยุงลายระยะที่ 4 จะลอกคราบเป็นตัวดักแด้หรือตัวโม่ง

ระยะตัวโม่่ง (pupa) มีนิสัยลอยตัวนิ่งอยู่บนผิวน้ำ เคลื่อนไหวช้า แต่จะเคลื่อนไหวเมื่อถูกรบกวน ไม่กินอาหาร และจะเปลี่ยนไปเป็นยุงลายเต็มวัย โดยจะเกาะนิ่งบนผิวน้ำ ประมาณ 2 ชั่วโมง

ระยะยุงตัวแก่ (adult) พบว่า ยุงลายตัวผู้จะกลายเป็นยุงลายตัวแก่ได้เร็วกว่ายุงลายตัวเมีย 1-2 วัน เพราะยุงลายตัวผู้ต้องใช้เวลาถึง 24 ชั่วโมงเพื่อให้อวัยวะสืบพันธุ์หมุนตัวได้ครบ 180 องศา ก่อนถึงจะผสมพันธุ์ได้ ยุงลายตัวเมียผสมพันธุ์กับตัวผู้เพียงครั้งเดียว อาหารที่เป็นแหล่งพลังงานในการบินของยุงลายตัวผู้ คือ น้ำหวานจากเกสรดอกไม้และน้ำผลไม้ โดยยุงตัวผู้มีอายุเฉลี่ย 6-7 วัน ส่วนยุงตัวเมียหลังผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวสามารถออกไข่ได้ตลอด หากได้ดูดเลือดเพื่อนำโปรตีนไปพัฒนาไข่ให้เจริญเติบโตและมีอายุได้นานถึง 30-45 วัน โดยวางไข่เฉลี่ยครั้งละ 50-140 ฟอง

วงจรชีวิตของยุง สามารถใช้เวลามากกว่า 7-10 วัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งอาหาร ความชื้นพอเหมาะและอุณหภูมิ แต่ในปัจจุบันด้วยภาวะโลกร้อนวงจรชีวิตของยุงลายจะสั้นลง ทำให้มีความชุกเพิ่มขึ้น (จรรยา, 2556)

2.3.4 ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

สภาพภูมิอากาศที่มีฝนตกชุกตลอดทั้งปี เหมาะสมต่อการเพาะพันธุ์ของยุงที่เป็นพาหะนำโรค การเพิ่มจำนวนประชากรของชุมชนเมือง ความสะดวกในการติดต่อหรือการเดินทาง อาจจะทำให้โรคมีการกระจายได้มากขึ้น เนื่องจากปกติยุงจะมีระยะบินได้เพียง 50 – 100 เมตร การกระจายของโรคจึงไปกับคนในช่วงที่มี viremia เป็นระยะก่อนเริ่มมีอาการของโรค ดังนั้นการคมนาคม จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญทำให้มีการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก (สุภาวดี และคณะ, 2559)

2.4 การป้องกันโรคไข้เลือดออก

หลักการควบคุมยุงพาหะนำโรคและการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน

การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management หรือ IVM) คือ การเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ ในการควบคุมยุงพาหะตามความเหมาะสมของบริบทแต่ละพื้นที่ โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อม ความพึงพอใจของประชาชน ความเป็นไปได้ของงบประมาณ ชนิดของยุงพาหะ โดยสิ่งสำคัญ คือ คนในชุมชนต้องมีความตระหนักถึงสภาพปัญหาของโรคและให้ความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรค เมื่อเกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง พร้อมทั้งร่วมหาวิธีการแก้ไขให้สอดคล้องกับพื้นที่

หลักการป้องกันและควบคุมยุงพาหะนำโรค

มาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เน้นการควบคุมยุงลายพาหะนำโรคที่สำคัญ คือ การควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย รวมถึงการป้องกันไม่ให้ยุงลายกัดและกำจัดยุงลายตัวแก่

(จรรยา, 2556) โดยมีวัตถุประสงค์ของการป้องกันและควบคุมยุงพาหะนำโรคดังนี้

1. ลดความชุกชุมของพาหะนำโรค หมายถึง การใช้มาตรการต่อยุง เพื่อให้ความชุกชุมของยุงพาหะต่ำลง ลดโอกาสการแพร่เชื้อ
2. ลดอายุยุงพาหะนำโรค โดยทั่วไปยุงตัวเมียมีอายุประมาณ 1 เดือน หากสามารถลดอายุของยุงให้สั้นลง โอกาสที่จะแพร่เชื้อก็จะลดลงเช่นกัน ซึ่งหากสามารถลดอายุของยุงให้สั้นกว่า 1 สัปดาห์ โอกาสที่ยุงจะแพร่เชื้อได้ต่ำมาก
3. ลดการสัมผัสระหว่างคนและพาหะนำโรค ซึ่งหากป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัดได้จะสามารถป้องกันโรคได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ (สุภาวดี และคณะ, 2559)

ดังนั้น การป้องกันโรคไข้เลือดออก ต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับมาตรการในการควบคุมยุง โดยจะต้องดำเนินการทั้งในระยะต้น คือตั้งแต่เป็นลูกน้ำ ระยะตอนเป็นตัวเต็มวัย ด้วยวิธีการควบคุม กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรค แบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่ 1. การกำจัดด้วยวิธีทางกายภาพ (physical control) 2. วิธีทางชีวภาพ (biological control) และ 3. วิธีทางเคมีภาพ (chemical control) ซึ่งการเลือกใช้วิธีใดนั้น จะต้องพิจารณาความเหมาะสมกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระยะลูกน้ำ ระยะตัวเต็มวัย ประเภทของแหล่งเพาะพันธุ์ ความปลอดภัยต่อมนุษย์ สัตว์เลี้ยง สิ่งแวดล้อม ด้านค่าใช้จ่าย ด้านความสะดวกในการใช้งาน เป็นต้น ซึ่งแหล่งเพาะพันธุ์บางแห่งอาจใช้เพียงวิธีเดียวก็สามารถควบคุมได้ผลดี แต่แหล่งเพาะพันธุ์บางแห่งจำเป็นต้องใช้วิธีการหลาย ๆ วิธีร่วมกัน ซึ่งเป็นการบริหารจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (สุภาวดี และคณะ, 2559) โดยมีแนวทางดังนี้

การควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย เป็นการจัดการไม่ให้มีลูกน้ำยุงลายและการทำให้ลูกน้ำยุงลายหมดไป ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลมากที่สุด เนื่องจากลูกน้ำยุงลายอยู่ในภาชนะน้ำขังเท่านั้นและบินไม่ได้ ซึ่งเป็นระยะแรกของวงจรชีวิตยุงลาย การกำจัดลูกน้ำ จึงเป็นการตัดวงจรชีวิตของยุงลายที่สำคัญ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการปรับพฤติกรรมในการดูแลบ้านและชุมชน

การป้องกันไม่ให้ยุงลายกัดและการกำจัดยุงลายตัวแก่ เป็นการกั้นไม่ให้มียุงลายรวมถึงการเลี้ยงไม่ให้ยุงลายกัด ตลอดจนการจัดการให้ยุงลายหมดไป ได้แก่ การกำจัดลูกน้ำยุงลายด้วยสารเคมี โดยทั่วไปมีการใช้ทรายเคลือบสารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลาย ทรายเคลือบสารเคมีในกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต ที่มีชื่อสามัญ " ทีมีฟอส (Temephos)" ใส่ในน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย อัตราส่วนในการใช้ 1 กรัมต่อน้ำ 10 ลิตร ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า มีความปลอดภัยหากใช้ด้วยความเข้มข้นตามที่กำหนด แต่ราคาค่อนข้างแพง จึงควรใช้ในกรณีมีการระบาดของโรค และการกำจัดยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกและการพ่นหมอกควันด้วยสารเคมีในการกำจัดยุงลายตัวแก่ ซึ่งน่าจะเป็นวิธีสุดท้ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน ซึ่งการพ่นสารเคมีชนิด

พนเพื่อกำจัดยุงลายตัวแก่ ต้องพ่นภายใน 24 ชั่วโมง ทั้งนี้ที่รู้ว่ามีผู้ป่วยในชุมชน ค่าใช้จ่ายในการพ่นสูงมาก จึงใช้สารเคมีเป็นแนวทางในการควบคุมกรณีมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนเท่านั้น (จรรยา, 2556)

การป้องกันตนเองจากยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก มีวิธีการลดการสัมผัสระหว่างคนและยุงพาหะ ดังนี้

1. การป้องกันด้วยการใช้มุ้ง ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันมานาน ทั้งนี้ มุ้งที่นำมาใช้จะต้องอยู่ในสภาพดี ไม่ชำรุดหรือขาด เส้นด้ายที่นำมาทำยุงไม่สามารถเข้าไปได้ เช่น เป็นตาข่ายขนาดช่องอยู่ที่ 150 ช่องต่อตารางนิ้ว หรือขนาด 1-1.8 มิลลิเมตร ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้นำมุ้งมาชุบสารเคมี เพื่อป้องกันยุงได้ดีและลดประชากรยุงที่มาเกาะ โดยวิธีการนี้จะใช้ได้ผลดีกับยุงที่ออกหากินเวลากลางคืน

2. การสวมเสื้อผ้าที่มิดชิดป้องกันการโดนยุงกัด จากผลการศึกษาพบว่า การสวมเสื้อผ้าที่ปกปิดมิดชิด สามารถลดการสัมผัสระหว่างยุงและคนได้ ซึ่งเสื้อผ้าที่มีลักษณะสีทึบ เช่น สีดำ สีเข้มนั้น มีผลทางด้านการดึงดูดของยุงให้มากกว่าสีอื่น ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าที่มีสีทึบ สีดำ ควรใส่เสื้อผ้าสีอ่อน ๆ

3. การใช้สารไล่ยุง (repellent) หรือการทาสารป้องกันยุงกัด

4. การใช้สารไล่ยุงชนิดใช้ชุบมุ้ง เสื้อผ้า ทารองเท้า เป็นต้น ได้แก่ เพอร์เมทริน โดยมีคุณสมบัติเป็นสารไล่ยุงและเป็นสารกำจัดยุง ส่วน deet ก็ใช้ฉีดพ่นเสื้อผ้าหรือชุบ แอบริดข้อมือ (wrist band) ตลอดจนวัสดุปูพื้น และจากการศึกษาของ Stephen P. Frances และคณะ (2014) พบว่า ชุดทหารที่ชุบด้วยสารเพอร์เมทรินของประเทศออสเตรเลีย สามารถป้องกันยุงลายกัดได้

5. การใช้อุปกรณ์กันยุง โดยใช้สารระเหยออกฤทธิ์ขับไล่ยุง ซึ่งสามารถป้องกันการโดนยุงกัดได้ แต่ควรเลือกสารที่มีอันตรายน้อย เช่น สมนุนไพร์ หรือสารในกลุ่มไพรีทรอยด์สังเคราะห์

6. การใช้อุปกรณ์ตาข่ายหรือมุ้งลวดป้องกันยุงกัดมาใช้ ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถป้องกัน ยุงแมลงสาบ หนู งู เป็นต้น โดยมุ้งลวดมีหลายชนิด เช่น มุ้งลวดอลูมิเนียม มุ้งลวดไนลอน มุ้งลวดไฟเบอร์ สามารถติดตามหน้าต่างและประตู ขนาดของมุ้งลวดที่เหมาะสม คือ 16-18 ช่องต่อตารางนิ้ว

7. การใช้สารเคมีชุบวัสดุ (Insecticide-treated material) เช่น หน้าต่าง ฝ้าม่าน และประตู สามารถป้องกันยุงลายกัดได้

8. การใช้ไม้ตียุงไฟฟ้า เป็นวิธีป้องกันตนเองที่สะดวก ประหยัด ใช้งานได้ง่าย และสามารถฆ่ายุงให้ตายทันที

9. การใช้เครื่องไล่ยุงไฟฟ้า ในปัจจุบันเครื่องไล่ยุงไฟฟ้ามีผลิตภัณฑ์หลากหลายรูปแบบที่สะดวกและเหมาะสมกับลักษณะการใช้งาน เช่น ไอร์เซเหยไล่ยุงที่มีสารออกฤทธิ์ Metofluthrin

ซึ่งจะมีพัดลมช่วยกระจายไอระเหย จะมีประสิทธิภาพในการป้องกันยุงกัดได้ ส่วนการไล่อุงด้วยอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ใช้คลื่นเสียง พบว่า การไล่อุงไม่มีประสิทธิภาพและมีผลต่อยุงตัวเต็มวัยน้อยมาก

10. สมุนไพรป้องกันยุง ได้แก่ มะกรูด สะระแหน่ กระเทียม กระเพรา ตะไคร้หอม ฯลฯ (สุภาวดี และคณะ, 2559)

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501 – 2557 พบว่าอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้น ประเทศไทยเป็นกลุ่มประเทศที่มีการระบาดของโรคสูงเป็นอันดับ 6 ใน 30 ประเทศ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออกทางด้านระบาดวิทยา ได้แก่ ผู้ป่วย พาหะนำโรค ไวรัส และสิ่งแวดล้อม ซึ่งการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานเป็นการควบคุมยุงพาหะตามความเหมาะสมของบริบทแต่ละพื้นที่ โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อม ความพึงพอใจของประชาชน ความเป็นไปได้ของงบประมาณ ชนิดของยุงพาหะ และสิ่งสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ต้องตระหนักถึงสภาพปัญหาของโรคไข้เลือดออกและเกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง

การมีส่วนร่วมของประชาชน

เป็นกระบวนการนำความต้องการ ความกังวล และคุณค่าของประชาชน บูรณาการในการตัดสินใจของภาครัฐ ผ่านกระบวนการสื่อสารสองทาง โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อทำให้การตัดสินใจดีขึ้นและได้รับการสนับสนุนจากประชาชน” (James L. Creighton, 2010 อ้างตาม จุฑารัตน์, 2555)

เป้าหมายของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การให้ข้อมูลข่าวสารหรือองค์ความรู้ที่ครอบคลุมต่อสาธารณชน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากกิจกรรม นโยบาย หรือการดำเนินโครงการพัฒนา ให้สามารถแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา นำไปสู่กระบวนการสร้างฉันทามติ (consensus building) ที่ทุกฝ่ายให้การยอมรับและเป็นทางออกที่ดีที่สุด

แนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 3 ชั้น ได้แก่

ชั้นที่ 1 การวิเคราะห์การตัดสินใจ

ขั้นตอนนี้สำคัญโดยเฉพาะการตัดสินใจว่าใครจำเป็นที่จะอยู่ในทีมวางแผน เพราะแต่ละขั้นตอนของการวางแผนอาจมีผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพิ่มเข้ามาในแต่ละระยะ ซึ่งหากไม่ครบถ้วนก็อาจเกิดปัญหาได้ ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การวิเคราะห์องค์ประกอบ สภาพแวดล้อมของกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นจะถูกกำหนดขึ้นในขั้นตอนนี้ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ขั้นตอนของกระบวนการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่น ความ

โปร่งใสของกระบวนการ และตารางเวลาสำหรับกิจกรรม รวมถึงการวิเคราะห์ว่าการมีส่วนร่วมมีความสำคัญต่อกระบวนการตัดสินใจนี้หรือไม่

ขั้นที่ 2 การวางแผนกระบวนการ (process planning)

ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับการกำหนดกิจกรรมและเทคนิคการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการวิเคราะห์ ค้นหา เทคนิคการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการมีส่วนร่วมกับขั้นตอนการตัดสินใจ รวมถึงการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการตัดสินใจนั้น ๆ รวมถึงสถานที่ในการจัดกิจกรรม

ขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามแผน

ขั้นตอนสุดท้ายนี้เป็นการนำแผนที่กำหนดไว้ทั้งหมด กิจกรรมการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติ และทำการประเมินผลของกิจกรรม ตลอดจนนำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมตามกระบวนการมีส่วนร่วมไปใช้ประโยชน์ ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การวางแผนแบบรัดกุมโดยปรึกษากับหน่วยงานต่าง ๆ อย่างรอบคอบ ซึ่งสามารถลดระยะเวลาการดำเนินการที่อาจเกิดข้อผิดพลาดได้ ดังนั้นให้ระลึกไว้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นเป็นศิลปะที่ต้องวางแผนการดำเนินงานอย่างรัดกุมในทุก ๆ ขั้นตอน (James L. Creighton, 2010 อ้างตาม จุฑารัตน์, 2555) โดยหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องมีลักษณะการเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุด ในการแก้ปัญหาของชุมชน ดังนี้

1. เริ่มต้นตั้งแต่การสร้างให้เกิดจิตใต้สำนึกของตนเอง เพราะถือว่าเป็นภาระหน้าที่ของตนเองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนอาศัยอยู่
2. การร่วมคิดค้นสาเหตุของปัญหาของชุมชน ว่ามีสาเหตุอะไร การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น การวางเป้าหมาย และจัดลำดับวิธีการจัดการกับปัญหาก่อน-หลัง
3. การร่วมวางแผนการดำเนินงานกิจกรรมว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการเกี่ยวกับอะไร แบ่งหน้าที่หรือมอบหมายงานอย่างไร งบประมาณที่ใช้เท่าไร สนับสนุนจากหน่วยงานใดบ้าง ใครเป็นผู้รับผิดชอบ
4. การร่วมดำเนินงานตามกิจกรรมที่วางไว้ โดยประชาชนในชุมชนจะต้องเข้าร่วมด้วยความเต็มใจ ได้รับความรู้และมีความสามารถในการพัฒนาตนเอง
5. ร่วมติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยทุกขั้นตอนในกระบวนการดำเนินงานร่วมกัน ประชาชนสามารถตรวจสอบถึงปัญหาอุปสรรคและมีส่วนร่วมหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้กิจกรรมสำเร็จลุลตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน
6. การร่วมรับประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรม อาจไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปของวัตถุ สิ่งของ หรือเงิน เท่านั้น อาจเป็นประโยชน์ด้านการสร้างให้เกิดความสุขสบาย ความพอใจใน

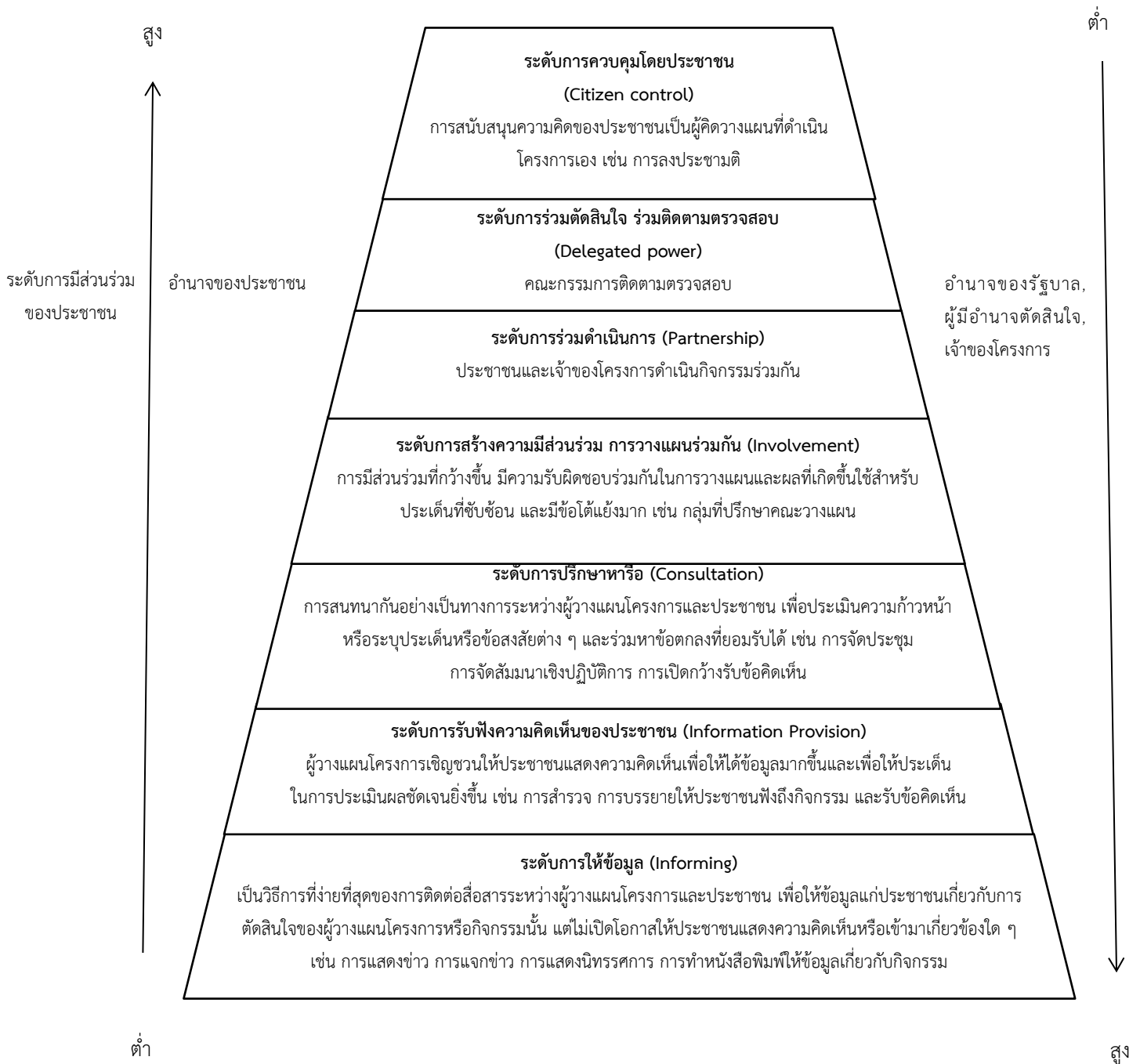
สภาพของความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น นอกจากนี้จะต้องคำนึงถึงเงื่อนไขหรือหลักการการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น 3 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมนั้น จะต้องมาจากความสมัครใจและความตั้งใจของประชาชนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น ๆ เพราะทำให้เขารู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาหรือการตัดสินใจของชุมชน

2. กระบวนการมีส่วนร่วมต้องอยู่บนพื้นฐานความเสมอภาคของประชาชนและขีดความสามารถของแต่ละบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ

3. การมีส่วนร่วมต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักเสรีภาพ อิสรภาพ สามารถตัดสินใจด้วยตนเองในการเลือกปฏิบัติหรือจัดกิจกรรม โดยไม่มีการบังคับหรือขู่เข็ญจากผู้ที่เหนือกว่า (อรทัย, 2552)

อาจกล่าวได้ว่าปัญหาสำคัญประการหนึ่งสำหรับสังคมประเทศไทยคือ “การมีส่วนร่วมของประชาชน” ควรอยู่ในระดับใด เพื่อจะได้สามารถเลือกแนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ ตามหลักการนั้นระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถแบ่งได้หลายวิธีและหลายระดับ โดยปัจจัยหลักขึ้นอยู่กับการที่รัฐหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจยินยอมให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย กิจกรรม หรือโครงการ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นจะแปรผกผันกับอำนาจการตัดสินใจของภาครัฐ ทั้งนี้หากประชาชนมีอำนาจการต่อรองในกระบวนการมีส่วนร่วมยิ่งมากเท่าไร ภาครัฐก็จะมีอิทธิพลอำนาจในการตัดสินใจที่ลดลงเท่านั้น (Arnstein 1969, อ้างตาม จุฑารัตน์, 2555) นอกจากนี้การศึกษางานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถจัดได้ 7 ระดับ (จากระดับการมีส่วนร่วมต่ำสุดสู่ระดับสูงสุด) ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 5 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ที่มา: Arnstein 1969 Burikul 2009 Petts 1999 และ Sinclair & Diduck 1995

อ้างตาม จุฑารัตน์ ชมพันธ์ุ, 2555

อาจกล่าวได้ว่า ความสำเร็จในกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ประชาชนจะมีความกระตือรือร้น และผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องมีอำนาจต่อรองในกระบวนการตัดสินใจในการ

ดำเนินกิจกรรมหรือโครงการนั้น ๆ รวมถึงประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและจัดการทรัพยากรเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายด้วยความสมัครใจของประชาชน (จุฑารัตน์, 2555)

การมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากอดีตที่ผ่านมาปรากฏว่าประชาชนยังขาดความตระหนักและมองว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่รัฐฝ่ายเดียว ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาเป็นครั้งคราวทำให้การป้องกันโรคขาดความยั่งยืนไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการลดโรคได้สำเร็จ การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นสำคัญคือ กระบวนการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ติดตามผล รับผิดชอบผลกระทบและผลสำเร็จของชุมชนเอง

กระทรวงสาธารณสุขได้นำการมีส่วนร่วมของประชาชนมาใช้เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ โดยการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthen community action) สนับสนุนให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจเองและดำเนินการจัดการให้มีการระดมทรัพยากรภายในชุมชน ทั้งนี้ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้และแหล่งทุนสนับสนุน ดังนั้นการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออกซึ่งมีมาตรการหลัก โดยเน้นไปที่การควบคุมยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค โดยเฉพาะการทำลายแหล่งลูกน้ำยุงลาย ดังนั้น ความร่วมมือของประชาชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการกับปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกยังต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในภาครัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้ร่วมประสานนโยบายและแผนปฏิบัติงาน โดยจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2554 - 15 มิถุนายน 2558 เพื่อร่วมมือกันดำเนินการ 3 ประการ คือ 1. การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 2. การป้องกันควบคุมและประชาสัมพันธ์โรคไข้เลือดออกในกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบ และ 3. รณรงค์วันไข้เลือดออกอาเซียน (ASEAN Dengue Day) วันที่ 15 มิถุนายนของทุกปี และได้ดำเนินการจัดทำบันทึกข้อตกลงฉบับใหม่ (15 มิถุนายน 2554 - 15 มิถุนายน 2558) โดยเพิ่มอีก 3 หน่วยงาน คือ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงอุตสาหกรรม สำหรับกิจกรรมที่ได้ดำเนินการได้ใช้แนวคิด “การจัดการสิ่งแวดล้อมและกิจกรรม Big cleaning day” ทุกวันที่ 15 ของเดือน ซึ่งเป็นกลยุทธ์หลักที่ใช้ในการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ ระดับชุมชน และประชาชน ที่จะกระตุ้นให้ร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนและชุมชน ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งที่สามารถทำให้บ้านเรือนและชุมชนกำจัด ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้ (สุภาวดี และคณะ, 2559) ดัง

การศึกษาของ วลัยนารี และคณะ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี พบว่า พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับมากเพิ่มขึ้นหลังการได้รับโปรแกรมจากร้อยละ 73.33 เป็นร้อยละ 100 และทดสอบค่าที่พบว่า พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ($t=2.08$, $df=29$, $P=0.01$) ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และจากการศึกษาของ ศิริวัฒน์ และคณะ (2566) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเรียงลำดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (path coefficient) จากมากไปน้อย คือ ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม (0.15) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม (0.12) ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาท (0.10) และปัจจัยด้านภาวะผู้นำ (0.03) ตามลำดับ โดยได้สร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการประเมินพบว่า ประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายและจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการทำงานเป็นทีมของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตัวแปรสำคัญ

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ สุรศักดิ์และจิตติ (2557) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพรเจริญ อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านการมีส่วนร่วมค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาโรคไข้เลือดออก ด้านการมีส่วนร่วมจัดทำแผนดำเนินงานและร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรม และด้านการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ซึ่งบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบทบาทภาครัฐมีอิทธิพลต่อการสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกประชาชนบางส่วนยังขาดความตระหนักและมองว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเป็นครั้งคราว ทำให้การป้องกันโรคขาดความยั่งยืน ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการลดโรคได้สำเร็จ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค (วัลย์นารี และคณะ, 2559) ความรู้ทำให้ประชาชนเข้าใจและมองว่าการป้องกันโรคเป็น

หน้าที่ของตน และการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้นสำคัญ เป็นกระบวนการเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนในการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ติดตามผล ร่วมกันรับผลกระทบ ผลสำเร็จของชุมชน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อประสานนโยบายและแผนปฏิบัติงาน การบูรณาการ โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากประชาชน ซึ่งการทำงานเป็นทีมเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ศิริวัฒน์ และคณะ, 2566) และบทบาทภาครัฐมีอิทธิพลต่อการสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของชุมชน (สุรศักดิ์ และจิตติ, 2557)

3. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและแนวทางดำเนินงาน การขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การเสนอแนะและให้คำปรึกษาการดำเนินงาน การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน การประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่ และการปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย จากการวิเคราะห์บทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเวียง จันทนราธิวาส
พบว่า ประเด็นการกำหนดเป้าหมายและแนวทางดำเนินงาน ได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งในรูปแบบคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System - DHS) ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ปลัดตำบล พัฒนาชุมชน ปศุสัตว์ เกษตรอำเภอ โรงเรียนทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำรวจ ทหาร องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นรองประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ นายอำเภอมอบนโยบายการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ระดับตำบล หมู่บ้าน ร่วมวิเคราะห์ชุมชน ตามสภาพปัญหาของแต่ละตำบล กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานในรูปแบบแผนงานอำเภอ และติดตามกำกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ประเด็นการขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ ระดมทุนจัดสรรแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่

เข้าถึงประชาชนแบบ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยและภาษายาวี (ภาษาท้องถิ่น) ประเด็นสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภาคีเครือข่ายซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข หัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนครัวเรือน ใช้หลักการสร้างความเป็นเจ้าของ ประเด็นเสนอแนะและให้คำปรึกษาการดำเนินงาน คณะกรรมการได้ให้ข้อเสนอแนะในการสร้างข้อตกลงด้านการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของหมู่บ้านสั้น ๆ ง่าย ๆ ที่ประชาชนสามารถปฏิบัติได้ ประเด็นติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน การรายงานผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพในรูปแบบระดับตำบลในที่ประชุมทุกเดือน และประเด็นประสานหน่วยงาน ภาคีรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลในพื้นที่ ค้นข้อมูลสภาพปัญหาโรคใช้เลือดออกในหมู่บ้าน ให้เห็นความสำคัญของการทำชุมชนให้เข้มแข็ง สร้างข้อตกลงที่จะทำงานร่วมกัน โดยจัดให้มีเวทีประชาคม กระบวนการสร้างแรงจูงใจและการชื่นชมเป็นแรงหนุนเสริมเชิงบวกของตำบล ผลที่ได้จากคำชื่นชมยินดีเป็นพลังด้านบวกในการทำงาน โดยจัดให้มีกิจกรรมประกวดบ้านตัวอย่างปลอดลูกน้ำยุงลาย มอบรางวัล บุคคล ครัวเรือน และมอบเกียรติบัตร เพื่อสร้างคุณค่าชื่นชมการทำงานที่เป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชนและสามารถถ่ายทอดความสำเร็จแก่บ้านอื่น ๆ ได้ในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อนจูงมือ

การดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

จากการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง พบว่า นายอำเภอศรีนครินทร์ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการกำหนดเป้าหมายและแนวทางในการดำเนินงาน โดยนายอำเภอศรีนครินทร์ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แสดงเจตนารมณ์ร่วมกันผ่านการทำ “บันทึกความร่วมมือ (MOU) เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีการเปิดป้ายศูนย์พลังแผ่นดินเอาชนะโรคใช้เลือดออก มีการดำเนินการพัฒนา ส่งเสริมสนับสนุนให้หมู่บ้าน วัด ชุมชน โรงเรียน และส่วนราชการในพื้นที่ ร่วมกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยใช้นวัตกรรมป้ายสัญลักษณ์ประจำบ้าน “เขียวปลอด แดงเตือน” เป็นการสื่อสารให้ทราบ บ้านหลังที่ได้รับป้ายสัญลักษณ์สีเขียวมีความสะอาดปลอดลูกน้ำยุงลาย ส่วนสัญลักษณ์สีแดง เป็นการเตือนให้เฝ้าระวังการเกิดโรค ประเด็นการขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณจัดทำแผ่นซีดีเพลงรณรงค์ให้ชาวบ้านรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก ประเด็นสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง โดยประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การมีส่วนร่วมคิด วางแผน ร่วมปฏิบัติ ดำเนินการ ร่วมรับรู้ ร่วมรับผลประโยชน์ด้วยกัน โดยมีเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขคอยเป็นพี่เลี้ยงหลักในการให้ข้อเสนอแนะแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าของบ้าน เจ้าของสถานที่ ในการดำเนินกิจกรรมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายด้วยตนเอง นอกจากนี้ คณะกรรมการได้ให้ข้อเสนอแนะ โดยให้ใช้มาตรการ 5 ป 1 ข 3 ร 3 ค ดังนี้ มาตรการ 5 ป ได้แก่ ปิด เปลี่ยน ปล่อย ปรับปรุง ปฏิบัติจนเป็นนิสัย มาตรการ 1 ข ได้แก่ ชัดภาชนะ กลุ่มเป้าหมายหลัก 3 ร ได้แก่ โรงเรือน โรงเรียน โรงพยาบาล และกรณีเกิดโรค 3 ค คือ การค้นหา ควบคุมโรค การค้นหา และประเด็นติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รายงานผลการดำเนินงานในที่ประชุมทุกเดือน ประเด็นการประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่ ใช้ข้อมูลการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ค้นหาข้อมูลให้เครือข่าย และใช้มาตรการทางสังคมผ่านกระบวนการประชาคม

การดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัด

สงขลา

จากการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า เครือข่ายระบบสุขภาพตำบลของส อำเภอหาดใหญ่ ประกอบด้วย ประธานชุมชน กองสาธารณสุขเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประเด็นการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงาน ทำหนังสือบันทึกข้อตกลง (MOU) จัดตั้งทีมพันธมิตรกลางของอำเภอหาดใหญ่เพื่อทำหน้าที่พ่นหมอกควันแบบรวดเร็วในพื้นที่ที่มีภาระโรคควบคู่กับทีมเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ประเด็นการขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ มีการจัดสรรแบ่งปันทรัพยากรร่วม ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์ระบาดวิทยา โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในด้านเทคนิค กระบวนการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการจัดทำป้ายไวนิลให้ความรู้ไข้เลือดออก 4 มุมเมือง งบประมาณจากการอุดหนุนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเดินประชาสัมพันธ์รณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การพ่นหมอกควัน และงบประมาณจากผู้นำชุมชน ในกิจกรรมการทำความสะอาดหรือจัดทำ Big Cleaning Day ทุกสัปดาห์ ส่วนประเด็นสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยร่วมคิดวางแผน ร่วมพูดคุย ค้นหาปัญหาการดำเนินงานจัดการโรคไข้เลือดออกร่วมกัน ประเด็นเสนอแนะและให้คำปรึกษาการดำเนินงาน คณะกรรมการได้ให้ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาโปรแกรมทีมพันธมิตรออนไลน์ ประเด็นติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่รับผิดชอบตรวจสอบคุณภาพการพ่น การจอง และการปฏิบัติงาน ติดตามการทำกิจกรรมของโรงเรียนให้นักเรียนสำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายและติดตามในพื้นที่ซ้ำ โดยครูอนามัยโรงเรียน ประเด็นประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านการเฝ้าระวังการเกิดโรคระหว่างสถานบริการในเครือข่ายและ

นอกเครือข่ายฯ เพื่อให้แต่ละหน่วยงาน เครือข่าย สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้วิเคราะห์ได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง

ตารางที่ 2 สรุปบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ประเด็น	อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส	อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง	อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
1. การกำหนดเป้าหมาย และแนวทางดำเนินงาน	- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งใน รูปแบบคณะกรรมการและ คณะทำงานพัฒนาระบบ สุขภาพระดับอำเภอ - นายอำเภอมอบนโยบาย การขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ ระดับตำบล หมู่บ้าน ร่วมวิเคราะห์ชุมชน ตามสภาพปัญหาของแต่ละ ตำบล กำหนดกิจกรรมการ ดำเนินงานในรูปแบบ แผนงานอำเภอ และติดตาม กำกับกำกับการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค	- เครือข่ายระบบสุขภาพ อำเภอศรีนครินทร์ - แสดงเจตนารมณ์ร่วมกัน โดยการทำ “บันทึกความ ร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนระบบ สุขภาพระดับอำเภอ” (MOU) เปิดป้ายศูนย์พลัง แผ่นดินเอาชนะโรค ไข้เลือดออก - ดำเนินการพัฒนา ส่งเสริม สนับสนุนให้หมู่บ้าน ชุมชน วัด โรงเรียน และสถานที่ ราชการในพื้นที่ อำเภอ ศรีนครินทร์ร่วมกันกำจัด ลูกน้ำยุงลาย โดยใช้ นวัตกรรม“เขียวปลอด แดงเตือน”	- เครือข่ายระบบสุขภาพ ตำบลคอหงส์ อำเภอ หาดใหญ่ - ทำหนังสือบันทึกข้อตกลง (MOU) - จัดตั้งทีมพ่นสารเคมีกลาง ของอำเภอหาดใหญ่
2. การขับเคลื่อนให้เกิด การ บูรณาการ	- การระดมทุน จัดสรร แบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน โดยองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น สนับสนุน งบประมาณจัดทำสื่อ ประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึง ประชาชนแบบ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยและภาษายาวี (ภาษาท้องถิ่น)	- องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นสนับสนุน งบประมาณจัดทำแผ่นซีดี เพลงรณรงค์เรื่องโรค ไข้เลือดออก	- มีการจัดสรรแบ่งปัน ทรัพยากรร่วม โดยศูนย์ ระบาดวิทยา โรงพยาบาล หาดใหญ่ สนับสนุนในด้าน เทคนิค กระบวนการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนการจัดทำป้าย ไวนิลให้ความรู้โรค ไข้เลือดออก 4 มุมเมือง อาสาสมัครสาธารณสุข

ประเด็น	อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส	อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง	อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
			สนับสนุนงบในการเดิน รณรงค์ป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก การพ่นหมอก ควัน และผู้นำชุมชน สนับสนุนงบในกิจกรรมการ ทำความสะอาด
3. สนับสนุนการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน	- ภาครัฐเครือข่ายซึ่ง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อาสาสมัคร สาธารณสุข หัวหน้า ครอบครัวหรือตัวแทน ครัวเรือน โดยใช้หลักการ สร้างความเป็นเจ้าของ	- ประชาชนมีส่วนร่วม กิจกรรมสำรวจลูกน้ำยุงลาย ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับรู้ ร่วมรับผล ประโยชน์ โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงและ ให้ข้อเสนอแนะ - ให้อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าของบ้านหรือเจ้าของ สถานที่ ดำเนินการทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ด้วยตนเอง	- มาร่วมคิด ร่วมคุย ค้นหา ปัญหาพร้อมวางแผนการ ดำเนินงานจัดการโรค ไข้เลือดออกร่วมกัน
4. การเสนอแนะและให้ คำปรึกษาการดำเนินงาน	- ข้อตกลงด้านการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของ หมู่บ้านที่ประชาชนสามารถ ปฏิบัติได้	- ใช้มาตรการ 5 ป 1 ข 3 ร 3 ค กลุ่มเป้าหมายหลัก (3 ร) โรงเรียน โรงเรียน โรงพยาบาล และกรณีเกิด โรค (3 ค) ค้นหา ควบคุม โรค และคืนข้อมูล	- พัฒนาโปรแกรมทีมพ่น ออนไลน์
5. การติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงาน	- รายงานผลความก้าวหน้า ในที่ประชุมทุกเดือน	- รายงานผลในที่ประชุมทุก เดือน	- เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ ตรวจสอบคุณภาพการพ่น การจ้องและการปฏิบัติงาน - ครูอนามัยโรงเรียนติดตาม การทำกิจกรรมของโรงเรียน ให้นักเรียนสำรวจดัชนีความ ชุกของลูกน้ำยุงลาย
6. การประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และ	- คืนข้อมูลสภาพปัญหาโรค ไข้เลือดออกในหมู่บ้าน	- เครือข่ายระบบสุขภาพ ระดับอำเภอศรีนครินทร์ ใช้	- การแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารด้านการเฝ้าระวัง

ประเด็น	อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส	อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง	อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
ภาคประชาชน รวมถึงการ ส่งข้อมูลให้พื้นที่	- สร้างข้อตกลงร่วมกัน โดย จัดให้มีเวทีประชาคม - กระบวนการสร้างแรงจูงใจ และการชื่นชมเป็นแรงหนุน เสริมเชิงบวกของตำบล และถ่ายทอดความสำเร็จใน ลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อนจูงมือ	ข้อมูลการสำรวจดัชนีลูกน้ำ ยุ่งลายเพื่อประเมินความ เสี่ยงต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออก - คัดข้อมูล ใช้มาตรการทาง สังคมผ่านกระบวนการ ประชาคม	โรคระหว่างสถานบริการที่ เป็นเครือข่ายและนอก เครือข่าย เพื่อให้แต่ละ เครือข่ายนำข้อมูลไปใช้ วิเคราะห์ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501-2557 พบว่าอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นกลุ่มประเทศที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงเป็นอันดับ 6 ใน 30 ประเทศ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออกทางด้านระบาดวิทยา ได้แก่ ผู้ป่วย พาหะนำโรค ไวรัส และสิ่งแวดล้อม การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน เป็นการควบคุมยุงพาหะตามความเหมาะสมของบริบทแต่ละพื้นที่ โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อม ความพึงพอใจของประชาชน ความเป็นไปได้ของงบประมาณ ชนิดของยุงพาหะ และสิ่งสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ต้องตระหนักถึงสภาพปัญหาของโรคไข้เลือดออกและเกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ และจิตติ (2557) พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนยังขาดความตระหนักและมองว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเป็นครั้งคราว ทำให้การป้องกันโรคขาดความยั่งยืน ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการลดโรคได้สำเร็จ (สุภาวดี และคณะ, 2559) การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ จากการศึกษาศึกษาของสุวภัทร และคณะ (2559) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรียนรู้ร่วมกัน แต่ยังมีงบประมาณไม่เพียงพอ การเชื่อมต่อข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม บทบาทหน้าที่ของระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอยังไม่ชัดเจน

ประเทศไทยจึงได้พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ โดยให้มีการอภิบาลระบบสุขภาพผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อสร้างการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหา ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2559 จึงทำให้บทบาทของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอยังไม่มีรูปแบบและแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ: กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล เพื่อศึกษาบทบาทของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล โดยผู้ศึกษาได้กำหนดวิธีการศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

- กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอละงู จังหวัดสตูล
- กลุ่มที่ 2 คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอละงู จังหวัดสตูล (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก)
- กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล
- กลุ่มที่ 4 ประชาชน อำเภอละงู จังหวัดสตูล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 4 กลุ่ม ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sample) ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการ พชอ. ละงู จำนวน 21 คนประกอบด้วย ประธาน เลขานุการ หัวหน้าหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
- กลุ่มที่ 2 คณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) จำนวน 17 คน ประกอบด้วย ประธาน เลขานุการ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนโรงเรียน

ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยสุ่มแบบอย่างง่าย จำนวน 12 คน จำนวน 6 ตำบล
ตำบลละ 2 คน

กลุ่มที่ 4 ประชาชน โดยสุ่มแบบอย่างง่าย จำนวน 12 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน
ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล จำนวน 6 ตำบล ตำบลละ 1 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก ที่ใช้ในการศึกษามีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการ พขอ. ละงู ใช้วิธีการคัดเลือกทั้งหมด โดยคัดเลือกจาก
บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ พขอ. ละงู อย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มที่ 2 คณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ใช้วิธีการ
คัดเลือกทั้งหมด โดยคัดเลือกจากบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู อย่างน้อย
6 เดือน

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เป็นผู้ที่เคยป่วยโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัด
สตูล ไม่เกิน 1 เดือน หรือผู้ปกครองของผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 10 ปี จำนวน 6 ตำบล ตำบลละ
2 คน โดยสุ่มแบบอย่างง่ายวิธีจับฉลาก กำหนดหมายเลขประจำตัวของผู้ป่วย นำหมายเลขประจำตัว
มาจัดทำเป็นฉลาก และจับฉลากขึ้นมาที่หมายเลขจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน

กลุ่มที่ 4 ประชาชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
ตำบล จำนวน 6 ตำบล ตำบลละ 1 คน ผู้นำชุมชนเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในอำเภอละงูอย่างน้อย 1 ปี
อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอละงูอย่างน้อย 3 ปี ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายด้วย
วิธีจับฉลาก โดยกำหนดหมายเลขประจำตัวของกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล
นำหมายเลขประจำตัวมาจัดทำเป็นฉลาก และจับฉลากขึ้นมาที่หมายเลขจนครบจำนวนกลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 12 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร (data extraction form) แบ่งออกเป็น
2 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอำเภอละงูและการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.
ละงู) จังหวัดสตูล ซึ่งมี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอำเภอละงู จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 9 ข้อ
และส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและแนวทางการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก ซึ่งมี 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล
จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู
จังหวัดสตูล จำนวน 5 ข้อ

2. แบบสอบถามคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ. ละงู)
เกี่ยวกับการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งมี 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1
ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 ข้อ และตอนที่ 2 การดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 15 ข้อ และแบบ
ปลายเปิด (open-ended form) จำนวน 4 ข้อ

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พขอ. ละงู) ซึ่งมี 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 ประเด็นแนวคำถามหลักกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล แบบปลายเปิด
(open-ended form) จำนวน 13 ข้อ

4. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พขอ. ละงู) ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งมี 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 ประเด็นแนวคำถามหลักกับบทบาทของคณะอนุกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบปลายเปิด (open-ended
form) จำนวน 13 ข้อ

5. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและประชาชนอำเภอละงู
จังหวัดสตูล เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่และบทบาท
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรเป็น
อย่างไร แบบปลายเปิด (open-ended form) จำนวน 12 ข้อ

6. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.
ละงู) เกี่ยวกับบทบาทและแนวทางพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรเป็นอย่างไร แบบปลายเปิด (open-ended form) จำนวน 2 ข้อ

7. สมุดจดบันทึกภาคสนาม (field note)
8. เครื่องบันทึกเสียง
9. กล้องถ่ายรูป

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยออกแบบเครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร แบบสอบถาม แนวคำถามในการสัมภาษณ์ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยเนื้อหาให้มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย
2. นำเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน และด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำไปแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาเพื่อความสมบูรณ์
3. นำไปทดลองใช้ (try out) กับอำเภออื่นที่ไม่ได้ทำการศึกษา จำนวน 1 อำเภอ
 - 3.1 แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของอำเภอ ละงู การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก และแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก นำไปทดลองใช้กับอำเภอที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 1 อำเภอ
 - 3.2 แบบสอบถามคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 3 คน
 - 3.3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 3 คน
 - 3.4 แนวคำถามในการสัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 3 คน
 - 3.5 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและประชาชน นำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 4 คน
 - 3.6 แบบคำถามการสนทนากลุ่ม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 3 คน
4. ปรับปรุงเครื่องมือ แล้วนำไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ศึกษาจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณา และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 1 ท่าน ร่วมพิจารณาความครอบคลุมและความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของวิจัย โดยการหาค่า IOC (Item-Objective Congruence Index : IOC) ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับ วัตถุประสงค์ของวิจัย ดังนี้

+1 หมายถึง ข้อคำถามมีความถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสม และมีความสอดคล้องสามารถวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถาม มีความถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสม และมีความสอดคล้องสามารถวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

-1 หมายถึง ข้อคำถามไม่ถูกต้อง ไม่ชัดเจน ไม่เหมาะสม และไม่มี ความสอดคล้องสามารถวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ซึ่งการแปลผลการพิจารณาคะแนนคือ หากข้อคำถามมีคะแนนค่าเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ถือว่า ข้อคำถามนั้นสามารถนำไปใช้ได้

นำผลคะแนนการพิจารณาที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เพื่อนำมาวิเคราะห์ค่า IOC ซึ่งผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อคำถามโดยรวม ได้ค่า IOC=0.94 ซึ่งมีคะแนนค่าเฉลี่ยมากกว่า 0.5 ถือว่า ข้อคำถามนั้นสามารถนำไปใช้ได้ หลังจากผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ

2. ศึกษาสำรวจ (pilot study) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องโดยศึกษากับผู้ให้ข้อมูล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับผู้ให้ข้อมูลจริงจำนวน 16 ราย ในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา เพื่อทดลองใช้ และปรับปรุงแนวคำถาม ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง เป็นการฝึกทักษะการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาความเป็นไปได้ของการวิจัยและแก้ไขคำถามการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) และข้อมูลเชิง

คุณภาพ (qualitative data) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวม มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ จากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ไปยังที่ว่าการอำเภอละงู โรงพยาบาลละงู และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอละงู เพื่อเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

1.2 ประสานกับผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการศึกษาวิจัย

1.3 การเตรียมเครื่องมือ ออกแบบ พัฒนาเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมนำไปใช้ในการทำวิจัย

1.4 การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยการประสานงานทางหนังสือราชการ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงความเป็นมา วัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

2. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 ใช้แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Information abstraction from existing records) เช่น เอกสาร ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปของอำเภอละงู คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โครงการที่เกี่ยวข้องงบประมาณ รายงานการประชุม เป็นต้น เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของอำเภอละงู การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และศึกษาจากเอกสาร ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.2 ใช้แบบสอบถามคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการ พชอ. ละงู

2.3 ใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อศึกษาบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. ละงู ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.4 ใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) เพื่อศึกษาบทบาทของคณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.5 ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและประชาชน เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนและความคิดเห็นต่อบทบาทของ

คณะกรรมการ พขอ. ละงู ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยในการสนทนากลุ่มมีการดำเนินการ ดังนี้

2.5.1 กำหนดให้มีผู้ดำเนินการ 1 คน (moderator) คอยควบคุมและตั้งประเด็นคำถามเพื่อร่วมกันเสนอแนวคิดในการทำสนทนากลุ่ม กำกับ โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ (moderator)

2.5.1.1 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้ดำเนินการ คอยจับบันทึกบันทึกเสียง และสังเกตสถานการณ์บรรยากาศในระหว่างการทำสนทนากลุ่ม

2.5.1.2 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมทำสนทนากลุ่ม แสดงความคิดเห็นแต่ละคน โดยไม่บังคับ ทำการวิเคราะห์ และสรุปผลร่วมกัน

2.6 ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อวิเคราะห์บทบาทและหาแนวทางพัฒนาบทบาทคณะกรรมการ พขอ. ละงู ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยในการสนทนากลุ่มมีการดำเนินการ ดังนี้

2.6.1 กำหนดให้มีผู้ดำเนินการ 1 คน (moderator) คอยควบคุมและตั้งประเด็นคำถามเพื่อร่วมกันเสนอแนวคิดในการทำสนทนากลุ่ม กำกับ โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ (moderator)

2.6.2 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้ดำเนินการ คอยจับบันทึก บันทึกเสียง และสังเกตสถานการณ์บรรยากาศในระหว่างการทำสนทนากลุ่ม

2.6.3 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมทำสนทนากลุ่ม แสดงความคิดเห็นแต่ละคน โดยไม่บังคับ ทำการวิเคราะห์ และสรุปผลร่วมกัน

2.6.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ 1 ชั่วโมง

3. ขั้นสรุป นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบรายละเอียดเนื้อหา ความสมบูรณ์ของข้อมูลในทุกข้อคำถาม ส่วนข้อสรุปที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม การระดมความคิด นำมาวิเคราะห์และสรุป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC 005/63 และได้ให้การพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยจัดทำเอกสารแนะนำและยินยอมด้วยความสมัครใจให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านทำความเข้าใจและลงชื่อยินยอมให้ข้อมูลก่อนที่ผู้วิจัยจะให้ทำแบบสอบถามหากต้องการถอนตัวออกจากการศึกษานี้เมื่อใด ก็สามารถกระทำได้โดยอิสระ ข้อมูลที่ได้จาก

แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับเพื่อใช้สำหรับวิจัยนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ผู้วิจัยจึงทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทปไว้ เพื่อความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลและให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายชื่อยินยอมเป็นหลักฐาน
2. อธิบายให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้และถ้าหากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด
3. ตลอดการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) คือ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนที่แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของอำเภอละงู การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นการวิเคราะห์ตามความเหมาะสมของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม โดยมีกระบวนการดังนี้

- 2.1 อ่านรายละเอียดจากการเก็บข้อมูล (transcripts) ที่ได้ดำเนินการจากบันทึกภาคสนาม (field notes) การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

- 2.2 จำแนกชนิดข้อมูลตามประเภทที่พบ ระบุความหมาย และรายละเอียด

- 2.3 กำหนดหน่วยการวิเคราะห์ ตามความหมาย หรือมีรายละเอียดที่ใกล้เคียงกัน จนกว่าจะได้ข้อมูลอ้อมตัว

- 2.4 การตรวจสอบข้อมูล หลังจากการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะต้องนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้นั้นถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด โดยทำการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

- 2.4.1 การตรวจสอบข้อมูลภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง เป็นวิธีการตรวจสอบข้อมูลในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคสามเส้าดังนี้ ด้านข้อมูล (data

triangulation) โดยวิธีตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ โดยพิจารณาจากบุคคลที่ให้ข้อมูล โดยใช้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคณะกรรมการ พชอ.ละงู กับคณะอนุกรรมการ พชอ.ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) ใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกันเพื่อรวบรวมข้อมูลเดียวกัน โดยใช้แบบสอบถามควบคู่กับการสัมภาษณ์

2.4.2 การตรวจสอบข้อมูลภายหลังที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยใช้เทคนิคสามเส้า ด้านทบทวนข้อมูล (review triangulation) โดยให้คณะกรรมการ พชอ. ละงู ทบทวนข้อมูล เพื่อความเที่ยงตรงของข้อมูล และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องของการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและผลการวิเคราะห์ เพื่อให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด

2.5 ทำการสรุปประเด็นตามกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอละงู จังหวัดสตูล คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอละงู จังหวัดสตูล (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและประชาชน อำเภอละงู จังหวัดสตูล จากแบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร แบบสอบถาม แนวคำถามในการสัมภาษณ์ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล (ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร)

ส่วนที่ 2 บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล (ข้อมูลจากแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการ พชอ. ละงู คณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) และข้อมูลจากแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและประชาชน)

ส่วนที่ 3 แนวทางพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล (ข้อมูลจากแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการ พชอ. ละงู)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปและระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล จากการทบทวนเอกสาร ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลสภาพทั่วไป

ในปี พ.ศ. 2561 อำเภอละงู มีประชากรทั้งหมด 71,980 คน แบ่งเป็น 6 ตำบล 61 หมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 87 ศาสนาพุทธร้อยละ 12 และศาสนาคริสต์ร้อยละ 1 มีโรงพยาบาลของรัฐ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลละงู มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง

1.1.1 ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอละงูมีพื้นที่ 329.6 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 202,397.5 ไร่ ของพื้นที่ จังหวัดสตูล ความหนาแน่นของประชากร 182 คนต่อตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของจังหวัดสตูลและอยู่ห่างจากจังหวัดสตูลประมาณ 50 กิโลเมตร

1.1.2 ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพพื้นที่โดยทั่วไปของอำเภอละงู เป็นที่ราบสูงแบบลูกคลื่น ประกอบด้วยทิวเขาทางตอนเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ ทอดตัวลงมาสู่พื้นที่ราบทางตอนใต้และตะวันตก ซึ่งขนานไปกับชายฝั่งทะเล มีเกาะรวมประมาณ 22 เกาะ มีเทือกเขาอยู่ในระดับความสูง 150 เมตร ถึง 300 เมตร จากระดับน้ำทะเล ซึ่งกระจายอยู่ทั่วไปในอำเภอ ส่วนที่ราบชายฝั่งส่วนใหญ่จะมีลักษณะเป็นป่าชายเลน

1.1.3 ลักษณะภูมิอากาศ

อำเภอละงูได้รับอิทธิพลของมรสุมตะวันตกเฉียงใต้และตะวันออกเฉียงเหนือ มี 2 ฤดู ได้แก่ ฤดูร้อน ตั้งแต่กลางเดือนธันวาคมถึงเดือนพฤษภาคม กระแสลมที่ ได้รับเป็นลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ อากาศทั่วไปร้อน ความชื้นต่ำ แต่ยังมีฝนตกประปราย และฤดูฝนตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม โดยได้รับอิทธิพลของลมมรสุมตะวันออกเฉียงใต้ จึงทำให้มีฝนตกชุกตลอดฤดูกาล

ตารางที่ 3 ปริมาณน้ำฝน อำเภอละงู จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2559-2561

ปี พ.ศ. 2559/รายเดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	รวม
ปริมาณน้ำฝน (มิลลิเมตร)	25.1	7.4	2.8	26.5	268	110	251.5	239.6	227.9	392.1	192.7	196.4	1940
ปี พ.ศ. 2560/รายเดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	รวม
ปริมาณน้ำฝน (มิลลิเมตร)	24.2	6.2	1.8	25.4	258	109	242	201	192.8	359.2	187	185.2	1791.8
ปี พ.ศ. 2561/รายเดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	รวม
ปริมาณน้ำฝน (มิลลิเมตร)	22.5	4.6	0.9	20	270	89	182	220	230	302	168	145.3	1654.3

ที่มา: สถานีอุตุนิยมวิทยาสตูล

จากตารางที่ 3 พบว่าปริมาณน้ำฝน อำเภอละงู จังหวัดสตูล ในปี พ.ศ. 2559 - 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในฤดูฝนระหว่างเดือนพฤษภาคมจนถึงเดือนธันวาคมของทุกปี ซึ่งเป็นช่วงการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

1.1.4 การปกครอง

การปกครองส่วนภูมิภาคแบ่งออกเป็น 6 ตำบล 61 หมู่บ้าน มีอัตรากำลัง
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านฝ่ายปกครอง สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านฝ่ายรักษาความสงบ
และแพทย์ประจำตำบล รวมทั้งหมด 244 คน การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 7 แห่ง

1.1.5 ประชากร

ในปี พ.ศ. 2561 จำนวนประชากร 71,980 คน แบ่งเป็นเพศชาย 35,723 คน
และเพศหญิง 36,257 คน จำนวนครัวเรือน 22,312 ครัวเรือน ตำบลที่มีประชากรมากที่สุด คือ ตำบล
ละงู รองลงมาตำบลกำแพง และตำบลปากน้ำ ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนประชากรและจำนวนครัวเรือน ปี พ.ศ. 2561

ตำบล	จำนวนครัวเรือน	จากทะเบียนราษฎร		รวม
		ชาย	หญิง	
ละงู	6,339	11,348	11,387	22,735
กำแพง	7,079	9,175	9,567	18,742
น้ำผุด	2,900	4,627	4,645	9,272
ปากน้ำ	3,065	5,382	5,514	10,896
เขาขาว	1,864	3,319	3,273	6,592
แหลมสน	1,065	1,872	1,871	3,743
รวม	22,312	35,723	36,257	71,980

1.1.6 ด้านการศึกษา

สถานศึกษา ระดับประถมศึกษาของรัฐ จำนวน 50 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา
เอกชน จำนวน 5 แห่ง ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 2 แห่ง วิทยาลัยการอาชีพ 1 แห่ง และมหาวิทยาลัย 1
แห่ง คือ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา วิทยาเขตสตูล

ความรู้และการศึกษาภาคบังคับ จำนวน 28,956 คน ชั้นมัธยมศึกษาตอน
ปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 2,466 คน อนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 787 คน ปริญญาตรีหรือสูง
กว่า จำนวน 1,026 คน

คนในชุมชนที่กำลังศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียน ในระดับต่าง ๆ ดังนี้
ก่อนประถมศึกษา จำนวน 2,084 คน ระดับ ป.1- ม.3 (การศึกษาภาคบังคับ) จำนวน 6,084 คน จบชั้น
ม.3 จำนวน 1,899 คน มัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 493 คน มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
จำนวน 768 คน อนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 318 คน และปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน
571 คน

1.1.7 ศาสนาและวัฒนธรรม

ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีมัสยิดเป็นศูนย์รวมจิตใจ โดยทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ ชาวมุสลิมร่วมทำพิธีทางศาสนาและมีประเพณีที่สำคัญ เช่น การเข้าสู่น้ำ วันฮารีรายอ การถือศีลอด ส่วนชาวพุทธ มีประเพณีสงกรานต์ วันเข้าพรรษา วันลอยกระทง และชาวพุทธเชื้อสายจีน มีประเพณีเทศกาลกินเจ ส่วนภาษาที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวันใช้ภาษาไทยถิ่นใต้ แต่ประชาชนบางส่วนที่อาศัยอยู่บนเกาะบุโหลนใช้ภาษาชาวเลในการสื่อสาร

วัฒนธรรมท้องถิ่นที่สำคัญ สภาพความเป็นอยู่ของคนอำเภอลงู มีลักษณะผสมผสานด้านประเพณี วัฒนธรรม ระหว่างคนไทยมุสลิมกับคนไทยพุทธ ต่างยอมรับและให้เกียรติเคารพในสิทธิเสรีภาพซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข ภายใต้การปกครองในระบอบประชาธิปไตย

1.1.8 การคมนาคม

การคมนาคมทางบก มีเส้นทางคมนาคมที่สำคัญ ดังนี้ ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 4076 สายฉลุง - ตรัง ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 4052 สายละงู - ปากบารา และทางหลวงชนบท ซึ่งมีอยู่หลายสายทั่วทั้งอำเภอ

การคมนาคมทางน้ำ นับว่ามีความสำคัญกับพื้นที่อำเภอลงูอย่างมาก โดยเฉพาะประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เกาะ เช่น เกาะบุโหลน ตำบลปากน้ำ และหมู่บ้านสุโงมูโงชะ ตำบลแหลมสน มีท่าเทียบเรือที่สำคัญ ได้แก่ ท่าเทียบเรือปากบารา ซึ่งใช้เป็นท่าเทียบเรือประมงและท่าเทียบเรือท่องเที่ยว ท่าเทียบเรือตุตเตร่า และท่าเทียบเรือพาณิชย์

1.1.9 ด้านเศรษฐกิจ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ การเกษตร รองลงมาประมง และปศุสัตว์ ด้านการพาณิชย์ ประกอบด้วย สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงขนาดใหญ่ จำนวน 13 แห่ง ที่ปั๊มน้ำมันท่องเที่ยว และรีสอร์ท จำนวน 20 แห่ง ห้างสรรพสินค้า จำนวน 2 แห่ง และร้านสะดวกซื้อ จำนวน 6 แห่ง

ด้านการท่องเที่ยว มีสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญในอำเภอลงู ดังนี้ อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะเภตรา เกาะบุโหลน เกาะลิดี เกาะเขาใหญ่ หาดปากบารา - อ่าวนุ่น น้ำตกวังสายธาร น้ำตกวังสายทอง ถ้ำเจ็ดคต ฯลฯ และด้านอุตสาหกรรม โรงงานที่ได้รับใบอนุญาตอุตสาหกรรม การเกษตร คือ โรงงานปาล์มน้ำมันจำนวน 1 แห่ง

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การคมนาคมในอนาคตมีแนวโน้มพัฒนาให้มีความสะดวกมากยิ่งขึ้นเพื่อรองรับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งมาพร้อมกับปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อำเภอลงู

1.1.10 ข้อมูลด้านงานสาธารณสุข

ทรัพยากรสาธารณสุข

อำเภอละงูมีสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ คือ โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน มีสถานบริการที่ให้บริการในคลินิกเวชกรรม จำนวน 5 แห่ง คลินิกทันตกรรม จำนวน 5 แห่ง คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ จำนวน 7 แห่ง และร้านขายยา จำนวน 14 แห่ง

1.2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับภาคีและเครือข่าย ได้กำหนดระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

1.2.1 ระบบบริการ

อำเภอละงูมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 11 แห่ง ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรฐาน โดยทุกหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มีแนวทางในการรักษาโรคไข้เลือดออก การส่งต่อ และการควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยร่วมกับภาคีเครือข่ายกำหนดมาตรการดังนี้

1.2.1.1 มาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออก

1) ผู้นำชุมชน

สร้างความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ โดยจัดทำเอกสารขอความร่วมมือเจ้าบ้าน การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน และจัดกิจกรรมรณรงค์ประชารัฐร่วมใจ ใช้ 3 เก็บ ป้องกัน 3 โรค+5 ส.

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรครวมถึงร่วมดำเนินการกับพื้นที่ ในกิจกรรมการพ่นหมอกควันและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายก่อนการเปิดเทอมในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3) โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

พัฒนาแกนนำสารวัตรลูกน้ำยุงในโรงเรียน มาตรการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออกในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เน้นให้บุคลากร นักเรียน เข้าใจถึงกระบวนการป้องกันและควบคุมโรค

4) สาธารณสุข

โรงพยาบาล จัดตั้งจุดคัดกรองผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดมุม Dengue corner เพื่อสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้โรคไข้เลือดออกและเพิ่มการเข้าถึงระบบการคัดกรอง และใช้รูปแบบนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในหมู่บ้าน

1.2.1.2 มาตรการรักษาโรคไข้เลือดออก

โรงพยาบาล

ให้ชุด package ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกราย ซึ่งชุด package ประกอบด้วย ยาทากันยุง ทราายที่มีฟอส และเอกสารการปฏิบัติตัว

1.2.1.3 มาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออก

1) สาธารณสุข

มาตรการ 3-3-1 เน้นความรวดเร็วในการรายงานผู้ป่วย และการควบคุมการระบาด โดยแจ้งรายงานผู้ป่วยให้หน่วยงานควบคุมโรคทราบภายใน 3 ชั่วโมง กำชับ อสม. ให้ลงดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่บ้านผู้ป่วยภายใน 3 ชั่วโมง และทีม SRRT ลงดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ภายใน 1 วัน

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์ในการควบคุมโรค รวมถึงร่วมดำเนินการกับพื้นที่ ในการพ่นหมอกควันและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่บ้านผู้ป่วย

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.สต. ในอำเภอละงู จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2559-2561

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.สต.	ร้อยละ
2559	36	20	55.6
2560	9	4	44.4
2561	8	3	37.5
รวม	53	27	50.9

จากตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับบริการใน รพ.สต. และได้ส่งต่อไปยังสถานบริการแม่ข่ายพบว่า รพ.สต. ในพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัย คิดเป็นร้อยละ 50.9 ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อให้ได้รับการรักษาทันเวลา ซึ่งสามารถลดจำนวนผู้ป่วยและป้องกันการเสียชีวิตได้มากขึ้น

1.2.2 ระบบผู้ให้บริการ

จำนวนบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเทียบกับประชากรในพื้นที่ ทั้งหมดจำนวน 298 คน แพทย์ จำนวน 14 คน คิดเป็น 1: 5,165 (1: 10,000) พยาบาล จำนวน 101 คน คิดเป็น 1:

716 (1: 2,500) และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 12 คน คิดเป็น 1: 6,026 (1: 2,500) พบว่ากำลังคนในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับประชากรในพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้ให้ข้อเสนอแนะจัดตั้งทีมควบคุมโรคในระดับอำเภอ 4 ทีม และให้มีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อรองรับกรณีมีการระบาด โดยทำหน้าที่สนับสนุนกำลังคนในตำบลที่มีการระบาด

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้รับการพัฒนาศักยภาพตามความเหมาะสม เพื่อตอบสนองต่อระบบบริการของประชาชน ดังนี้

1. แพทย์จบใหม่ทั้งหมด 4 คน ได้รับการอบรมด้านการวินิจฉัย รักษา และส่งต่อโรคไข้เลือดออก
2. ทีม SRRT ระดับอำเภอ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ 17 คน โดยการอบรมหลักสูตรอนุตติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา หลักสูตรระบาดวิทยาและการจัดการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก (Field Epidemiology and Management Training (FEMT) อบรมหลักสูตรเฝ้าระวังป้องกันสอบสวนโรค และการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่กรมควบคุมโรครับรอง ปี พ.ศ. 2561 อบรมระบาดก่อนการปฏิบัติงาน และประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ปี พ.ศ. 2561
3. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวนทั้งหมด 65 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และสามารถคัดกรองโรคไข้เลือดออกเบื้องต้นโดยวิธี Tourniquet test ได้

1.2.3 ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์

เทคโนโลยีทางการแพทย์ มีระบบปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ผ่านมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ยาที่ใช้ในการรักษาอาการเบื้องต้น ได้แก่ พาราเซตามอล ผงเกลือแร่ และเวชภัณฑ์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ สารเคมีพ่นหมอกควัน ทราายที่มีฟอสเฟอริกกันยุง ฯลฯ มีข้อบ่งชี้ในการใช้สารเคมีทุกประเภท ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย องค์กรบริหารส่วนตำบล โดยก่อนหน้านี้นี้เวชภัณฑ์ยังมีความล่าช้าในการจัดซื้อและไม่เพียงพอในสถานการณ์ที่มีการระบาด หลังจากที่คณะกรรมการได้ร่วมหารือในประเด็นดังกล่าว ได้พิจารณาอนุมัติจัดซื้อเวชภัณฑ์ให้เพียงพอเพื่อรองรับการระบาด

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อำเภอละงู จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2559-2561

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรค ไข้เลือดออกทั้งหมด	ผู้ป่วยยืนยัน	ได้รับการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ร้อยละ
2559	36	36	36	100
2560	9	9	9	100
2561	8	8	8	100
รวม	53	53	53	100

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อำเภอละงู จังหวัดสตูล ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสงสัยสามารถเข้ารับการวินิจฉัยโรคและการรักษาทันเวลา

1.2.4 ระบบการเงินการคลัง

ประชาชนทุกสิทธิสามารถเข้ารับการคัดกรองกรณีสงสัยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกได้ที่ รพ.สต. ไกลบ้าน เข้ารับการรักษาตามสิทธิได้ที่โรงพยาบาลละงู และได้รับการควบคุมโรคทุกรายจากทีม SRRT และเครือข่ายในพื้นที่ที่มีการระดมและจัดสรรงบประมาณในการป้องกันและควบคุมโรคระดับตำบล จากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 12 โครงการ เป็นเงินทั้งสิ้น 207,050 บาท และในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 10 โครงการ เป็นเงินทั้งสิ้น 502,960 บาท ซึ่งเครือข่ายให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานทุกตำบล ตามประเด็นการแก้ไขปัญหาของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) ในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1.2.5 ระบบสารสนเทศ

ทุกหน่วยบริการอำเภอละงู โรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.สต. ศสช. ทุกแห่งใช้โปรแกรม R506 ซึ่งเป็นระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค เพื่อป้องกันควบคุมโรคที่อาจเกิดการระบาดในพื้นที่ และใช้ซอฟต์แวร์ HIS ระบบ HOSxP_PCU Version 4.64.11.3 ซึ่งสามารถเชื่อมโยงรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยากับโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ กรณีมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอละงู แจ้งรายงานสอบสวนโรคผ่านทาง Facebook กลุ่มระบาดและควบคุมโรคละงู โดยให้ทีม SRRT ลงดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ภายใน 1 วัน และคืนข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและข้อเสนอเพื่อขอความร่วมมือให้พื้นที่ผ่านการประชุมประจำเดือนของหัวหน้าส่วนราชการในอำเภอละงู

1.2.6 ระบบอภิบาล

มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทั้งหมด 21 คน ประกอบด้วย ภาครัฐ 8 คน ภาคเอกชน 6 คน และภาคประชาชน 7 คน คณะกรรมการดังกล่าว ได้จากการ

ทบาทามผู้ที่มีส่วนขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่ ทั้งในภาคส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เมื่อได้รับการตอบรับการเข้าร่วมเป็นกรรมการ จึงได้แต่งตั้งคำสั่งระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอละงู เป็นประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นรองประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ได้กำกับดูแลให้การดำเนินภารกิจเป็นไปตามแผนปฏิบัติการ และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ซึ่งระบบอภិบาล โดยผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญต่อการบริหารจัดการระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ดังรายละเอียดตาม

ส่วนที่ 2 บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการ พชอ. ละงู จำนวน 21 คน กลุ่มที่ 2 คณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) จำนวน 17 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 คน และประชาชน จำนวน 12 คน

ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป	ประเภทของผู้ให้ข้อมูล			
	คณะกรรมการ พชอ. (n=21) คน (ร้อยละ)	คณะอนุกรรมการ พชอ. (n=17) คน (ร้อยละ)	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n=24) คน (ร้อยละ)	รวม (N= 62) คน (ร้อยละ)
เพศ				
- ชาย	15(71.4)	7(41.2)	10(41.7)	32(51.6)
- หญิง	6(28.6)	10(58.8)	14(58.3)	30(48.4)
อายุ				
- น้อยกว่า 40	2(9.5)	5(29.4)	9(37.5)	16(25.8)
- 41 – 50 ปี	5(23.8)	8(47.1)	10(41.7)	23(37.1)

ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ประเภทของผู้ให้ข้อมูล			
	คณะกรรมการ พชอ. (n=21) คน (ร้อยละ)	คณะอนุกรรมการ พชอ. (n=17) คน (ร้อยละ)	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n=24) คน (ร้อยละ)	รวม (N= 62) คน (ร้อยละ)
อายุ (ต่อ)				
- 51 – 60 ปี	14(66.7)	4(23.5)	5(20.8)	23(37.1)
- 60 ปีขึ้นไป	1(4.8)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.6)
- 60 ปีขึ้นไป	1(4.8)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.6)
การศึกษา				
- มัธยมศึกษาตอนต้น	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (16.7)	4 (6.5)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	1 (4.8)	1 (5.9)	14 (58.3)	16 (25.8)
ปริญญาดุษฎี				
- ปริญญาตรี	14 (66.7)	11 (64.7)	6 (25.0)	31 (50.0)
- สูงกว่าปริญญาตรี	6 (28.6)	5 (29.4)	0 (0.0)	11 (17.7)
ระยะเวลาเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พชอ.				
- 1-2 ปี	2 (9.5)	6(35.3)	0 (0)	8 (21.1)
- 3-4 ปี	19 (90.5)	11(64.7)	0 (0)	30 (78.9)
หน่วยงาน				
- ภาครัฐ	8 (38.1)	16 (94.1)	0 (0)	24 (38.7)
- ภาคเอกชน	6 (28.6)	0 (0)	0 (0)	6 (9.7)
- ภาคประชาชน	7 (33.3)	1 (5.9)	24 (100)	32 (51.6)
ระดับหน่วยงาน				
- ระดับอำเภอ	14 (66.7)	3 (17.6)	0 (0)	17 (27.4)
- ระดับตำบล	7 (33.3)	14 (82.4)	24 (100)	45 (72.6)
ตำแหน่งในหน่วยงาน/ชุมชน				
- บริหาร	13 (61.9)	10 (58.8)	0 (0)	23 (37.1)
- ปฏิบัติงาน	7 (33.3)	6 (35.3)	0 (0)	13 (20.9)
- ผู้นำชุมชน	0 (0)	0 (0)	6 (25.0)	6 (9.7)
- อสม.	1 (4.8)	1 (5.9)	6 (25.0)	8 (12.9)
- ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	0 (0)	0 (0)	12 (50.0)	12 (19.4)

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 62 คน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการ พขอ. ละงู จำนวน 21 คน ภาครัฐ 8 คน ภาคเอกชน 6 คน และภาคประชาชน 7 คน คณะกรรมการดังกล่าว ได้จากการทาบทามผู้ที่มีส่วนขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่ ทั้งในภาคส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เมื่อได้รับการตอบรับการเข้าร่วมเป็นกรรมการจึงได้มีการแต่งตั้งคำสั่งระดับอำเภอ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.4 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 66.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.7 ได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พขอ. 3-4 ปี ร้อยละ 90.5 มาจากหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 38.1 รองลงมาภาคประชาชน ร้อยละ 33.3 และภาคเอกชน ร้อยละ 28.6 ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานระดับอำเภอ ร้อยละ 66.7 และมีตำแหน่งเป็นผู้บริหาร ร้อยละ 61.9

กลุ่มที่ 2 คณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) จำนวน 17 คน ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เพศหญิง ร้อยละ 58.8 เพศชาย ร้อยละ 41.2 มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 47.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 64.7 ได้เข้าร่วมเป็นคณะอนุกรรมการ พขอ. 3-4 ปี ร้อยละ 64.7 ส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 94.1 รองลงมาภาคประชาชน ร้อยละ 5.9 ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานระดับตำบล ร้อยละ 82.4 และมีตำแหน่งเป็นผู้บริหาร ร้อยละ 58.8

กลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 คน และประชาชน จำนวน 12 คน เพศหญิง ร้อยละ 58.3 เพศชาย ร้อยละ 41.7 มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 41.7 ครึ่งหนึ่งจบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 58.3 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 25.0 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 16.7 ทั้งหมดมาจากภาคประชาชน เป็นหน่วยงานระดับตำบล ร้อยละ 100 เคยเป็นผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 50.0 รองลงมาอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 25.0 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 25.0

2.2 บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ. ละงู) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีรายละเอียดผลการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 8 การดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561

บทบาทของคณะกรรมการ (พขอ. ละงู) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	การดำเนินการ (n=21)	
	มี	ไม่มี
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)
1. การกำหนดเป้าหมายและแนวทางดำเนินงาน	21 (100)	0 (0)
2. การขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ	21 (100)	0 (0)
3. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	21 (100)	0 (0)
4. การเสนอแนะและให้คำปรึกษาการดำเนินงาน	17 (81.0)	4 (19.0)
5. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน	18 (85.7)	3 (14.3)
6. การประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่	19 (90.5)	2 (9.5)
7. การปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย	21 (100)	0 (0)

จากตารางที่ 8 การดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ. ละงู) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า มีการกำหนดเป้าหมายและแนวทางดำเนินงาน การขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมายร้อยละ 100 รองลงมา การประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่ร้อยละ 90.5 ทั้งนี้ บทบาทที่ดำเนินการได้น้อย คือ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานร้อยละ 85.7 และการเสนอแนะและให้คำปรึกษาการดำเนินงานร้อยละ 81.0 เมื่อพิจารณารายละเอียดในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า มีข้อมูลเชิงคุณภาพที่บ่งบอกถึงการดำเนินงานคณะกรรมการ พขอ. ละงู ดังนี้

2.2.1 การกำหนดเป้าหมายและดำเนินการ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งหมด 17 คน ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีสาธารณสุขอำเภอละงูเป็นประธาน ร่วมกันกำหนดทิศทาง เป้าหมาย แนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมของอำเภอ และจัดทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งการได้มาของการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย การสำรวจปัญหา การวิเคราะห์สถานการณ์ การกำหนดตัวชี้วัด และการจัดทำแผนปฏิบัติการ ดังนี้

2.2.1.1 การสำรวจปัญหา เป็นการร่วมค้นหาปัญหาที่มาของการเกิดโรคไข้เลือดออก จากการสัมภาษณ์กลุ่มคณะกรรมการ พขอ. ละงู สามารถสรุปได้ว่า โรคไข้เลือดออก

เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งยุ่งกลายเป็นพาหะนำโรคเกิดจาก 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ คน พาหะนำโรค สิ่งแวดล้อม และระบบ ดังนี้ 1) คน ขาดความรู้และขาดความตระหนักในการป้องกันโรค ไม่จัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ไม่ดูแลความสะอาดในครัวเรือน ปล่องให้มีน้ำขังซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย และมองว่าการจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุ่งกลายเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่นอนกางมุ้ง 2) พาหะนำโรค มียุ่งลายที่เป็นพาหะนำโรคชุกชุมในพื้นที่ 3) สิ่งแวดล้อม สภาพภูมิอากาศที่มีฝนตกชุกตลอดทั้งปีเหมาะสมต่อการเพาะพันธุ์ของยุงที่เป็นพาหะนำโรค สิ่งแวดล้อมรอบบ้านและชุมชน เช่น ภาชนะที่มีน้ำขัง และ 4) ระบบการคัดกรองโรคไข้เลือดออกเชิงรุกในระดับ รพ.สต. ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาทันเวลา ลดการเสียชีวิต การควบคุมโรค ไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลาตามมาตรการ 3-3-1 ได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากวัสดุ อุปกรณ์ และผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคไม่เพียงพอ ในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรค

“สภาพแวดล้อมบ้านเราฝนตกตลอดทั้งปี ทำให้มียุ่งลายเยอะมาก ๆ”

(INT6-17102563)

“แหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลายส่วนมากก็พวกภาชนะมีน้ำขัง ขยะ รอบ ๆ บ้านและชุมชน”

(INT2-17102563)

“ระบบการคัดกรองโรคไข้เลือดออกเชิงรุกในระดับ รพ.สต. ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาทันเวลา ลดการเสียชีวิต การควบคุมโรคไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลา ตามมาตรการ 3-3-1 วัสดุ อุปกรณ์ ในการควบคุมโรค รวมถึงผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอในช่วงที่มีการระบาด”

(INT11-17102563)

“ผู้ปฏิบัติงานลงควบคุมโรคไม่ทันตามมาตรการ 3-3-1 เพราะมีเคสมาก”

(INT15-17102563)

“เครื่องพ่นหมอกควันมีสภาพไม่พร้อมใช้งาน น้ำยาเคมีไม่ค่อยพอในช่วงที่ระบาด”

(INT19-17102563)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ประชาชนได้เข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรคไข้เลือดออก โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งมียุ่งลายเป็นพาหะนำโรค เกิดจาก 3 สาเหตุหลัก ได้แก่ คน เชื้อ และสิ่งแวดล้อม ดังนี้ 1) คน ขาดความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ประชาชนบางส่วนยังไม่ตระหนักในการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เชื้อไวรัสเดงกีเข้าสู่ร่างกาย พฤติกรรมที่ไม่ดูแลตนเอง ไม่ดูแลความสะอาดที่อยู่อาศัย และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรค

ใช้เลือดออกมักอาศัยอยู่ในบ้านที่มีสุขลักษณะที่ไม่ดี 2) เชื้อ เชื้อไวรัสแดงก็ มีอยู่ที่เป็นพาหะนำโรค ซึ่งในพื้นที่มีขุขมูลชุกชุมทำให้มีการแพร่ระบาด และ 3) สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค ฤดูกาล สภาพภูมิอากาศฝนตกตลอดทั้งปี สภาพแวดล้อมรอบบ้าน เช่น น้ำขัง ขยะในบ้าน นอกบ้าน เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายซึ่งเป็นพาหะทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก รวมทั้งระบบสาธารณสุขปโภค เช่น น้ำประปา บางพื้นที่ไม่มีระบบน้ำประปาจะมีภาชนะสำหรับรองรับน้ำใช้จำนวนมาก ซึ่งทำให้เป็น แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

“เกิดจากคนที่เขาไม่มีความรู้ค่ะ ว่ามันเกิดจากอะไร และควรทำอย่างไร”

(FG5-22102563)

“ชาวบ้านยังให้ความสำคัญกับเรื่องปากท้องมาเป็นอันดับแรก และโรคที่ทำให้เสียชีวิตในขณะนั้น ๆ”

(FG6-22102563)

“ประชาชนบางส่วนยังไม่สนใจในการกำจัดลูกน้ำยุงลายด้วยตนเอง รอแต่เจ้าหน้าที่ อสม. เข้าไปสำรวจ ชาวบ้านเน้นการพ่นยุงฆ่าตัวแก่มากกว่าการป้องกัน”

(FG8-22102563)

“บ้านเราฝนตกตลอดทั้งปี ทำให้มีน้ำขัง มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายมาก

(FG4-22102563)

“ฐานะเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น บ้านไหนมีรายได้พอจ่าย ก็จะสะอาดดี”

(FG13-22102563)

“โซนทะเลลูกน้ำยุงลายจะเยอะมาก เพราะไม่มีน้ำประปา ชาวบ้านต้องรองน้ำฝนไว้ใช้ กลายเป็นที่ เพาะยุงรอบบ้าน

(FG2-22102563)

2.2.1.2 การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการนำสภาพปัญหาวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก เพื่อให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์ นำมา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนการแก้ไข โดยคณะกรรมการ พชอ. ละงู ได้มอบหมายให้ คณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอละงู กลุ่มตัวอย่างจำนวน 364 คน ผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนรายกลุ่มพบว่า ประชาชน มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 47.70 รองลงมา มีความรู้ อยู่ใน

ระดับสูง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกกรายกลุ่มพบว่า ประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งมีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 และเกือบครึ่งหนึ่งมีทัศนคติอยู่ในระดับดี จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนรายกลุ่มพบว่า ประชาชนส่วนมากมีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 61.2 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8

จากการวิเคราะห์ที่ส่วนมากประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับไม่ดี เนื่องจากประชาชนขาดความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก ชีวนิสัยของยุ่งพาหะนำโรค การป้องกันและควบคุมยุ่งพาหะนำโรค การป้องกันตนเองจากพาหะนำโรคไข้เลือดออก และทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่ดี ทำให้พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่ดีตามไปด้วย จึงควรส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชน โรงเรียน โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสมที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และจากการประเมินผลการสุ่มดัชนีลูกน้ำยุ่งลาย อำเภอลงง จังหวัดสตูล ปี พ.ศ 2560 ในระหว่างวันที่ 22 มีนาคม 2560 - 2 เมษายน 2560 จำนวน 61 หมู่บ้าน ได้สำรวจครัวเรือนทั้งหมด 1,874 หลัง พบลูกน้ำยุ่งลายจำนวน 581 หลัง คิดเป็นร้อยละ 31.0 และได้สำรวจภาชนะทั้งหมด 11,099 ชิ้น พบลูกน้ำยุ่งลายจำนวน 1,001 หลัง คิดเป็นร้อยละ 9.02 พบภาชนะเสี่ยงที่พบลูกน้ำยุ่งลายภายในบ้าน ได้แก่ ตู้กับข้าว ถังใส่น้ำในห้องน้ำ อ่างเลี้ยงปลา ลังโฟมที่ไม่ใช้แล้ว ฝาภาชนะ แก้วพลาสติก จานรองกระถาง ภาชนะใส่น้ำนรก และภาชนะเสี่ยงที่พบลูกน้ำยุ่งลายภายนอกบ้าน ได้แก่ โอ่งน้ำเล็ก (ชูลี) แกลลอนยางรถยนต์ แจกันพุ่มต่าง ภาชนะแช่มีดกรีด ยางพารา โอ่งแช่หมาก รวมทั้งระบบสาธารณูปโภค เช่น น้ำประปา ซึ่งพื้นที่ที่ไม่มีระบบน้ำประปา จะมีภาชนะรองรับน้ำใช้จำนวนมาก ทำให้มีภาชนะที่เสี่ยงต่อการเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุ่งลายมากขึ้น ซึ่งจากค่าดัชนีลูกน้ำยุ่งลายพบว่า ค่า HI สูง และ CI สูง สามารถวิเคราะห์ได้ว่า อำเภอลงงมีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกสูง

2.2.1.3 การกำหนดตัวชี้วัด เป็นการสร้างเป้าหมายเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่บ่งบอกถึงความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดในเชิงป้องกันและควบคุมโรคในระดับอำเภอและระดับตำบล ได้แก่ หมู่บ้านสะอาดปลอดโรคไข้เลือดออก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 โรงเรียนสะอาดปลอดโรคไข้เลือดออก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 สถานบริการสาธารณสุขมีระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 100 หมู่บ้านสามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่มี Secondary case ในพื้นที่เดียวกันหลังจาก 28 วัน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร

2.2.1.4 การจัดทำแผนปฏิบัติการ คณะกรรมการ พชอ. ละงู และ คณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

- 1) การทำ Big cleaning day ได้บรรจุเป็นวาระอำเภอ
- 2) ชุมชนสะอาด ปลอดโรคไข้เลือดออก สร้างการมีส่วนร่วมโดยให้เครือข่ายในหมู่บ้านร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมประเมินผล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน กำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน จัดทำแผนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน และสร้างธรรมเนียมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน
- 3) โรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย มีการกำหนดนโยบาย พัฒนาแกนนำสารวัตรลูกน้ำยุงลาย และเสริมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในกิจกรรมเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้
- 4) คีนข้อมูล สร้างกระแส และประชาสัมพันธ์ ได้ประกาศนโยบายระดับอำเภอ “คนละงูรักความสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” และให้ทุกหน่วยงานร่วมประกาศข้อความรณรงค์ “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” ด้วย 3 เก็บ 3 โรค รายงานข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้พื้นที่ดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 คีนข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออก รวมถึงข้อมูลผลการสุ่มประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายให้กับเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อใช้เฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกและการจัดการสิ่งแวดล้อม และคีนข้อมูลระบบน้ำประปาให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการบริหารจัดการสาธารณสุขปึก

“คณะกรรมการ พชอ. มีส่วนในเรื่องการกำหนดทิศทาง แนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในภาพรวมของอำเภอ”
(INT1-17102563)

“ร่วมกันกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน ชี้นะ และให้คำปรึกษาแก่คณะอนุกรรมการ”
(INT2-17102563)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ประชาชนได้เข้าร่วมประชุมในการกำหนดแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน โดยมีเครือข่ายต่าง ๆ ร่วมประชุมทำแผน ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้านเป็นตัวแทนในการเสนอกิจกรรมโครงการ ดำเนินกิจกรรมสอดคล้องกับสภาพปัญหาในหมู่บ้านและนโยบายอำเภอละงู “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก”

“เคยเข้าร่วมประชุมแผนดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อของบสนับสนุนจาก อบต. จะได้ลด
โรคไข้เลือดออกให้น้อยลง”
(FG10-2202563)

2.2.1.5 การดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย

คณะกรรมการ พขอ. ละงู คณะอนุกรรมการ พขอ.ละงู (ด้านการ
ป้องกันโรคไข้เลือดออก) และเครือข่าย ร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้

1) การทำ Big cleaning day ได้ดำเนินการจัดสัปดาห์ณรงค์
“จิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย” เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีนายอำเภอละงู
ประธานคณะกรรมการ พขอ.ละงู เป็นประธานในการจัดกิจกรรม

2) หมู่บ้านสะอาด ปลอดโรคไข้เลือดออก จัดทำแผนการ
ป้องกันโรคโดยเน้นการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน
คณะกรรมการ พขอ.ละงู มอบหมายให้คณะอนุกรรมการ พขอ.ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก)
เยี่ยมเสริมพลังการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเน้นการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานระดับ
หมู่บ้าน ในระหว่างวันที่ 7- 25 มกราคม 2562 จำนวน 30 หมู่บ้าน และระหว่างวันที่ 4 สิงหาคม
2562 – 15 กันยายน 2562 จำนวน 31 หมู่บ้าน ซึ่งคณะกรรมการ พขอ. ละงู มุ่งสร้างพลังให้กับชุมชน
สามารถคิดเอง หาทุนเอง ทำเอง ประเมินผล และรับผิดชอบเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงคอย
สนับสนุน ที่จะทำให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง และมอบหมายให้ทีมระดับอำเภอ ลงพื้นที่สำรวจแหล่ง
เพาะพันธุ์ยุงลาย ในระหว่างวันที่ 12-30 กรกฎาคม 2561 พบว่า ค่า HI คิดเป็นร้อยละ 25.29 และ
ค่า CI คิดเป็นร้อยละ 6.21 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2560

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ประชาชนได้เข้าร่วมกิจกรรมป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออก สามารถรับทราบปัญหาของหมู่บ้าน เห็นความสำคัญของโรคไข้เลือดออก
ได้รู้และเข้าใจวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ทำให้คนในหมู่บ้านช่วยดูแลบ้านเรือนตนเองและ
สถานที่สาธารณะ และจากการที่คณะกรรมการ พขอ. ละงู ได้ลงเยี่ยมเสริมพลังในหมู่บ้าน ทำให้
ประชาชนตื่นตัวที่จะต้องดูแลบ้านของตนเองและสถานที่สาธารณะ เพื่อให้ยุงลายที่เป็นพาหะลดลงสู่
เป้าหมายหมู่บ้านสะอาด ปลอดโรคไข้เลือดออก

“ได้ประโยชน์ ได้รู้วิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เราต้องดูแลบ้านไม่ให้มีลูกน้ำยุงลาย และต้อง
ช่วยกันดูแลสถานที่สาธารณะด้วย”
(FG2-2202563)

หมู่บ้านได้ร่วมกันสร้างมาตรการ ข้อตกลง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน ตามนโยบายอำเภอละงู “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” โดยมีข้อตกลงคร่าวๆ ดังนี้ 1) บริเวณบ้าน หน้าบ้านไม่มีขยะ 2) บริเวณบ้านไม่พบภาชนะน้ำขัง 3) ภาชนะเก็บน้ำ ต้องมีฝาปิด เช่น โถงน้ำ 4) ภาชนะที่มีน้ำขังต้องไม่พบลูกน้ำยุงลาย 5) ทุกหลังคาเรือนมีการป้องกันยุง เช่น มีปลั๊กเสียบไล่ยุง หรือนอนกางมุ้ง สเปรย์ไล่ยุง เต็มเกลือในภาชนะน้ำใช้ 6) มียาสามัญประจำบ้าน ยาไล่ยุงพาราเซตามอลและผงเกลือแร่ และมีข้อตกลงร่วม ดังนี้ 1) มีการทำความสะอาดถนนสาธารณะ บ้านเรือน กำจัดขยะแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 15 ของเดือน 2) จัดให้มีการสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายเดือนละ 1 ครั้ง และรายงานผลในเวทีประชุมประจำหมู่บ้าน โดยมีนวัตกรรมชุมชน การรายงานผลค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย 4.0 โดยได้ดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลการรายงานค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายออนไลน์ โดย Google Sheet ในหมู่บ้าน โรงเรียน ศาสนสถาน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่อยู่ในหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน ติดตามหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย และควบคุมโดยใช้มาตรการการพิจารณาสิทธิต่าง ๆ ในชุมชน

“มีมาตรการ ข้อตกลง ในหมู่บ้านที่ทุกคนช่วยกันคิด เอาไปปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน”

(FG5-2202563)

ภาพรวมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีความตระหนักและมีความตื่นตัวในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก มีการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนในพื้นที่ทุกตำบล และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน มีบทบาทสำคัญมาก ทำให้ประชาชนตื่นตัวกับการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก แต่ทั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมและมีบางส่วนที่ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ต้องมีการกระตุ้นหรือสร้างจิตสำนึกอย่างต่อเนื่อง และรวมทั้งข้อจำกัดของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อประกอบอาชีพ การจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนต้องเป็นเวลาที่ว่างจากการประกอบอาชีพ

“ทุกอย่างตอนนี้มีการรณรงค์และการทำงานร่วมกับหน่วยงาน ภาคเครือข่าย ในพื้นที่ทุกตำบล”

(FG17-22102563)

3) โรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย คณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกระบวนการโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย แก่บุคลากรครูในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่ง ในวันที่ 1 มิถุนายน 2560 ณ ห้องประชุมพฤษชาติ โรงพยาบาลละงู ทีมควบคุมโรคและเครือข่ายในพื้นที่ได้ดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามมาตรการ 3 เก็บ 3 โรค ครอบคลุมทุกแห่ง คณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ได้ลงเยี่ยมเสริมพลังโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ในระหว่างวันที่ 4-26 กุมภาพันธ์ 2562

4) การคืนข้อมูล สร้างกระแส และประชาสัมพันธ์ มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยผ่านทาง Facebook กลุ่มระบาดและควบคุมโรคละงู เพื่อให้พื้นที่ดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกทุกวันผ่านทาง Line และรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกทุกเดือน ในเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการและกำนันผู้ใหญ่บ้าน โดยสาธารณสุขอำเภอละงู ซึ่งเป็นประธานคณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) เวิร์ประชุมหมู่บ้าน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี พ.ศ. 2560 ได้จัดกิจกรรมรวมพล “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” โดยมีพิธีลงนามความร่วมมือ (MOU) ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอละงู นายก อบต. เทศบาล กำนัน สาธารณสุขตำบล ประธาน อสม. ระดับตำบล เพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนป้องกันตนเองจากโรคติดต่อและภัยสุขภาพ รวมทั้งเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือในการป้องกันโรคในพื้นที่ และนายอำเภอละงู ประธานคณะกรรมการ พขอ. ละงู ได้ประกาศนโยบาย “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” ขอให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้ถือเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกัน โดยสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยใช้มาตรการ 3 เก็บ 3 โรค ได้ร่วมกันประกาศข้อความรณรงค์ “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” ด้วย 3 เก็บ 3 โรค โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลละงูและงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน และหมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2560 ได้จัดมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อำเภอละงู จังหวัดสตูล “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” เพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนป้องกันตนเองจากโรคติดต่อและภัยสุขภาพ รวมทั้งเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือในการป้องกันโรคในพื้นที่ ในวันที่ 26 ธันวาคม 2560 และในปี พ.ศ. 2562 ได้จัดมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานป้องกันและควบคุมโรค “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” ครั้งที่ 2 เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือในการป้องกันโรคในพื้นที่ ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานหมู่บ้านสะอาดปลอดโรคไข้เลือดออก โรงเรียนสะอาด ปลอดโรคไข้เลือดออก จัดนิทรรศการส่งเสริมและป้องกันโรค

และมอบเกียรติบัตรให้บุคลากรและเครือข่ายด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อสร้างแรงจูงใจและชื่นชมในการดำเนินงาน

“คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต มาจากหลากหลายภาคส่วน ทำให้มุมมองหลาย ๆ มุม ทำให้ภาพของการควบคุมป้องกันโรคชัดเจนและมีวิธีการที่หลากหลายมากขึ้น”

(INT 7-1802563)

จากการสนทนากลุ่มประชาชนพบว่า ประชาชนมีความเห็นว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชน ได้แก่ประชาชน บุคคลในครัวเรือน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ และผู้นำ โดยบุคคลในครัวเรือนเป็นหลัก ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ และผู้นำ เป็นผู้ผลักดันและคอยเป็นที่เลี้ยง ทุกคนต้องร่วมมือกันจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและนอกบ้าน

“เป็นหน้าที่ของบุคคลในครัวเรือน ส่วน อสม. จนท. เป็นผู้ผลักดัน”

(FG9-2202563)

โดยได้ร่วมดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ (1) ปัจจัยเสี่ยงด้านคน ดำเนินการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ความรู้โรคไข้เลือดออก กระจายข่าวให้ทุกคนในหมู่บ้านรู้ข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น นอนกลางวันให้กางมุ้ง อย่านำน้ำขังข้างบ้านเกิน 2 วัน ที่เก็บน้ำต้องมีฝาปิดให้มิดชิด และมีมาตรการ ปิดเปลี่ยน ปล่อย ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง รณรงค์ป้องกันการเกิดโรค โดยการเดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ สร้างกระแสให้ประชาชนในชุมชนทราบและเข้ามามีส่วนร่วม

“ชาวบ้านมักร่วมเดินรณรงค์ ขบวนพาเหรดในหมู่บ้าน สร้างกระแสให้ประชาชนรู้ถึงพิษภัยของโรคไข้เลือดออก”

(FG14-22102563)

“ต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก รู้สาเหตุ การป้องกันของโรคไข้เลือดออกที่ปฏิบัติได้จริง ๆ”

(FG19-22102563)

“มีการสื่อสารอย่างเป็นระบบ พุดเหมือนกันทั้งระบบ”

(FG13-22102563)

(2) ปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรค การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น การเทน้ำขังในภาชนะ ใส่น้ำทรายอะเบตในโอ่ง ทำลายขยะมูลฝอยด้วยวิธีการเผาหรือใส่ลงในถังขยะ ทำ เก็บ คั่ว เท ทุก 7 วัน เก็บขยะบริเวณข้างทาง คั่วน้ำขังในกะลามะพร้าว และภาชนะอื่น ๆ เก็บขยะในหมู่บ้าน และให้ความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังก่อนการเกิดโรค เช่น การสู่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมลงพื้นที่พ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย เพื่อควบคุมโรคกรณีมีผู้ป่วย

“เก็บขยะในหมู่บ้านร่วมกับชาวบ้านและเด็กนักเรียน ทุก ๆ วันศุกร์ของสัปดาห์”

(FG 1-2202563)

(3) ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย บริเวณรอบบ้านของตนเอง เช่น การจัดการขยะ เก็บกวาดขยะบริเวณภายในและภายนอกบ้าน การปรับปรุงบ้านเรือนให้สะอาด ดูแลไม่ให้มีลูกน้ำยุงลาย กำจัดลูกน้ำยุงลาย ทำลายภาชนะที่เสี่ยงเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น กะลามะพร้าว ถังที่ไม่ใช้แล้ว และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย รักษาสภาพแวดล้อมสถานที่สาธารณะ เช่น วัด มัสยิด ถนน

“ประชาชนต้องช่วยกันรักษาความสะอาดไม่ให้มีขยะ ไม่ให้มีน้ำขัง”

(FG10-2202563)

“แกนนำในหมู่บ้านต้องทำเป็นตัวอย่าง บ้านตัวเองต้องสะอาดไม่มีลูกน้ำยุงลาย”

(FG8-22102563)

และได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่หน่วยงานจัดขึ้น เช่น การเข้าร่วมรณรงค์ให้ความรู้กับชุมชน กิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาดบริเวณที่สาธารณะ เข้าร่วมโครงการจัดการขยะมูลฝอยในการลดพาหะนำโรค กิจกรรมขยะแลกไข่ กิจกรรมบ้านน่าอยู่ หนามองปลอดภัยจากยุงลาย การประกวดหมู่บ้านตัวอย่าง การเข้าร่วมประกวดบ้านสะอาด

“ชาวบ้านในพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรมเวทีสาธารณะกับเครือข่ายในหมู่บ้าน ชาวบ้านเริ่มให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพมากขึ้น เพราะเห็นผู้นำระดับอำเภอให้ความสำคัญและประกาศนโยบายให้ทุกคนช่วยกันแก้ปัญหา”

(FG9-22102563)

“กิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาดบริเวณที่สาธารณะ โดยส่วนใหญ่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เป็นคนชวนให้ทำ”
(FG10-22102563)

2.2.2 การขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ

ขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการร่วมกัน สร้างการทำงานเป็นทีม โดย นายอำเภอ ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการ พชอ. ละงู ได้สั่งการให้ทุกหน่วยงานในพื้นที่บูรณาการ แก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกร่วมกัน ได้มีพิธีลงนามความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละงูและเครือข่าย “เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนอำเภอ ละงู” ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ นายกองค้การบริหาร ส่วนตำบล กำนัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล ในวันที่ 26 กันยายน 2560 ณ ห้องประชุมอาคารเรียนรวม วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา วิทยาเขตสตูล เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมทั้งกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และบูรณาการทรัพยากรบุคลากร เทคโนโลยี องค์ความรู้ งบประมาณร่วมกัน พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ เพื่อให้ เกิดประสิทธิผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนอำเภอละงู ตามหลักการทำงานของ พชอ. ละงู การบูรณาการการทำงาน ทรัพยากร และสามารถบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการด้านงบประมาณ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน ดังนี้ คณะกรรมการ พชอ. ละงู ได้สนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการทางด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กิจกรรมการประชุมคณะกรรมการ (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) และผู้ที่เกี่ยวข้อง 3 ครั้ง เป็นเงินทั้งสิ้น 16,500.-บาท ได้รับการสนับสนุนจากงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คปสอ. ละงู จัดทำ โครงการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อ อำเภอละงู จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2559 เป็นเงินทั้งสิ้น 394,440.-บาท ปี พ.ศ. 2560 เป็นเงินทั้งสิ้น 328,920.-บาท ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเงินบำรุง โรงพยาบาลละงู ปี พ.ศ. 2561 เป็นเงินทั้งสิ้น 377,240.-บาท ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมตาม แผนปฏิบัติการในระดับอำเภอ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบล ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 207,050 บาท และในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 502,960 บาท ใช้ในการ ขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการในระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน

“สร้างการทำงานเป็นทีม โดยประธาน (นายอำเภอ) สามารถสั่งการในพื้นที่ได้ให้ทุกภาคส่วนมา ทำงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหา”
(INT21-17102563)

“ให้ทุกหน่วยงานดำเนินการตามบทบาทของตนเอง โดยให้บูรณาการเพื่อไม่ให้งานซ้ำซ้อนกัน”
(INT6-17102563)

2.2.3 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

คณะกรรมการ พขอ. ละงู นำโดยนายอำเภอละงู เป็นผู้นำที่มีภาวะการนำ ร่วม เน้นสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน ผู้นำท้องที่ สาธารณสุข โรงเรียน องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคเอกชน โดยนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยน สะท้อนให้ เกิดการรับรู้และความตระหนัก จัดเวทีประชุมเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาตามบริบทของอำเภอละงู ร่วมคิด พิจารณาวิธีการแก้ไขปัญหาดำเนินกิจกรรม และประเมินผลการดำเนินงาน สร้างกลไกการทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่ โดยให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและ ระดับหมู่บ้านอย่างเป็นทางการ ตามหลักการทำงานของ พขอ. ละงู ภาวะการนำร่วม ที่ให้ความสำคัญ กับการเชื่อมโยงและทำให้เกิดความร่วมมือ และทุกคนในอำเภอสามารถผลิตเปลี่ยนกันเป็นผู้นำได้ ตามความรู้ความสามารถของตนเองเพื่อสร้างคุณค่าในการทำงาน

“นายอำเภอเป็นหัวเรือใหญ่ที่สามารถจะขับเคลื่อนและขอความร่วมมือได้ทุกภาคส่วนสามารถสื่อสาร ผ่านหัวหน้าส่วนราชการ ภาคเอกชน ผู้นำท้องที่ ท้องที่ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่อยู่ในพื้นที่”
(INT10-17102563)

“ดึงแกนนำในชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาทำงานร่วมกัน ต้องมีข้อมูลและวิธีการโน้มน้าวให้เขา เห็นความสำคัญปัญหาโรคไข้เลือดออก”
(INT8-17102563)

“การสื่อสารที่เสริมพลังให้คนทำงานในพื้นที่มีใจในการทำงานที่เป็นประโยชน์ให้กับชุมชน ให้ทุกหน่วยงาน ร่วมมือกันทำตามภารกิจ โดยที่เรามีเป้าหมายเดียวกันคือ การป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ของเรา”
(INT17-17102563)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ประชาชนรับรู้สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจากการเข้าร่วม ประชุมประจำเดือนในหมู่บ้านและเวทีประชาคมหมู่บ้าน โดยมองว่าปัญหาโรคไข้เลือดออก มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดในอำเภอละงูทุกปี อากาศรุนแรงถึงขั้น เสียชีวิตได้ และยังมีลูกน้ำยุงลายในทุกพื้นที่ ถ้าไม่ควบคุมอาจจะมีการแพร่ระบาดในชุมชนได้ เป็น โรคติดต่อที่อาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกหน่วยงานในการจัดการปัญหา หากมีโรค ไข้เลือดออกเกิดขึ้นก็สมควรให้ความร่วมมือและเห็นควรให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว

“สำคัญมากคะ โรคไข้เลือดออกน่ากลัว ถ้ารักษาไม่ทันอาจจะเสียชีวิตได้
(FG4-22102563)

“โรคไข้เลือดออกมีทุกปี และตามบ้านมีลูกน้ำยุงลายเกือบทุกบ้าน ถ้ามีผู้ป่วยไข้เลือดออกอาจจะทำให้
แพร่ไปยังบ้านข้างเคียงได้”
(FG10-22102563)

“ไม่ยากให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน หากเป็นเราสามารถหยุดให้เป็นเพียงคนเดียวไม่
แพร่ไปยังคนอื่น ๆ”
(FG6-22102563)

“เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ชาวบ้าน ลูกหลานในชุมชนป่วย หากเราป้องกันดี ๆ โรคนี้ก็จะไม่เกิดขึ้นใน
ชุมชน เช่น การดูแลบ้านตัวเอง ไม่ให้มีลูกน้ำยุงลาย ไม่ให้มียุงกัดคนในบ้าน”
(FG8-22102563)

2.2.4 การเสนอแนะและให้คำปรึกษาการดำเนินงาน

ได้ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่คณะกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ตามแผนการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

2.2.4.1 การทำ Big cleaning day ได้ทำหนังสือขอความร่วมมือให้ทุกหน่วยงานในอำเภอละงูทำกิจกรรม Big cleaning day ทุกวันศุกร์

2.2.4.2 ชุมชนสะอาด ปลอดโรคไข้เลือดออก ทุกครัวเรือนต้องจัดการสิ่งแวดล้อมบ้านเรือนของตนเอง สรรวจลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเยี่ยมเสริมพลังครัวเรือน และมีการสุ่มสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยทีมระดับอำเภอ คณะกรรมการ พชอ. ละงู ร่วมกับคณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลังหมู่บ้าน โดยเน้นให้หมู่บ้านร่วมกันสร้างมาตรการ ข้อตกลง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน

“ได้ให้ข้อเสนอแนะในการป้องกันและควบคุมโรค ให้ทุกคนดูแลบ้านของตนเองให้ดี ส่วนพื้นที่
สาธารณะเป็นของทุกคน เราต้องช่วยกันดูแล”
(INT6-17102563)

“ถอดระบบเดิม ที่ให้ออม. ไปสู่กลุ่มน้ำยุงลายลูกน้ำยุงลายไม่ได้เป็นปัญหาของชาวบ้าน ปรับให้เป็นเพียงการเยี่ยมเสริมพลังครัวเรือนให้ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย”
(INT13-17102563)

“โดยภาพรวมทุกหมู่บ้านเครือข่ายมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สนับสนุนให้ทุกหมู่บ้านร่วมกันสร้างมาตรการ ข้อตกลง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน”
(INT1-17102563)

2.2.4.3 โรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย บรรจุแผนการจัดการเรียนการสอนประเด็นโรคไข้เลือดออกในช่วงเวลา “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้” และพัฒนาแกนนำนักเรียนसारวัตรลูกน้ำ

“โรงเรียนมีความสำคัญมาก ครูควรนำความรู้ประเด็นไข้เลือดออก ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียน เพราะกลุ่มนักเรียนเป็นกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับหน่วยงานที่สนับสนุน”
(INT18-17102563)

2.2.4.4 คีนข้อมูล สร้างกระแส และประชาสัมพันธ์ แจงข้อมูลที่สำคัญให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์ รวมถึงสรุปผลจากข้อมูลการเกิดโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่ของอำเภอ โดยแยกรายหมู่บ้าน นำแนวทางปฏิบัติของพื้นที่ที่ปฏิบัติงานได้ผล มาใช้เป็นกรณีศึกษา และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในเวทีต่าง ๆ เช่น เวทีประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ประชุมหมู่บ้าน ในมัสยิดหลังคุตบะห์วันศุกร์ และร่วมกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์การป้องกันและควบคุมโรคให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยอาศัยช่องทางต่าง ๆ ดังนี้ หอกระจายข่าวหมู่บ้าน วิทยุชุมชน และสื่อ social media รวมทั้งคณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ได้ลงพื้นที่สร้างความรู้ ความเข้าใจในการจัดการปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของคนในหมู่บ้าน

แต่ยังมีบางประเด็นที่ควรพัฒนา คือ คณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน มีความเข้าใจกระบวนการในการจัดการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ไม่มากนัก จึงไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานได้

“ควรให้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การป้องกันและควบคุมโรคให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยอาศัยช่องทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน วิทยุชุมชน Social”
(INT1-17102563)

“การจัดการข้อมูลแบบมีส่วนร่วม การวางแผน โดยชุมชนเป็นเจ้าภาพ”

(INT13-17102563)

2.2.5 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

คณะกรรมการ พขอ. ละงู ได้มอบหมายให้ คณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) แต่งตั้งคณะทำงานเยี่ยมเสริมพลังการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ โดยมีแนวทางในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานดังนี้

2.2.5.1 ติดตามจากการสรุปผลการดำเนินงานประจำเดือน โดยให้ คณะอนุกรรมการรายงานผลในที่ประชุมของ พขอ. ทุก 3 เดือน และมีการรายงานผลการดำเนินงานผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น รายงานผลในรูปเอกสาร กลุ่มไลน์ และกลุ่ม Facebook โดยประเมินผลตามแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัดที่ได้กำหนด

2.2.5.2 การลงติดตามเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ ร่วมกับทีมคณะอนุกรรมการ เพื่อสร้างความตระหนักให้กับภาคีเครือข่ายในหมู่บ้านเห็นความสำคัญในการจัดการกับโรคไข้เลือดออก

แต่ยังมีบางประเด็นที่ควรพัฒนา เนื่องจากการเยี่ยมเสริมพลังไม่มีความต่อเนื่อง และความถี่ในการติดตามผลการดำเนินงานขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาด เขตพื้นที่เสี่ยงและเสี่ยงสูง

“ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานผ่านวาระประชุมของ พขอ. โดยให้คณะอนุกรรมการรายงานผลในที่ประชุมทุก ๆ 3 เดือน”

(INT10-17102563)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ประชาชนได้ร่วมติดตามประเมินผลกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน ซึ่งมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ลงเยี่ยมเสริมพลังโดยการสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายเดือนละ 1 ครั้ง และรายงานผลในเวทีประชุมประจำหมู่บ้าน

“มีทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นตัวที่สร้างความร่วมมือในหมู่บ้านให้ทำอย่างต่อเนื่อง”

(FG2-2202563)

“ลงพื้นที่แนะนำบ่อย ๆ พุดให้ชาวบ้านเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออกมันอันตรายขนาดไหน ถ้าเป็นขึ้น
มาถึงชีวิต”
(FG4-2202563)

2.2.6 การประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงส่งข้อมูลให้พื้นที่

มีการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผ่านช่องทางตามความสะดวกของคณะทำงานในระดับพื้นที่ และมีการนำข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับตำบล หมู่บ้าน เพื่อค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารและประสานข้อมูลผ่านหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ สสจ. สสอ. รพ. ผ่านทางวิทยุ และสื่อ social ซึ่งทำให้การประสานข้อมูลเป็นอย่างรวดเร็ว เข้าใจ เข้าถึง และบูรณาการ สามารถดำเนินการตาม แผนปฏิบัติการร่วมกับหมู่บ้าน การใช้ภาษาในการสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจง่าย เพื่อสร้างความตระหนัก และสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม รับฟังความคิดเห็นผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อร่วมกันดำเนินงานเป็น เครือข่ายและมีความต่อเนื่อง

แต่ยังมีบางประเด็นที่ควรพัฒนาคือ การคืนข้อมูลสถานการณ์เพื่อใช้ในการเฝ้า ระวังในพื้นที่ให้กับภาคีเครือข่ายยังไม่ครอบคลุมและไม่ทันต่อสถานการณ์การระบาด รวมทั้งรูปแบบ ช่องทาง ความถี่ ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ยังไม่สามารถสร้างการรับรู้เพื่อให้ประชาชนตระหนักร่วม

“ทุกเดือนจะคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน และต้องเป็นข้อมูล
เดียวกันทั้งอำเภอ”
(INT 1-17102563)

“การคืนข้อมูลตามสถานการณ์ในพื้นที่ ว่า ณ เวลานั้น คนในชุมชนสนใจอะไร ความสนใจจะทำให้
ประชาชนกลัว โดยให้ใช้ข้อมูลที่เป็นจริง ทำทาง น้ำเสียง รวมถึง เวที เวลา ที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจ”
(INT 13-17102563)

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้สถานการณ์โรค ไข้เลือดออกจากการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนในหมู่บ้านและเวทีประชาคม ประชาชนเห็นว่าปัญหา โรคไข้เลือดออกมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดในอำเภอละงูทุกปี อาการ รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เป็นโรคติดต่อที่อาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกหน่วยงานในการ จัดการปัญหา การที่ประชาชนได้มีโอกาสรับรู้สถานการณ์โรคไข้เลือดออกผ่านเวทีระดับหมู่บ้าน ทำให้ เห็นความสำคัญในการจัดการปัญหาและเป็นหน้าที่ของทุกคนในหมู่บ้านที่จะต้องช่วยกัน

2.2.7 การปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัด

มอบหมาย

คณะกรรมการ พชอ. ละงู ร่วมดำเนินกิจกรรมตามข้อสั่งการของผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล ดังนี้

2.2.7.1 กิจกรรมรณรงค์ประชารัฐร่วมใจ ใช้ 3 เก็บ ป้องกัน 3 โรค + 5 ส. ในระหว่างวันที่ 9 กันยายน - 31 ตุลาคม 2559

2.2.7.2 สัปดาห์รณรงค์จิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้กำหนดให้มีการดำเนินงาน Big cleaning day ในหมู่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง

2.2.7.3 รณรงค์ชาวละงูร่วมมือกันกำจัดลูกน้ำยุงลาย ในวันที่ 28 สิงหาคม 2561 และทุกพื้นที่ดำเนินการรณรงค์ 3 เก็บ 3 โรค

2.2.7.4 รณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในวัด (ก่อนวันวิสาขบูชา)

2.2.7.5 กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ตามโครงการหน่วยพระราชทาน และประชาชนจิตอาสา เราทำความดีด้วยหัวใจของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอละงู

ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู)

ผลการดำเนินงานปี พ.ศ. 2560-2562 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร พบอัตราป่วย 12.93 11.49 และ 2.39 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มลดลง แสดงว่าประชาชนให้ความสำคัญกับเรื่องเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถเข้าถึงระบบคัดกรองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา ลดความรุนแรงของโรคได้

ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย พบค่า HI (House Index) 16.0, 7.5 ตามลำดับ จากค่า HI (House Index) ที่ลดลง แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือของประชาชนในชุมชนเพิ่มขึ้น ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในบ้านและชุมชนลดลง ค่า CI (Container Index) 10.8, 3.3 ตามลำดับ จากค่า CI (Container Index) ลดลง แสดงให้เห็นถึงแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ลดลง

ร้อยละของหมู่บ้านที่ได้รับการเยี่ยมเสริมพลังการป้องกันโรคไข้เลือดออก หมู่บ้านสะอาด ปลอดโรคไข้เลือดออก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50) ผลการดำเนินงานปี พ.ศ. 2560-2562 ร้อยละ 49.18 และ 100 ในปี พ.ศ. 2561

ร้อยละของโรงเรียนที่ผ่านตามเกณฑ์โรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30) ผลการดำเนินงานปี พ.ศ. 2560-2562 ร้อยละ 28.00 48.08 และ 100 ตามลำดับ

ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขมีระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกตามที่กำหนด (ร้อยละ 100) ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 100 ในปี พ.ศ. 2561

ร้อยละของหมู่บ้านที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ได้ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) ไม่มี Secondary case ในพื้นที่เดียวกัน หลังจาก 28 วัน ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2560-2562 ร้อยละ 80.32 91.80 และ 95.08 ตามลำดับ

ความพึงพอใจต่อการรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละงู ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เฉลี่ยรวมคิดเป็นร้อยละ 90.62 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก และมีการพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในสถานบริการอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไข้เลือดออกเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้

ในภาพรวมการดำเนินการของคณะกรรมการ พชอ. ละงู ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คณะกรรมการส่วนใหญ่เห็นว่าการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา นั้น บรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้ แต่ยังมีบางประเด็นที่ต้องพัฒนา ดังรายละเอียดในส่วนที่ 3

ส่วนที่ 3 แนวทางพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

จากการศึกษาแนวทางพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล จากการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

3.1 การกำหนดเป้าหมายและดำเนินการ

การกำหนดแผนงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแยกเป็นรายตำบล ตามพื้นที่เสี่ยง พื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำซาก โดยให้มีแผนปฏิบัติการที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง มีแผนการดำเนินงานรายปี หน่วยงานตามอำนาจหน้าที่ดำเนินการตามบทบาท ส่วนคณะกรรมการ พชอ. ละงู ร่วมหารือประเด็นที่จะดำเนินการในระดับอำเภอในทุกภาคส่วน โดยให้มีเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เชิงประเด็นในการขับเคลื่อนงานระดับตำบล โดยร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้ด้วยกัน

“ให้มีแผนปฏิบัติการที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง”

(FG1-29102563)

3.1.1 การสำรวจปัญหา มีฐานข้อมูลคุณภาพชีวิตในอำเภอ ที่ครอบคลุมปัญหาสำคัญของอำเภอ ควรมีฐานข้อมูลกลางที่เป็นปัจจุบัน และให้ครอบคลุมรอบด้านทุกปัญหา

3.1.2 การวิเคราะห์สถานการณ์ มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาร่วมกัน โดยมีการคิดเชื่อมโยงและนำข้อมูลคืนสู่ชุมชน

3.1.3 การกำหนดตัวชี้วัด ในระดับตำบล หมู่บ้าน เน้นมาตรการของหมู่บ้าน เพื่อให้ทุกครัวเรือนปฏิบัติให้ครอบคลุม เพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรคไข้เลือดออก

“ควรมีมาตรการของชุมชน เพื่อให้ทุกครัวเรือนปฏิบัติ กำจัด ปรับ เปลี่ยน ปล่อย เพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรคไข้เลือดออก”

(FG8-29102563)

3.1.4 การจัดทำแผนปฏิบัติการ คณะกรรมการ พชอ. ละงู ได้เข้าร่วมในการจัดทำแผนในระดับอำเภอ โดยให้ระดมความคิดเห็น วางแผน ออกแบบ และจัดทำแผนร่วมกัน โดยใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน

“ยังไม่เข้าใจแผนในภาพรวม แต่แผนการดำเนินการของประเด็นมีแผนและมีแนวทางแก้ไขชัดเจน”

(FG21-29102563)

3.1.5 การดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย ยังขาดความต่อเนื่องในการประสานงาน การประชุมหารือ ทำให้ประชาชนยังไม่เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือเท่าที่ควรจะเป็น

“บางพื้นที่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ตามเป้าหมาย บางพื้นที่ยังต้องส่งเสริมสนับสนุนต่อไป บางพื้นที่ต้องพัฒนาต่อ”

(FG9-29102563)

“ชาวบ้านยังคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง เป็นหน้าที่ของ อสม.”

(FG15-29102563)

3.2 การขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ

คณะกรรมการ พชอ. ละงู เป็นการรวมหน่วยงานในเชิงบูรณาการ งบประมาณ วิชาการ ซึ่งการบูรณาการยังไม่ชัดเจนมากนัก โดยส่วนใหญ่ดำเนินการตามบทบาทภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ควรกำหนดบทบาทของคณะกรรมการให้ชัดเจน และผลักดันด้านงบประมาณตามความต้องการของพื้นที่ให้เพียงพอต่อสถานการณ์ที่มีการระบาด

“พขอ. เป็นการรวมหน่วยงานเชิงบูรณาการ คิดว่ายังไม่เห็นภาพการบูรณาการที่ชัดเจน โดยส่วนใหญ่
ดำเนินการตามบทบาท ภารกิจ ของแต่ละหน่วยงาน”
(FG18-29102563)

“คณะกรรมการ พขอ. ช่วยผลักดันด้านงบประมาณตามความต้องการของพื้นที่และรวมหน่วยงานที่มี
งบประมาณสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ในการควบคุมโรคไข้เลือดออกให้เพียงพอ”
(FG10-29102563)

“อยากได้งบประมาณสนับสนุนอุดหนุน เพื่อที่จะได้ทำกิจกรรมเรื่อย ๆ ในช่วงหน้าฝนก่อนโรคระบาด”
(FG9-29102563)

“ขาดความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดำเนินงาน เช่น เมื่อไม่มีการสนับสนุนเงินงบประมาณ ไม่
มีการดำเนินโครงการต่อ “หมดเงิน หมดงาน ไม่มีเงิน ไม่มีโครงการ ไม่มีกิจกรรม”
(FG10-29102563)

3.3 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

คณะกรรมการ พขอ. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน อย่างต่อเนื่อง ควรมีการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของแต่ละหมู่บ้านเพื่อพัฒนาตามบริบท
ตลอดจนวิธีสร้างความตระหนักแก่ประชาชน ทำให้เห็นความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคเป็นงาน
ของทุกคน และให้ความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรม สนับสนุนให้ทุกหมู่บ้านร่วมกันสร้างมาตรการ
ข้อตกลง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยยกเลิกการทำงาน
แบบเดิม จากหน่วยงานเป็นเจ้าภาพ คิดงาน จ่ายเงิน คนในชุมชนจึงเป็นได้แค่กลุ่มเป้าหมาย งานจึง
ไม่ยั่งยืน เปลี่ยนเป็นเน้นบทบาทชุมชนเป็นเจ้าภาพ หน่วยงานทำหน้าที่สนับสนุน พัฒนาศักยภาพ
คนทำงานในพื้นที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทุกภาคส่วนในชุมชนร่วมกันขับเคลื่อน
งานที่เป็นเชิงประเด็นในการแก้ไขปัญหา และสนับสนุนงบประมาณจัดทำโครงการกิจกรรม

“การขับเคลื่อนงานส่งเสริมการเป็นเจ้าภาพงานแต่ละด้านของชุมชน พขอ. ทำหน้าที่ประสานงานมา
สนับสนุน
(FG13-29102563)

“ถ้าให้ชาวบ้านในชุมชนถือเงิน เดินตามแผนของชุมชน ความเป็นเจ้าภาพจึงจะอยู่ที่ชุมชน แต่ที่ผ่านมา
หน่วยงาน เป็นเจ้าภาพ คิดงาน จ่ายเงิน คนในชุมชนจึงเป็นได้แค่กลุ่มเป้าหมาย งานจึงไม่ยั่งยืน ”
(FG13-29102563)

3.4 การเสนอแนะและให้คำปรึกษาการดำเนินงาน

เสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พัฒนาศักยภาพในประเด็นที่ต้องการช่วยกันแก้ปัญหา การให้ความรู้เพิ่มเติม เช่น อบรมให้ความรู้ทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นอกเครือข่ายหรือพื้นที่ใกล้เคียงที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรมได้ดี เพื่อให้คณะกรรมการได้เรียนรู้กระบวนการจัดการป้องกันโรคไข้เลือดออกและสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับพื้นที่อำเภอละงูได้

“มีภาคส่วนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่รัฐมาร่วมเป็นทีมขับเคลื่อนงาน พขอ. เราต้องสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ. ”

(FG14-29102563)

“ที่ผ่านคณะกรรมการที่มาจากภาคส่วนอื่นไม่ค่อยมีบทบาท ปล่อยเป็นภาระของสาธารณสุขเสียส่วนใหญ่ ถ้าจะเพิ่มบทบาทคณะกรรมการ น่าจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพด้วย”

(FG15-29102563)

3.5 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

คณะกรรมการ พขอ. ควรได้รับการพัฒนาทักษะการเยี่ยมเสริมพลัง ควรกำหนดเป้าหมายการเยี่ยมเสริมพลังในหมู่บ้านทุกปี เพื่อสร้างความตระหนักให้กับภาคีเครือข่ายในหมู่บ้าน เห็นความสำคัญในการจัดการกับโรคไข้เลือดออก โดยความถี่ในการติดตามขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาด รวมถึงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมทุกไตรมาส และคณะกรรมการ พขอ. ร่วมกันสรุปถอดบทเรียนการขับเคลื่อนงานผ่านกลไกคณะกรรมการ พขอ. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

“การกำกับ ติดตามการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน ความถี่ในการติดตามขึ้นอยู่กับการระบาด ระบาดมากปีละ 4 ครั้ง ระบาดน้อยปีละ 2 ครั้ง”

(FG9-29102563)

“สอดคล้องดูแล ติดตามการดำเนินงานประเด็นป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ต่อเนื่อง เพิ่มการสร้างกระแสให้คนในชุมชนตื่นตัว”

(FG10-29102563)

“ควรกำหนดการเยี่ยมเสริมพลังเป็นเป้าหมายในแต่ละปี เช่น ปีนี้ทีมคณะกรรมการจะลงเยี่ยมให้ได้ อย่างน้อย 10 หมู่บ้าน”

(FG9-29102563)

3.6 ประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่

มีเวทีประชุมคณะกรรมการ พขอ. ละงู ทุก 2 เดือน สร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ ในชุมชน โดยหาภาคส่วนเอกชน ประชาชน ที่มีความถนัดในการสร้างสื่อ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พขอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ปรับรูปแบบการสื่อสารที่ประชาชนเข้าใจง่าย น่าสนใจ เข้าถึงทุกกลุ่มวัย ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น สื่อสาธารณะ สื่อชุมชน สื่อออนไลน์ และ อสม. เคาะประตูบ้าน โดยให้มีความถี่อย่างต่อเนื่อง โดยสร้างการมีส่วนร่วมในหมู่บ้าน วางแผน ออกแบบ สื่อสาร และประเมินการรับรู้ร่วมกัน กำหนดแนวทางการตอบโต้ความเสี่ยงการเฝ้าระวังโรค ไข้เลือดออกดังนี้ ความเสี่ยงต่ำ ตอบโต้ภายใน 7 วัน ความเสี่ยงปานกลาง ตอบโต้ภายใน 1-3 วัน ความเสี่ยงสูง ตอบโต้ภายใน 4-24 ชั่วโมง และให้มีการคืนข้อมูลสถานการณ์ผ่านสื่อ social media สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนัก สู่การพัฒนางานโดยคน ในชุมชน

“สื่อสารข้อมูลผ่าน social media ให้น่าสนใจทั้งเด็กผู้ใหญ่ ให้เขาเห็นว่านายอำเภอ สาธารณสุข อบต. ผู้ใหญ่บ้าน หลาย ๆ หน่วยงาน เขาร่วมมือกันแก้ไขปัญหา”

(FG4-29102563)

“คืนข้อมูลสุขภาพแก่ชุมชนเพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงของโรค โดยต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในระดับอำเภอที่ต้องได้รับการแก้ไข ไข้เลือดออก เป็นแล้วตาย”

(FG8-29102563)

“การนำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานต่อชุมชน ให้คืนข้อมูลไปถึงประชาชนทั่วไปได้รับรู้ทั้งผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเสนอแนวทางเพื่อพัฒนางานโดยคนในชุมชน”

(FG16-29102563)

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: กรณีศึกษา โรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาโรค ไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 4 กลุ่ม ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) กลุ่มผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และกลุ่ม ประชาชน อำเภอละงู จังหวัดสตูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากการ ทบทวนเอกสาร แบบสอบถาม แนวคำถามในการสัมภาษณ์ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษา โรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล สรุปได้ว่า

1.1 บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. ละงู ในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า การกำหนดเป้าหมายและแนวทางดำเนินงาน การขับเคลื่อนให้เกิด การบูรณาการ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการปฏิบัติการอื่นตามที่ คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย ร้อยละ 100 รองลงมาประเด็นการประสาน หน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่ ร้อยละ 90.5 ทั้งนี้ บทบาทที่ดำเนินการได้น้อยคือ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ร้อยละ 85.7 และการ เสนอแนะและให้คำปรึกษาการดำเนินงาน ร้อยละ 81.0 เมื่อพิจารณารายละเอียดในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า มีข้อมูลเชิงคุณภาพที่บ่งบอกถึงการดำเนินงานของ คณะกรรมการ พชอ. ละงู ดังนี้

1.1.1 การกำหนดเป้าหมายและดำเนินการ ร้อยละ 100 ที่เป็นเช่นนั้นเพราะ คณะกรรมการ พชอ. ละงู ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ละงู เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนและแก้ไข

ปัญหาด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมกันกำหนดทิศทาง เป้าหมาย แนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมของอำเภอ และจัดทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งการได้มาของการกำหนดเป้าหมายและแนวทาง ประกอบด้วย การสำรวจปัญหา การวิเคราะห์สถานการณ์ การกำหนดตัวชี้วัด และการจัดทำแผนปฏิบัติการ ดังนี้

1.1.1.1 การสำรวจปัญหา ร่วมค้นหาปัญหาที่มาของการเกิดโรคไข้เลือดออก สามารถสรุปได้ว่า โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งมีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรค เกิดจาก 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ คน พาหะนำโรค สิ่งแวดล้อม และระบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) คน ขาดความรู้ ความตระหนักในการป้องกันโรค และรวมถึงมีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ได้ป้องกันตนเอง 2) พาหะนำโรค ในพื้นที่มีอยู่หลายที่เป็นพาหะนำโรคชุกชุม 3) สิ่งแวดล้อม สภาพภูมิอากาศที่มีฝนตกชุกตลอดทั้งปี เหมาะต่อการเพาะพันธุ์ของยุงที่เป็นพาหะนำโรค และขาดการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบบ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งระบบสาธารณสุข บางพื้นที่ไม่มีระบบน้ำประปา ทำให้มีภาชนะรองรับน้ำใช้จำนวนมาก เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย 4) ระบบ การคัดกรองโรคไข้เลือดออกเชิงรุกในระดับ รพ.สต. ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาทันเวลา ลดการเสียชีวิต การควบคุมโรคไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลาตามมาตรการ 3-3-1 ได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากวัสดุ อุปกรณ์ และผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคไม่เพียงพอ ในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรค

1.1.1.2 การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการนำสภาพปัญหามาวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก เพื่อให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์ นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนการแก้ไขปัญหา โดยคณะกรรมการ พชอ. ละงู ได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ประเมินความรู้ ทักษะ และปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอละงู จากการวิเคราะห์ส่วนมากประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับไม่ดี เนื่องจากประชาชนขาดความรู้เรื่องการป้องกันโรคตนเองจากไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมยุงพาหะนำโรค และทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่ดี ควรส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชนโรงเรียน โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และพัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินผลการสุ่มดัชนีลูกน้ำยุงลาย อำเภอละงู พบว่าค่า HI และ CI สูงกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนด สามารถวิเคราะห์ได้ว่าอำเภอละงู มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกสูง

1.1.1.3 การกำหนดตัวชี้วัด เป็นการสร้างเป้าหมายเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่บ่งบอกถึงความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการกำหนดตัวชี้วัดในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

1.1.1.4 การจัดทำแผนปฏิบัติการ คณะกรรมการ พขอ. ละงู ร่วมกับ คณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) จัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การทำ Big cleaning Day 2) หมู่บ้านสะอาดปลอดโรคไข้เลือดออก 3) โรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย และ 4) การคืนข้อมูล สร้างกระแส และประชาสัมพันธ์

จากการที่คณะกรรมการ พขอ. ละงู ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมกัน กำหนด เป้าหมาย ทิศทางการดำเนินงานในภาพรวมอำเภอ โดยสำรวจปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดตัวชี้วัด จัดทำแผนปฏิบัติการ และดำเนินการตามแผน ซึ่งการมีนโยบายและแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจน ทำให้เกิดขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ผลลัพธ์ที่ดี (กานต์ชัชพิสิฐ และศิริไลซ์, 2560)

1.1.1.5 การดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย

คณะกรรมการ พขอ. ละงู คณะอนุกรรมการ พขอ.ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) และเครือข่าย ร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้

1) การทำ Big cleaning day ได้จัดสัปดาห์รณรงค์ “จิตอาสา พัฒนาสิ่งแวดล้อมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย” เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีนายอำเภอละงูเป็นประธาน

2) หมู่บ้านสะอาด ปลอดโรคไข้เลือดออก จัดทำแผนการป้องกันโรคโดยเน้นการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน คณะกรรมการ พขอ. ละงู มอบหมายให้คณะอนุกรรมการ พขอ.ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) เยี่ยมเสริมพลังการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อมุ่งสร้างพลังให้หมู่บ้านสามารถคิดเอง หาทุนเอง ทำเอง ประเมินผล และรับผิดชอบเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงคอยสนับสนุน ทำให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง และมอบหมายให้ทีมระดับอำเภอได้ลงพื้นที่สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายพบว่า ค่า HI และค่า CI มีแนวโน้มลดลง ซึ่งพบว่าประชาชนได้เข้าร่วมประชุมกำหนดแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน และขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้รับทราบปัญหาของหมู่บ้าน เห็นความสำคัญของการป้องกันโรค ได้รู้และเข้าใจวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย จากการที่คณะกรรมการ พขอ. ละงู ได้ลงเยี่ยมเสริมพลังในหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนในหมู่บ้านตื่นตัวที่จะต้องดูแลบ้านของตนเองและสถานที่สาธารณะ เพื่อให้ยุงลายที่เป็นพาหะลดลง สู่เป้าหมายหมู่บ้านสะอาด ปลอดโรคไข้เลือดออก หมู่บ้านได้ร่วมกันสร้างมาตรการข้อตกลง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน ตามนโยบายอำเภอละงู “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” มีนวัตกรรมชุมชน การรายงานผลค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย 4.0 โดยมีผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับหมู่บ้าน ติดตามหลังคาเรือนที่ปลูกน้ำยุงลาย และควบคุมโดยใช้มาตรการการพิจารณาสิทธิต่าง ๆ ในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของจุฑารัตน์ (2555) ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนจะได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปของเงิน วัตถุ สิ่งของ แต่อาจเป็นความสุขสบาย ความพอใจในสภาพของความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

3) โรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย คณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกระบวนการโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย แก่บุคลากรครูในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่ง ทีมควบคุมโรคและเครือข่ายในพื้นที่ได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการ 3 เก็บ 3 โรค ครอบคลุมทุกแห่ง และได้ลงเยี่ยมเสริมพลังโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน

4) การคืนข้อมูล สร้างกระแส และประชาสัมพันธ์ มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยผ่านทาง Facebook กลุ่มระบาดและควบคุมโรคละงู เพื่อให้พื้นที่ดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกทุกวันผ่านทาง Line และรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกทุกเดือน ในเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการ และกำนันผู้ใหญ่บ้าน โดยสาธารณสุขอำเภอละงู ซึ่งเป็นประธานคณะอนุกรรมการ พชอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) เวิร์ประชุมหมู่บ้าน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี พ.ศ. 2560 ได้จัดกิจกรรมรวมพล “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” โดยมีพิธีลงนามความร่วมมือ (MOU) ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอละงู นายก อบต. เทศบาล กำนัน สาธารณสุขตำบล ประธาน อสม. ระดับตำบล เพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนป้องกันตนเองจากโรคติดต่อและภัยสุขภาพ รวมทั้งเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือในการป้องกันโรคในพื้นที่ และนายอำเภอละงู ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละงู ได้ประกาศนโยบาย “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” ให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้ถือเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกัน โดยสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลละงู และกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง ได้จัดมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อำเภอละงู จังหวัดสตูล “คนละงูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือในการป้องกันโรคในพื้นที่ ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานหมู่บ้านสะอาดปลอดโรคไข้เลือดออก โรงเรียนสะอาดปลอดโรคไข้เลือดออก นิทรรศการส่งเสริมและป้องกันโรค และมอบเกียรติบัตรให้บุคลากรและเครือข่ายที่ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานให้กับเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของวัชระ (2556) การได้รับแรงจูงใจ เช่น รางวัลจากส่วนราชการ คำชมจากเจ้าหน้าที่

มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการที่ประชาชนได้รับการคืนข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ พบว่า ประชาชนมีความเห็นต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชน ได้แก่ ประชาชน บุคคลในครัวเรือน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ และผู้นำ โดยบุคคลในครัวเรือนเป็นหลัก ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ และผู้นำ เป็นผู้ผลักดันและคอยเป็นที่เลี้ยง ได้ร่วมดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ (1) ปัจจัยเสี่ยงด้านคน ดำเนินการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ความรู้โรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน (2) ปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรค การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค (3) ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านและสถานที่สาธารณะในชุมชน เน้นการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ที่หน่วยงานจัดขึ้น

1.1.2 การขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ ร้อยละ 100 ที่เป็นเช่นนั้น เพราะ มีการสร้างการทำงานเป็นทีม โดยนายอำเภอ ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการ พขอ. ละงู ได้สั่งการให้ทุกหน่วยงานในพื้นที่บูรณาการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกร่วมกัน ได้มีพิธีลงนามความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละงูและเครือข่าย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนอำเภอละงู สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมทั้งกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน และบูรณาการทรัพยากรร่วมกัน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน ได้สนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอและตำบล จากงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (คปสอ. ละงู) และกองทุนหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเดซา และคณะ (2557) การระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกัน ภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในงานด้านสุขภาพ โดยมีการบูรณาการเชิงบริหารจัดการ ลดความซ้ำซ้อนของการใช้ทรัพยากร และการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ การดำเนินการที่มีการเชื่อมโยงเป็นทีมภาคีเครือข่ายสามารถลดช่องว่างและความซ้ำซ้อนได้ (ยงยุทธ, 2561)

1.1.3 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ร้อยละ 100 ที่เป็นเช่นนั้นเพราะ มีคณะกรรมการ พขอ. ละงู นำโดยนายอำเภอละงู ซึ่งเป็น “หัวเรือใหญ่” เป็นผู้นำที่มีภาวะการณ้นำร่วม เน้นสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน ผู้นำท้องที่ สาธารณสุข โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคเอกชน โดยนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนสะท้อนให้เกิดการรับรู้และความตระหนัก จัดเวทีประชุมเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาตามบริบทของอำเภอละงู ร่วมคิด พิจารณาวិธีการแก้ไขปัญหา ดำเนินกิจกรรม และประเมินผลการดำเนินงาน สร้างกลไกการทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่ โดยให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

ตำบลและระดับหมู่บ้านอย่างเป็นทางการ ตามหลักการทำงานของ พขอ. ละงู ภาวะการนำร่วม ที่ให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงและทำให้เกิดความร่วมมือ และทุกคนในอำเภอสามารถผลิตเปลี่ยนกัน เป็นผู้นำได้ตามความรู้ความสามารถของตนเองเพื่อสร้างคุณค่าในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเดชา และคณะ (2557) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอทุกขั้นตอน ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล

1.1.4 การเสนอแนะและให้คำปรึกษาการดำเนินงาน ร้อยละ 81.0 ที่เป็นเช่นนั้นเพราะ คณะกรรมการ พขอ. ได้ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แก่คณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ตามแผนการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้ ประเด็นการทำ Big cleaning day ได้ทำหนังสือขอความร่วมมือให้ทุกหน่วยงานในอำเภอละงู ทำกิจกรรม Big cleaning day ทุกวันศุกร์ ประเด็นหมู่บ้านสะอาดปลอดลูกน้ำยุงลาย เน้นให้ประชาชนในหมู่บ้านร่วมกันสร้างมาตรการข้อตกลงเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ประเด็นโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย ขอความร่วมมือให้โรงเรียนบรรจุแผนการจัดการเรียนการสอนประเด็นโรคไข้เลือดออก ในช่วงเวลา “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้” และพัฒนาแกนนำนักเรียนสารวัตรลูกน้ำ และประเด็นการคืนข้อมูล สร้างกระแส และประชาสัมพันธ์ แจกข้อมูลที่สำคัญให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ประเมินสถานการณ์โรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ รวมถึงสรุปผลโดยแยกรายหมู่บ้าน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในเวทีคืนข้อมูลได้

แต่ยังมีบางประเด็นที่ควรพัฒนา คือ คณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วนมีความเข้าใจกระบวนการในการจัดการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ไม่มากนัก จึงไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานได้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. ตามความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเดชา และคณะ (2557) การพัฒนาบุคลากรโดยวิเคราะห์ส่วนขาด พัฒนาตามความต้องการของบุคคลและหน่วยงาน โดยรูปแบบการพัฒนาสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ชัยพิสิฐ และศิริไลซ์ (2560) ควรมีการเพิ่มศักยภาพทีมคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอและทีมอนุกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการบริหารองค์กร ทักษะการวางแผน และทักษะการประเมินผล

1.1.5 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ร้อยละ 85.7 ที่เป็นเช่นนั้นเพราะ คณะกรรมการ พขอ. ละงู ได้มอบหมายให้ คณะอนุกรรมการ พขอ. ละงู (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) แต่งตั้งคณะทำงานเยี่ยมเสริมพลังการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานดังนี้ 1) ติดตามจากการสรุปผลการดำเนินงาน

ประจำเดือน และมีการรายงานผลการดำเนินงานผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยประเมินผลตามแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัดที่ได้กำหนด 2) การลงติดตามเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ ร่วมกับทีมคณะกรรมการ เพื่อสร้างความตระหนักให้กับภาคีเครือข่ายในหมู่บ้านเห็นความสำคัญในการจัดการกับโรคไข้เลือดออก

แต่ยังมีบางประเด็นที่ควรพัฒนา เนื่องจากการเยี่ยมเสริมพลังไม่มีความต่อเนื่อง และความถี่ในการติดตามผลการดำเนินงานขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาด เขตพื้นที่เสี่ยงและเสี่ยงสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ชัชพิสิฐ และศิริวิไลซ์ (2560) ให้เน้นการออกเยี่ยมเสริมพลังให้กับกลุ่มภาคีเครือข่ายภายในอำเภอเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพราะการติดตามงานอย่างจริงจัง เป็นสิ่งหนึ่งที่ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ผลลัพธ์ที่ดี

1.1.6 การประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
รวมถึงส่งข้อมูลให้พื้นที่ ร้อยละ 90.5 ที่เป็นเช่นนั้นเพราะ มีการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผ่านช่องทางตามความสะดวกของเครือข่าย เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและประสานข้อมูลผ่านหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ สสจ. สสอ. รพ. ผ่านทางวิทยุ และสื่อ social และมีการนำข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับตำบล หมู่บ้าน เพื่อรับฟังความคิดเห็น ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา และร่วมกันดำเนินงานเป็นเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าประชาชนส่วนใหญ่รับรู้สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจากการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนและเวทีประชาคมในหมู่บ้าน ประชาชนมองว่า ปัญหาโรคไข้เลือดออกมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดในอำเภอละงูทุกปี อากาศรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เป็นโรคติดต่อที่อาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกหน่วยงานในการจัดการปัญหา การที่ประชาชนได้มีโอกาสรับรู้สถานการณ์โรคไข้เลือดออกผ่านเวทีระดับหมู่บ้าน ทำให้เห็นความสำคัญในการจัดการปัญหาและเป็นหน้าที่ของทุกคนในหมู่บ้านที่จะต้องช่วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของอรทัย (2552) การสร้างการมีส่วนร่วมในขั้นตอนแรก คือ การสร้างให้เกิดจิตสำนึกและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ตนอาศัย จะนำไปสู่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์

แต่ยังมีบางประเด็นที่ควรพัฒนา คือ การคืนข้อมูลสถานการณ์เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังในพื้นที่ให้กับภาคีเครือข่ายยังไม่ครอบคลุมและไม่ทันต่อสถานการณ์การระบาด รวมทั้งรูปแบบช่องทาง ความถี่ ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ยังไม่สามารถสร้างการรับรู้เพื่อให้ประชาชนตระหนักร่วม

1.1.7 การปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการ หรือผู้ว่าราชการจังหวัด
มอบหมาย ร้อยละ 100 ที่เป็นเช่นนั้นเพราะ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ. ละงู) ร่วมดำเนินกิจกรรมตามข้อสั่งการของผู้ว่าราชการจังหวัดสตูลในทุกกิจกรรม

ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2560-2562 ตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนด ดังนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 100 และพบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจของการรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เฉลี่ยรวมคิดเป็น ร้อยละ 90.62 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก และมีการพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในสถานบริการอย่างต่อเนื่อง

หมู่บ้านได้รับการเยี่ยมเสริมพลังการป้องกันโรคไข้เลือดออก หมู่บ้านสะอาดปลอดโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 100 โรงเรียนผ่านตามเกณฑ์โรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 100 หมู่บ้านสามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) ร้อยละ 95.08 และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ลดลง แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือของประชาชนในชุมชนเพิ่มขึ้น ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในบ้านและชุมชนลดลง

อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2560-2562 พบอัตราป่วย 12.93 11.49 และ 2.39 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออกอำเภอละงู มีแนวโน้มลดลง แสดงว่าประชาชนให้ความสำคัญกับเรื่องเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถเฝ้าระวังอาการและเข้าถึงระบบคัดกรองโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา ลดความรุนแรงของโรคได้

โดยสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไข้เลือดออกเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้

1.2 แนวทางพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล ดังนี้

1.2.1 การกำหนดเป้าหมายและดำเนินการ

คณะกรรมการ พชอ. ละงู ร่วมหารือประเด็นที่จะดำเนินการในระดับอำเภอ โดยให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงประเด็นในการขับเคลื่อน โดยร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้ด้วยกัน ซึ่งประกอบด้วย การสำรวจปัญหา มีฐานข้อมูลคุณภาพชีวิตอำเภอละงู ที่ครอบคลุมปัญหาสำคัญและเป็นปัจจุบัน การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาาร่วมกัน การกำหนดตัวชี้วัดระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน การจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยคณะกรรมการ พชอ. ละงู ร่วมระดมความคิดเห็น วางแผน ออกแบบ จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน และการดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย โดยติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

1.2.2 การขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ

คณะกรรมการ พขอ. ละงู เป็นการรวมหน่วยงานในเชิงบูรณาการ งบประมาณ วิชาการ ซึ่งการบูรณาการยังไม่ชัดเจนมากนัก โดยส่วนใหญ่ดำเนินการตามบทบาทภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ควรกำหนดบทบาทของคณะกรรมการให้ชัดเจน และผลักดันด้านงบประมาณตามความต้องการของพื้นที่ และให้เพียงพอต่อสถานการณ์ที่มีการระบาด

1.2.3 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

คณะกรรมการ พขอ. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน ควรมีการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาตามบริบท ตลอดจนวิธีสร้างความตระหนักแก่ประชาชน ทำให้เห็นความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคเป็นงานของทุกคน และให้ความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรม สนับสนุนให้ทุกหมู่บ้าน ร่วมกันสร้างมาตรการ ข้อตกลง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก เน้นบทบาทชุมชนเป็นเจ้าภาพ หน่วยงานทำหน้าที่สนับสนุน พัฒนาศักยภาพคนทำงานในพื้นที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทุกภาคส่วนในชุมชนร่วมกันขับเคลื่อนงานที่เป็นเชิงประเด็น ในการแก้ไขปัญหา และสนับสนุนงบประมาณจัดทำโครงการกิจกรรม

1.2.4 เสนอแนะและให้คำปรึกษาการดำเนินงาน

ควรมีการเสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยวิเคราะห์ส่วนขาด เติมเต็มตามสภาพปัญหาและความต้องการทั้งของบุคคล พัฒนาทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ทักษะการวางแผน ทักษะประเมินผล และทักษะการเยี่ยมเสริมพลัง ซึ่งรูปแบบการพัฒนาอาจทำได้หลากหลายวิธีตามความต้องการของบุคคล

1.2.5 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

คณะกรรมการ พขอ. ละงู ควรลงเยี่ยมเสริมพลังในระดับหมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ภาคีเครือข่ายในหมู่บ้าน ให้เห็นความสำคัญในการจัดการกับโรคไข้เลือดออก และสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินงาน รวมทั้งคณะกรรมการ พขอ. ร่วมกันถอดบทเรียนการขับเคลื่อนงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับวิธีการดำเนินงานสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.2.6 การประสานหน่วยงาน ภาคีรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่

ควรผลักดันการสร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน จากภาคประชาชน หรือภาคเอกชน พัฒนารูปแบบการสื่อสารที่ประชาชนเข้าถึงผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น สื่อบุคคล สื่อสาธารณะ สื่อชุมชน และสื่อออนไลน์ อย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการวางแผน ออกแบบ สื่อสาร และประเมินผล รวมทั้งการคืนข้อมูลสถานการณ์ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างการรับรู้ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

ปัจจัยความสำเร็จบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. การมีนโยบายและแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจน ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก นายอำเภอได้ประกาศนโยบาย “คนละรูรักสะอาด ปราศจากโรคไข้เลือดออก” ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ คณะกรรมการ พขอ. ละงู นำโดยนายอำเภอ ซึ่งเป็นผู้นำที่มีภาวะการณ้นำร่วม เน้นการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล

3. การบูรณาการทรัพยากรบุคคลากร เทคโนโลยี องค์กรความรู้ งบประมาณ ร่วมกัน ทำให้เกิดการบูรณาการเชิงบริหารจัดการและเชิงปฏิบัติการ สามารถลดช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการใช้ทรัพยากรและการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

โอกาสพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. พัฒนาศักยภาพทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและทีมคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2. เน้นบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่

จากการดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า บทบาทที่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและแนวทางดำเนินงาน การขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการปฏิบัติตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย ร้อยละ 100 บทบาทที่ยังดำเนินการได้ไม่ดีมากนัก ได้แก่ การประสานหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน รวมถึงการส่งข้อมูลให้พื้นที่ ร้อยละ 90.5 การติดตามและประเมินผลร้อยละ 85.7 และการเสนอแนะและให้คำปรึกษาร้อยละ 81.0 ซึ่งประเด็นที่ยังดำเนินการได้ไม่ดีมากนัก เป็นประเด็นที่ควรพัฒนาและจัดทำเป็นแนวทางการพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีแนวทางพัฒนาบทบาทดังนี้ เสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง โดยวิเคราะห์ส่วนขาด เติมเต็ม

ตามสภาพปัญหาและความต้องการของบุคคล กำหนดเป้าหมายการลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมเสริมพลังในระดับหมู่บ้านและกำหนดความถี่ในการติดตามให้ชัดเจน เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ภาคีเครือข่ายให้เห็นความสำคัญในการจัดการโรคไข้เลือดออกและสร้างขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน และผลักดันให้มีเครือข่ายประชาสัมพันธ์ในชุมชนจากภาคเอกชนหรือภาคประชาชน พัฒนารูปแบบการสื่อสารที่ประชาชนเข้าถึง ผ่านช่องทางที่หลากหลายเพื่อสร้างการรับรู้ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

2. ข้อเสนอแนะ

2.1 ข้อเสนอแนะจากการนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยข้างต้น สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังนี้

2.1.1 นำแนวทางพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการ พขอ. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการ พขอ.

2.1.2 คณะกรรมการ พขอ. ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพ เช่น การพัฒนาเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) อย่างต่อเนื่อง

2.1.3 นำกลไกคณะกรรมการ พขอ. สร้างการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการปัญหาอื่น ๆ ในระดับอำเภอ

2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.2.1 สำนักนายกรัฐมนตรี

สำนักนายกรัฐมนตรีเป็นหน่วยงานที่สามารถออกนโยบาย ระเบียบ หรือกำหนดบทบาทหน้าที่หรือแนวทางการดำเนินงาน ดังนั้นควรกำหนดให้คณะกรรมการ พขอ. ที่ได้รับการแต่งตั้งใหม่ต้องผ่านการพัฒนาศักยภาพ เช่น การพัฒนาเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)

2.2.2 กระทรวงสาธารณสุข

2.2.2.1 กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานสำคัญในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ดังนั้นควรผลักดันให้นากลไก พขอ. ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพประเด็นอื่น ๆ

2.2.3 หน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน

2.2.3.1 ปัญหาโรคไข้เลือดออกจะสามารถแก้ไขได้ ส่วนหนึ่งมาจากการที่หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และชุมชน ให้ความสำคัญในการกำหนดนโยบาย พันธกิจ หรือ เป้าหมายสำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนั้นควรกำหนดให้หน่วยงานมีนโยบายด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นลายลักษณ์อักษรและนำไปสู่การปฏิบัติจริง

2.2.3.2 การประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาตามบริบท

2.2.3.3 ผลักดันให้เกิดการสร้างธรรมนูญสุขภาพด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

2.2.3.4 การจัดการระบบข้อมูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ชุมชนเป็นเจ้าของข้อมูล รวบรวม วิเคราะห์ และนำไปใช้ ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน ตลอดจนการเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์และการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านเวทีต่าง ๆ

2.2.3.5 ผลักดันให้มีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้โรคไข้เลือดออก เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ในระดับอำเภอ

2.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.3.1 ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กลไกคณะกรรมการ พขอ. และกลไกอื่น ๆ

2.3.2 ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการ พขอ. ที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.3.3 ถอดบทเรียนกระบวนการการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอผ่านกลไกคณะกรรมการ พขอ.

บรรณานุกรม

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2561). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561*. กรุงเทพมหานคร.
- กรมควบคุมโรค. (2557). *แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ปี 2559-2563*. กรุงเทพมหานคร.
- กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์, และ ศิวีไลซ์ และวรินทร์นวิจิตร. (2560). คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: ความท้าทายและการพัฒนา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์*, 283-284.
- จรรยา สุวรรณบำรุง. (2556). *การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน: ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*. นครศรีธรรมราช: ก.พลการพิมพ์.
- จุฑารัตน์ ชมพันธ์. (2555). การวิเคราะห์หลัก "การมีส่วนร่วมของประชาชน" ใน "The Public Participation Handbook Making Decision through Citizen Involvement". *วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม*, 8(1), 1-6.
- ชระ กันทะโย. (กรกฎาคม-ธันวาคม 2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลท่าเตื่อ อำเภอคลองเต้า จังหวัดเชียงใหม่, *หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์วารสาร*, 9(2).
- เดชา แซ่หลี่, สิริชัย: ทิพย์เที่ยงแท้, ชิตสุภางค์ นามทรงศนีย์, ทศนีย์ สุมามาลย์, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวีรวงศ์, และ ทศนีย์ ญาณะ. (2557). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. 1-6.
- ปราโมทย์ เลิศขามป้อม, และ คณะ. (2557). *การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก ปรินญาเอกภาควิชาเวชศาสตร์สังคม, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- ไพบูลย์ โล่สุนทร. (2553). *ระบาดวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์สังคม, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มหาวิทยาลัยศิลปากร. (2553). *คู่มือการพิมพ์วิทยานิพนธ์*.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2561). *คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (เล่มที่ 1)*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ ถนนติวานนท์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ยงยุทธ ใหม่ตา, และ คณะ. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรณรงค์บริหารงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดน่าน, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช* (เล่มที่ 6). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช.
- วลัยนารี พรหมลา, และ คณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*.
- ศิริวัฒน์ ศิริอมรพรรณ, และ คณะ. (2556). รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารช่อพะยอม*(24).
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2556). *ระบบสุขภาพ*. นนทบุรี.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561). *ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561*. กรุงเทพมหานคร.
- สิทธิพร ศิริไพรวัน, และ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. (2559). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็นโรคไข้เลือดออก ในโครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อจัดการอำเภอสุขภาพผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบในเขตบริการสุขภาพที่ 12*. (วรสิทธิ์ มุลินธิสุขภาพภาคใต้ ศรีศรีวิชัย, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- สุภาวดี พวงสมบัติ, และ คณะ. (2559). *คู่มือวิชาการโรคติดต่อเฉียบพลันและโรคไข้เลือดออก เงกกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค* (เล่มที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุรศักดิ์ เกษงาม และจิตติ กิตติเลิศไพศาล. (เมษายน-มิถุนายน 2557-2557). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพรเจริญ อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ บัณฑิตศึกษา สาขารัฐประศาสนศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 11(53).
- สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, และ คณะ. (2559). การประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ 7*(2), 105-130.

บรรณานุกรม (ต่อ)

อรทัย ก๊กผล. (2552). *คู่มือ คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับผู้บริหารท้องถิ่น* วิทยาลัย
พัฒนาการปกครองท้องถิ่น สถาบันพระปกเกล้า (เล่มที่ 1). กรุงเทพมหานคร: จรัญสนิทวงศ์
การพิมพ์.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารแนบนำกลุ่มตัวอย่าง (สอบถามและสัมภาษณ์)

ชื่อวิจัย: บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก
อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ผู้วิจัย ขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามในโครงการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้เพื่อประกอบการตัดสินใจของท่าน ขอให้ท่านใช้เวลาในการอ่านและทำความเข้าใจรายละเอียดตามเอกสารที่ท่านได้รับจำนวน 2 หน้านี้ ถ้าท่านไม่เข้าใจหรือสงสัยประการใด ท่านสามารถซักถามผู้วิจัย/ผู้ให้ข้อมูลแก่ท่านได้อย่างเต็มที่ และถ้าท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านลงชื่อในใบสมัครเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ซึ่งโครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในประชากร 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) จังหวัดสตูล กลุ่มที่ 2 คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) จังหวัดสตูล (ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก) กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล และกลุ่มที่ 4 ประชาชนอำเภอละงู จังหวัดสตูล ระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนธันวาคม 2563 โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 วิธี การรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 20 นาที การสัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) ซึ่งใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและประชาชนอำเภอละงู จังหวัดสตูล และกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ 1 ชั่วโมง โดยระหว่างการการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม จะมีการบันทึกเสียงและบันทึกภาพ หากท่านรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบคำถามหรือให้สัมภาษณ์หรือแสดงความคิดเห็น ท่านสามารถข้ามคำถามนั้นได้หรือหยุดการทำแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการทำสนทนากลุ่มได้ทุกเมื่อ ตามความเหมาะสมโดยผู้วิจัยขออนุญาตท่านก่อนดำเนินการ ซึ่งข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะนำไปสู่แนวทางการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) จังหวัดสตูล ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและการลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายจากโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ในการให้ข้อมูล/ตอบคำถาม ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมวิจัยดำเนินการให้ข้อมูลหรือตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่าน ส่วนไหนที่ไม่สามารถตอบได้ให้ระบุว่าไม่ต้องการให้ข้อมูล ทั้งนี้ผลการแสดงความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลจะถูกประมวลและนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอข้อมูลเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ทางผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ไว้เป็นความลับโดยใช้รหัสเก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ทั้งนี้โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ท่านสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียนได้ที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-282900 ในวันและเวลาราชการ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ตอบแบบสอบถาม/สัมภาษณ์มา ณ โอกาสนี้

ภาคผนวก ข
ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่อง บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและ/หรือได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวอารอพีห์ ชาญน้ำ และได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอน ตลอดจนผลประโยชน์หรือความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยที่ข้าพเจ้าจะได้รับ

ข้าพเจ้า ยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยให้วิเคราะห์และนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม ผู้วิจัยต้องเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ในอนาคต

หากข้าพเจ้า มีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางสาวอารอพีห์ ชาญน้ำ ได้ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละงู อำเภอละงู จังหวัดสตูล โทรศัพท์ 0-74750-889 (ในเวลาราชการ) และมือถือ 08-3654-6622 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-282900 ได้ในวันและเวลาราชการ

ข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสำหรับการวิจัย และได้ลงลายมือชื่อหรือให้นักวิจัยผู้อ่านให้ข้าพเจ้าฟัง ลงลายมือชื่อในใบแสดงความยินยอมให้ข้อมูลแทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ

(นักวิจัยผู้ลงนามแทน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ

(ผู้ตอบแบบสอบถาม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร (data extraction form)

วิจัยเรื่อง บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับผู้วิจัยทบทวนข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และให้ทำเครื่องหมาย

✓ ลงใน หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอำเภอละงูและการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอำเภอละงู

1. พื้นที่รับผิดชอบ

1.1 ประชากรทั้งหมด.....

1.1.1 ตามทะเบียนราษฎร์.....

1.1.2 ตามที่อาศัยจริง.....

1.1.3 จำนวนประชากรเคลื่อนย้าย ในรอบ 6 เดือน

ปี พ.ศ. 2559.....คน

ปี พ.ศ. 2560.....คน

ปี พ.ศ. 2561.....คน

1.2 จำนวนหมู่บ้าน.....หมู่

1.3 จำนวนหลังคาเรือน.....หลัง

1.4 การนับถือศาสนา

1.4.1 ศาสนาพุทธ.....%

1.4.2 ศาสนาอิสลาม.....%

1.4.3 ศาสนาคริสต์.....%

1.4.4 ศาสนาอื่น ๆ.....%

1.5 การประกอบอาชีพหลักของชุมชน (3 อันดับแรก)

1.5.1) อันดับที่1.....

1.5.2) อันดับที่ 2.....

1.5.3) อันดับที่ 3.....

แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร (data extraction form) (ต่อ)

- 1.6 ปัญหาทางด้านสุขภาพ (3 อันดับแรก)
- 1.6.1 อันดับที่1.....
- 1.6.2 อันดับที่ 2.....
- 1.6.3 อันดับที่ 3.....
2. วิสัยทัศน์ของอำเภอละงู
-
3. นโยบายของอำเภอละงู
-
- ตอนที่ 2** การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) จังหวัดสตูล
1. ประเด็นขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) จังหวัดสตูล
- อันดับที่ 1.....
- อันดับที่ 2.....
- อันดับที่ 3.....
- อันดับที่ 4.....
2. วิธีการเลือกประเด็นขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) จังหวัดสตูล
-
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) จังหวัดสตูล
- 3.1 เริ่มดำเนินการ (วัน/เดือน/ปี).....
- 3.2 คณะกรรมการ พชอ. ทั้งหมด จำนวน คน
- 3.2.1) จำนวนคณะกรรมการที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข จำนวน.....คน
- 3.2.2) จำนวนคณะกรรมการปฏิบัติงานทางการป้องกันและควบคุมโรค
- ใช้เลือดออก จำนวน.....คน
4. วิธีการได้มาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู)
-
5. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู)ประกอบด้วย

เครือข่าย	จำนวน (คน)	ระบุหน่วยงาน
ภาครัฐ		
ภาคเอกชน		
ภาคประชาชน		

แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร (data extraction form) (ต่อ)

ตอนที่ 2 แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

1. ระบบบริการ

- 1.1 จำนวนสถานบริการสุขภาพ ทั้งหมด.....แห่ง
- 1.2 จำนวนสถานบริการสุขภาพ ที่มีแนวทางในการรักษาโรคไข้เลือดออกและการส่งต่อ..แห่ง
- 1.3 จำนวนสถานบริการสุขภาพ ที่มีแนวทางในการควบคุมโรคโรคไข้เลือดออก.....แห่ง
- 1.4 จำนวนสถานบริการสุขภาพ มี Dengue Connorแห่ง
- 1.5 มาตรฐานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ผ่านเกณฑ์ ไม่ผ่านเกณฑ์
- 1.6 จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับบริการใน รพ.สต. และได้รับส่งต่อไปยังสถาน

บริการแม่ข่าย

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรค ไข้เลือดออกทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรค ไข้เลือดออกได้รับการส่งต่อ	ร้อยละ
2559			
2560			
2561			

1.7 ความพึงพอใจต่อการรับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ อำเภอละงู จังหวัดสตูล

หน่วยบริการ	ระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการ

1.8 CQI การพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในสถานบริการอย่าง ต่อเนื่อง ระบุชื่อ

.....

แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร (data extraction form) (ต่อ)

2. กำลังคนด้านสุขภาพ

- 2.1 จำนวนแพทย์จบใหม่ทั้งหมด.....คน
- 2.2 จำนวนแพทย์จบใหม่ได้รับการอบรมด้านการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อโรคไข้เลือดออก.....คน
- 2.3 ทีม SRRT ระดับอำเภอ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ.....คน
- 2.4 ระบุชื่อเรื่องการอบรม/หลักสูตร.....
- 2.5 จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดใน รพ.สต.คน
- 2.6 จำนวนเจ้าหน้าที่ ในสถานบริการสามารถคัดกรองโรคไข้เลือดออกเบื้องต้นโดยวิธี

Tourniquet test.....คน

- 2.7 จำนวนบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเทียบกับประชากรในพื้นที่...../.....
- 2.7.1 แพทย์ จำนวน.....คน คิดเป็น.....
- 2.7.2 พยาบาล จำนวน.....คน คิดเป็น.....
- 2.7.3 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน..... คน คิดเป็น.....

3. ระบบข้อมูลข่าวสาร

แนวทางในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคติดต่อ อำเภอละงู จังหวัดสตูล

มี ไม่มี

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์

4.1 ได้รับการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานใดบ้าง เพียงพอหรือไม่

ยาและเวชภัณฑ์	หน่วยงานที่สนับสนุน	ปริมาณ	
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
พาราเซตามอล			
ผงเกลือแร่			
สารเคมีพ่นหมอกควัน			
ทรายที่มีฟอส			
สเปรย์กันยุง			
อื่นๆ ระบุ			

แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร (data extraction form) (ต่อ)

4.2 ผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรค ไข้เลือดออกทั้งหมด	ผู้ป่วยยืนยัน	ได้รับการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ร้อยละ
2559				
2560				
2561				

5. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

แผนงาน โครงการ กิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับตำบล ระดับอำเภอ

หน่วยบริการ	แผนงาน/ โครงการ/กิจกรรม	ได้รับสนับสนุนงบประมาณ

ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 การดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.ลพ.)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.ลพ.) ขอความร่วมมือจากท่านให้กรอกข้อมูลลงในแบบสอบถามข้อมูลของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อหน่วยงาน.....
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
3. อายุ.....ปี
4. ตำแหน่งปัจจุบัน
5. อายุการทำงานในสถานที่ปัจจุบันปี
6. จบการศึกษาระดับปี
7. ระดับการศึกษา
 - 1. อนุปริญญา 2. ปริญญาตรี 3. ปริญญาโท
 - 4. อื่นๆ ระบุ
8. ระยะเวลาที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ลพ.).....ปี

แบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.ลพจ)

ประเด็น	พชอ. ได้มีการดำเนินการหรือไม่		กรณีตอบว่า “ไม่มี” ท่านคิดว่าควรเพิ่มหรือไม่		กรณีตอบว่า “ควร” ท่านคิดว่าควรเพิ่มอย่างไร
	มี	ไม่มี	ควร	ไม่ควร	
1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี				
2. สนับสนุนและส่งเสริมการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. อย่างโปร่งใสและเป็นธรรม				
3. มีฐานข้อมูลคุณภาพชีวิตในอำเภอที่ครอบคลุมปัญหาสำคัญของอำเภอ				
4. เสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)				
5. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน				

แบบสอบถาม (ต่อ)

ตอนที่ 2 การดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.ลสูง)

ประเด็น	พชอ. ได้มีการดำเนินการหรือไม่		กรณีตอบว่า “ไม่มี” ท่านคิดว่าควรเพิ่มหรือไม่		กรณีตอบว่า “ควร” ท่านคิดว่าควรเพิ่มอย่างไร
	มี	ไม่มี	ควร	ไม่ควร	
6. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนานำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทพื้นที่ ที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต				
7. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไข ปัญหาที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต				
8. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิต				
9. ดำเนินการแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงาน				
10. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ภายในอำเภอ				

แบบสอบถาม (ต่อ)

ตอนที่ 2 การดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.ลชง)

ประเด็น	พชอ. ได้มีการดำเนินการหรือไม่		กรณีตอบว่า “ไม่มี” ท่านคิดว่าควรเพิ่มหรือไม่		กรณีตอบว่า “ควร” ท่านคิดว่าควรเพิ่มอย่างไร
	มี	ไม่มี	ควร	ไม่ควร	
11. มีการติดตามผลการดำเนินงาน				
12. มีการประเมินผลการดำเนินงาน				
13. สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้				
14. มีการชื่นชมและเสริมพลังในอำเภอ				
15. สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต				

แบบสอบถาม (ต่อ)

ตอนที่ 2 การดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.ลสูง)

ในภาพรวมการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ท่านมีความคิดเห็นในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไปนี้ได้อย่างไร

1. สิ่งที่เป็นจุดแข็งหรือจุดเด่นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

.....

2. สิ่งที่เป็นอุปสรรคการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

.....

3. สิ่งที่เป็นโอกาสในการพัฒนาในอำเภอของท่านเพื่อให้เกิดคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีประสิทธิภาพ

.....

4. สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกอำเภอของท่านที่ต้องการเพื่อพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ดีขึ้น

.....

ภาคผนวก จ
แนวคำถามในการสัมภาษณ์

วิจัยเรื่อง บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: กรณีศึกษาโรคนิ่วไต
อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ส่วนที่ 1 บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: กรณีศึกษาโรคนิ่วไต
อำเภอละงู จังหวัดสตูล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.ละงู) ขอความร่วมมือจากท่านให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อหน่วยงาน.....
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
3. อายุ.....ปี
4. ตำแหน่งปัจจุบัน
5. อายุการทำงานในสถานที่ปัจจุบันปี
6. จบการศึกษาระดับปี
7. ระดับการศึกษา
 1. อนุปริญญา 2. ปริญญาตรี 3. ปริญญาโท
 4. อื่นๆ ระบุ
8. ระยะเวลาที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู).....ปี

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ตอนที่ 2 ประเด็นแนวคำถามหลัก บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

1. ท่านคิดว่าสาเหตุของโรคไข้เลือดออกคืออะไร
2. ภาพรวมประชาชนอำเภอละงูให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกเพียงใด
3. ท่านคิดว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างไร
4. ท่านคิดว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอละงูหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านอยากเห็นสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในอำเภอละงูเป็นอย่างไรและควรดำเนินการอย่างไร
6. ท่านและหน่วยงานมีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างไร
 - 6.1 บทบาทในการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐอย่างไร
 - 6.2 บทบาทในการสร้างความร่วมมือและประสานงานระหว่างกันของทุกภาคส่วนอย่างไร
 - 6.3 บทบาทในการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่อย่างไร
 - 6.4 ได้ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างไร
7. ท่านคิดว่าในปัจจุบันได้ดำเนินการบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใด
8. ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละงู มีส่วนในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอำเภอละงูอย่างไร
9. ท่านคิดว่าหน่วยงานใดบ้างในอำเภอละงู ที่จะช่วยดำเนินการตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้บรรลุตามเป้าหมาย เพราะเหตุใด
11. ท่านและหน่วยงานมีแนวทางในการติดตามผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อย่างไร
12. ท่านเคยร่วมกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกออกในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร กิจกรรมใดเพราะเหตุใด
13. ท่านคิดว่าจะเพิ่มเติมอะไรบ้าง เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดียิ่งขึ้น

ภาคผนวก ฉ
แนวคำถามในการสัมภาษณ์

วิจัยเรื่อง บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก
อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ส่วนที่ 1 บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.ละงู) ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.ละงู) ขอความร่วมมือจากท่านให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อหน่วยงาน.....
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
3. อายุ.....ปี
4. ตำแหน่งปัจจุบัน
5. อายุการทำงานในสถานที่ปัจจุบันปี
6. จบการศึกษาระดับปี
7. ระดับการศึกษา
 1. อนุปริญญา 2. ปริญญาตรี 3. ปริญญาโท
 4. อื่นๆ ระบุ
8. ระยะเวลาที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ตอนที่ 2 ประเด็นแนวคำถามหลัก บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.ลชง) ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก

1. ท่านคิดว่าสาเหตุของโรคไข้เลือดออกคืออะไร
2. ภาพรวมประชาชนอำเภอลชงให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกเพียงใด
3. ท่านคิดว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างไร
4. ท่านคิดว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอลชงหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านอยากเห็นสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในอำเภอลชงเป็นอย่างไรและควรดำเนินการอย่างไร
6. ท่านและหน่วยงานมีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างไร
 - 6.1 บทบาทในการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐอย่างไร
 - 6.2 บทบาทในการสร้างความร่วมมือและประสานงานระหว่างกันของทุกภาคส่วนอย่างไร
 - 6.3 บทบาทในการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่อย่างไร
 - 6.4 ได้ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างไร
7. ท่านคิดว่าในปัจจุบันได้ดำเนินการบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใด
8. ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอลชง มีส่วนในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก อำเภอลชงอย่างไร
9. ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอลชง มีส่วนในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอำเภอลชงอย่างไร
10. ท่านคิดว่าหน่วยงานใดบ้างในอำเภอลชง ที่จะช่วยดำเนินการตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้บรรลุตามเป้าหมาย เพราะเหตุใด
11. ท่านและหน่วยงานมีแนวทางในการติดตามผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อย่างไร
12. ท่านเคยร่วมกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร กิจกรรมใดเพราะเหตุใด
13. ท่านคิดว่าจะเพิ่มเติมอะไรบ้าง เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดียิ่งขึ้น

ภาคผนวก ข

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

วิจัยเรื่อง บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก
อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ส่วนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ อำเภอละงู จังหวัดสตูล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและประชาชนอำเภอละงู จังหวัดสตูล ซึ่งเป็นการสอบถามเฉพาะเรื่องระบบบริการเพื่อการวางแผนควบคุมโรคไข้เลือดออกเท่านั้น จึงขอความร่วมมือจากท่านให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

ประเด็นคำถามหลัก การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ อำเภอละงู จังหวัดสตูล

1. ท่านคิดว่าสาเหตุของโรคไข้เลือดออกคืออะไร
2. ภาพรวมประชาชนอำเภอละงูให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกเพียงใด
3. ท่านคิดว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างไร
4. ท่านคิดว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอละงูหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านอยากเห็นการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างไร
6. ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างไร เพราะเหตุใด
 - 6.1) ท่านเคยเข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหาปัญหา และสาเหตุของโรคไข้เลือดออกของชุมชนหรือไม่ อย่างไร
 - 6.2) ท่านเคยเข้าร่วมประชุมในการกำหนดแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนหรือไม่ อย่างไร
 - 6.3) ท่านเคยร่วมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ชุมชนกำหนดหรือไม่ อย่างไร
 - 6.4) ท่านเคยร่วมประชุมปรึกษาหารือ เพื่อปรับปรุงวิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลายหรือไม่ อย่างไร
 - 6.5) ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างไร
7. ท่านคิดว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของใคร
8. ท่านรู้จักคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละงูหรือไม่
9. ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละงู มีส่วนในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอำเภอละงูอย่างไร
10. ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีบทบาทอย่างไร เพราะเหตุใด

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (ต่อ)

11. ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอำเภอละงูอย่างไร
เพราะเหตุใด
12. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น

ภาคผนวก ข
แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

วิจัยเรื่อง บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก
อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ส่วนที่ 1 บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู) ในการป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. ละงู)
ขอความร่วมมือจากท่านเสนอแนวคิดตรงตามความคิดเห็นของท่าน

ประเด็นคำถามหลัก

1. ท่านคิดว่าบทบาท กลยุทธ์ วิธีการ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ (พชอ.ละงู) ในการสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู ควรเป็น
อย่างไร

2. ท่านคิดว่าจะสามารถพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ. ละงู) ในการสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู ให้มีบทบาทอย่าง
ควรได้อย่างไร

ภาคผนวก ฅ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง บทบาทของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1) รศ.ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ | สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ |
| 2) นายแพทย์เดชา แซ่หลี | สังกัด โรงพยาบาลเทพา |
| 3) นายปฐมพร พริกชู | สังกัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัด
สงขลา |

ภาคผนวก ญ
ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล นางสาวอารอพีละห์ ชาญน้ำ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6010024014

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา 2556
(สาธารณสุขชุมชน) ในโครงการรับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา
เข้าสมทบกับมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ในหัวข้อการแก้ไขปัญหาของชุมชนประจำปี
งบประมาณ 2563

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอละงู
จังหวัดสตูล

การตีพิมพ์และการเผยแพร่ผลงาน

อารอพีละห์ ชาญน้ำ. 2566. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : กรณีศึกษา
โรคไข้เลือดออก อำเภอละงู จังหวัดสตูล. นำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติ
ครั้งที่ 13 ประจำปีการศึกษา 2565 ในหัวข้อ “Nouveau Economy for Human
Security : เศรษฐกิจวิถีใหม่เพื่อความมั่นคงของมนุษย์” ณ วิทยาลัยเทคโนโลยี
ภาคใต้ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. 2 มีนาคม 2566.