

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์

ของ

ฉัตรวิไล ลีสาวงษ์

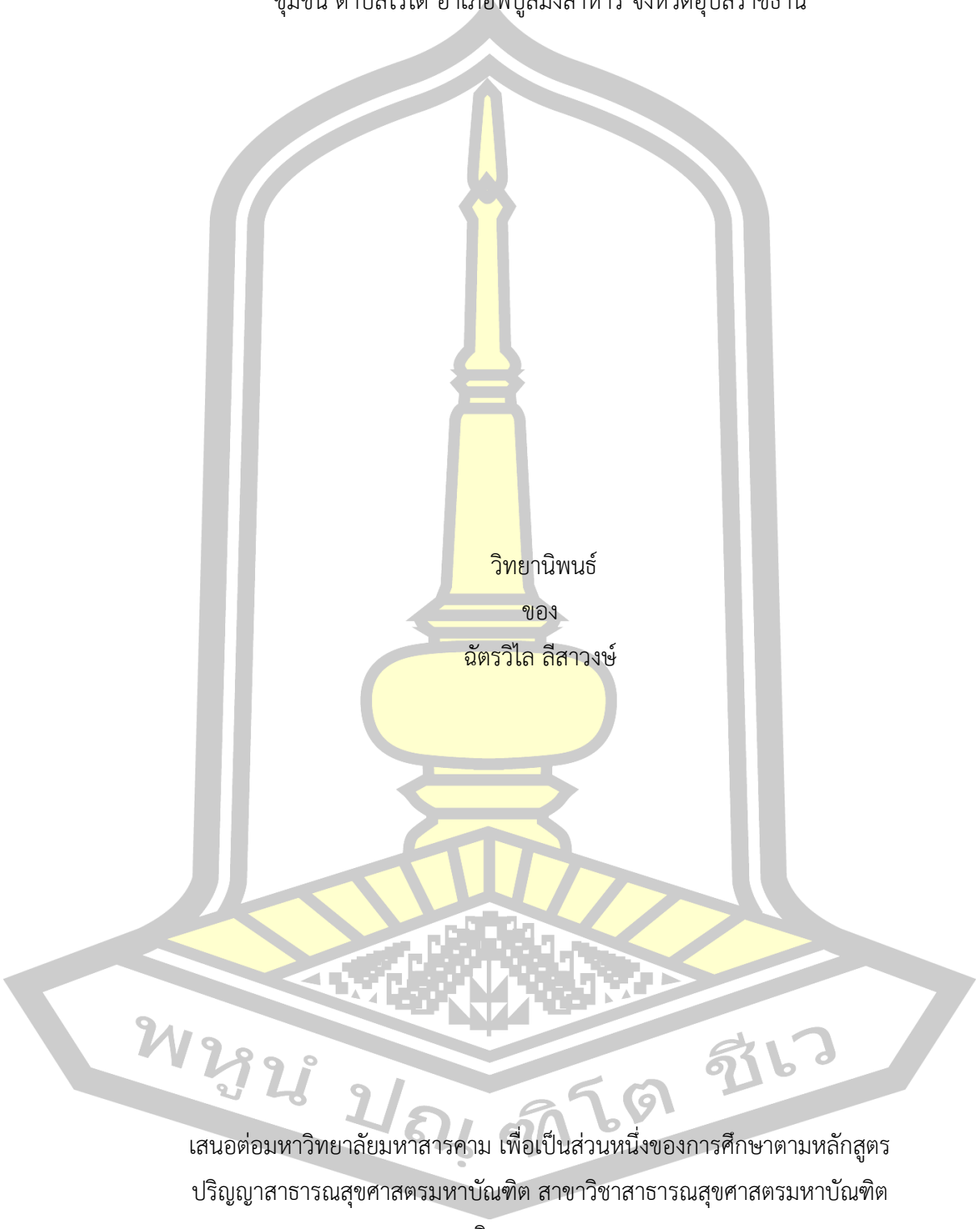
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สิงหาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี



วิทยานิพนธ์

ของ

ฉัตรวิไล ลีสาวงษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

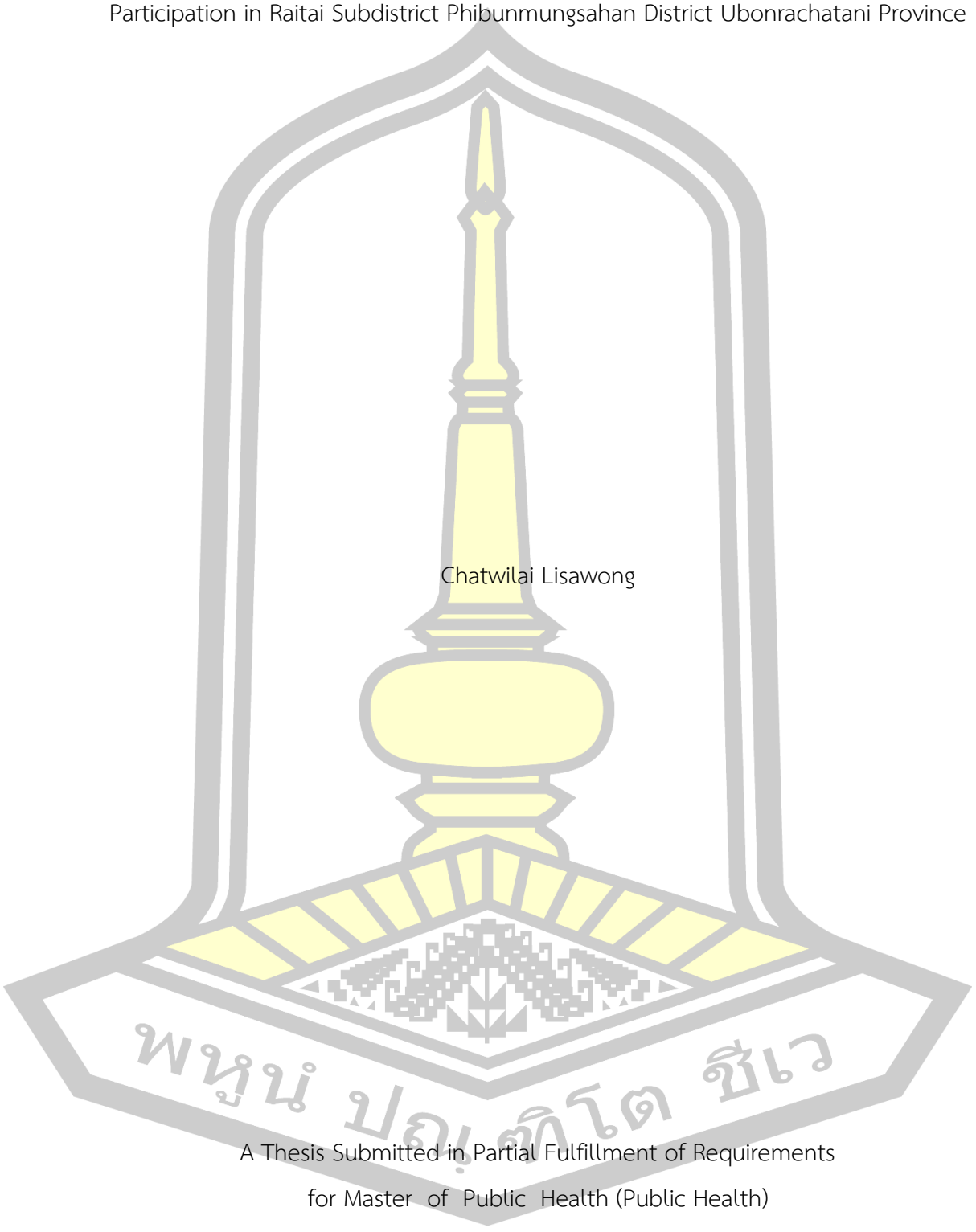
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สิงหาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Mobilizing the Local Level Public Policy for Dengue Fever Prevention and Control by Participation in Raitai Subdistrict Phibunmungsahan District Ubonrachatani Province

Chatwilai Lisawong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Master of Public Health (Public Health)

August 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวฉัตรวิไล ลีสาวงษ์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อ. ดร. วิโรจน์ เซมรัมย์)

.....กรรมการ
(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ
(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปญฺ ฑิโต ชีเว

....

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัย ฉัตรวิไล ลีสาวงษ์

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล
อาจารย์ ดร. วิโรจน์ เซมรัมย์

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา คัดเลือกแบบเจาะจง 67 คน ประกอบด้วย ภาคการเมือง ภาคประชาชน และภาควิชาการ และกลุ่มตัวอย่างประชากรตำบลไร่ใต้ คัดเลือกแบบสุ่ม 360 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อม 2) ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) สร้างความรู้ความเข้าใจ 4) รับฟังความคิดเห็นจากชุมชนระดับหมู่บ้าน 5) กำหนดนโยบายสาธารณะโดยการจัดเวทีสมัชชา 6) กำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ 7) ประกาศใช้นโยบายและสื่อสารผ่านเวทีชุมชน 8) ดำเนินปฏิบัติงานตามแผนนโยบาย 9) ติดตามประเมินผล 10) ถอดบทเรียน ภายหลังการขับเคลื่อนตามขั้นตอนดังกล่าว พบว่า ประชาชนตำบลไร่ใต้มีความรู้ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมากขึ้น ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคได้ดีมากขึ้น โดยผลการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง และมีค่าไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เป็นศูนย์

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อ

สุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ คือ 1) กระบวนการกำหนดนโยบายที่เกิดจากส่วนร่วมของชุมชนทั้งระบบ 2) การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติโดยมีแผนปฏิบัติการอย่างชัดเจน 3) กระบวนการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องและระบบควบคุมกำกับกันเองในชุมชนผ่านเวทีสาธารณะ

คำสำคัญ : นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ, การมีส่วนร่วม, การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

TITLE Mobilizing the Local Level Public Policy for Dengue Fever Prevention and Control by Participation in Raitai Subdistrict Phibunmungsahan District Ubonrachatani Province

AUTHOR Chatwilai Lisawong

ADVISORS Associate Professor Songkhamchai Leethongdissakul , Ph.D.
Wirote Semrum , Ph.D.

DEGREE Master of Public Health **MAJOR** Public Health

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2020

ABSTRACT

This action research aimed to study process of mobilizing the local public policy for Dengue Hemorrhagic Fever-DHF prevention and control in Rai Tai Sub-district Phibun Mungsahan District Ubon Ratchathani Province. It was applying the participatory public policy process for health-PH. The 67 participants were included to the process which comprised of local political, local civic and academic sectors. Additionally, the sample of local people in Rai Tai Sub-district was randomly selection as 360 people. Both quantitative and qualitative data were collected by using the created questionnaire and observations. Data were analyzed by using descriptive statistics such as mean, percentage and standard deviation. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed that the development process consists of 1) preparation 2) co-ordinate relevant parties 3) create cognition 4) listen to opinions from the community 5) formulate public policies by assembly forum 6) stablish an action plan and assignments 7) announce the local policy and communicate through community forums 8) Implement the policy plan 9) monitoring and evaluation 10) lesson learned activities. Due to the process was found that participants have increasing their knowledge and understanding including participation practices in DHF

control and prevention with significant statistic at p-value < 0.05. For this reasons the results of Aedes larvae ratio in this area was not exceeding standard criterion and incident rate of DHF was zero.

In summary, the success factors In this process were 1) the policy formulation process resulting from community participation throughout all steps2) the implementation of the policy into action with a clearly direction with truly action plan 3) The process of continuous monitoring and control systems with their acceptation in the community through interactive public forum.

Keyword : public policy for health, local participation, control and prevention of DHF

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ท่านได้กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำในการวิจัย รวมทั้งตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณนายชวน จันทร์เลื่อน สาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี นายวีรพล เพริศแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านขาม จังหวัดสกลนคร และ นายประพนธ์ บุญไชย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัวทุกคนที่เป็นกำลังใจ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ท่านภูมิใจ และเป็นตัวอย่างที่ดีตลอดไป

ฉัตรวิไล ลีสาวงษ์

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ช

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญภาพ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ที่มาและความสำคัญ 1

1.2 คำถามการวิจัย 4

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

1.4 ขอบเขตของการวิจัย 5

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ 6

บทที่ 2 เอกสารที่เกี่ยวข้อง 7

2.1 แนวคิดกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 7

2.2 โรคไข้เลือดออก 25

2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน 50

2.4 เทคนิคการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม A-I-C 53

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 59

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 66

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย 71

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 72

3.1 รูปแบบการวิจัย 72
3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง 73
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 74
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 78
3.5 ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล 78
3.6 การจัดกระทำข้อมูล 80
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 81
3.8 จริยธรรมในการวิจัย 81
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย 83
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 83
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 84
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 85
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 140
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอ 141
5.1 สรุปผล 141
5.2 อภิปรายผล 145
5.3 ข้อเสนอแนะ 148
บรรณานุกรม 150
ภาคผนวก 155
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ 156
ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ 158
ภาคผนวก ค แผนปฏิบัติการ 174
ภาคผนวก ง ภาพประกอบกิจกรรม 183
ประวัติผู้เขียน 190

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แผนงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ ปี 2561-2563 90

ตาราง 2 ปัจจัยการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้..... 94

ตาราง 3 แผนการดำเนินงานตามนโยบาย “ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก” 99

ตาราง 4 กิจกรรมการรณรงค์ฉีดพ่นเคมีควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ ปี 2563..... 105

ตาราง 5 ผลการสำรวจสิ่งแวดล้อม, ค่า HI CI และ BI เดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2563..... 109

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 67) 114

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา 116

ตาราง 8 ระดับความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 67) 118

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลัง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ (n = 67) 120

ตาราง 10 ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลัง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (n = 67) 124

ตาราง 11 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 67)..... 125

ตาราง 12 ระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ เพื่อ

ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 67) 127

ตาราง 13 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในเขตตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 360) 128

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 130

ตาราง 15 ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 132

ตาราง 16 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (n = 360)..... 133

ตาราง 17 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 360) 133

ตาราง 18 ระดับการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 360) 137

ตาราง 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 360) เปรียบเทียบโดยสถิติ Paired t-test..... 137

ตาราง 20 ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการพัฒนา กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2563..... 138

ตาราง 21 เปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า HI , CI , BI ในชุมชนตำบลไร่ใต้ ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน 139

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 ขั้นตอนของกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 13

ภาพ 2 กรอบแนวคิดสุขภาพภาคประชาชน 15

ภาพ 3 องค์ประกอบความร่วมมือตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา 21

ภาพ 4 กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ 24

ภาพ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย 71

ภาพ 6 แผนที่จังหวัดอุบลราชธานี 85

ภาพ 7 แผนที่ตำบลไร่ใต้ 86

ภาพ 8 รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน 113

ภาพ 9 ภาพกิจกรรมประชุมเตรียมการวางแผนการดำเนินงาน 184

ภาพ 10 ภาพกิจกรรมการประชาคมหมู่บ้าน เพื่อรับฟังความคิดเห็นในระดับชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 185

ภาพ 11 ภาพกิจกรรมการประชุมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 186

ภาพ 12 ภาพกิจกรรม Big cleaning day .ในชุมชน นำโดยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสาและประชาชนแต่ละหมู่บ้าน จัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ 187

ภาพ 13 ภาพกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 188

ภาพ 14 ภาพกิจกรรมการสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 189

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

โรคไข้เลือดออกยังเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ อุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลกในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบไม่มีอาการนำที่เด่นชัด ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ตรวจพบจึงเป็นอุบัติการณ์ที่น้อยกว่าความเป็นจริง จากข้อมูลสถานการณ์ในระดับสากลบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อไข้เลือดออก 390 ล้านครั้งต่อปี และมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยลดลงในปี พ.ศ. 2560-2561 แต่ในทางกลับกันพบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากในปี พ.ศ. 2562 ในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกพบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อาทิ ในออสเตรเลีย กัมพูชา จีน ลาว มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม (WHO, 2019) ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกทั่วโลกเป็นผู้ป่วยในภูมิภาคเอเชีย (WHO WPRO, 2019) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าไข้เลือดออกมีแนวโน้มที่จะมีการระบาดมากกว่าปีที่ผ่านมา

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 151.42, 72.83, 62.59,97.86 และ 148.89 ตามลำดับ (สำนักงานระบาดวิทยา, 2562) ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ทั้งสิ้น 98,714 ราย อัตราป่วย 148.89 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.11 การกระจายการเกิดโรคไข้เลือดออกรายภาค พบว่าภาคใต้มีอัตราป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ อัตราป่วย 17.72 , 15.44 , 6.72 และ 6.20 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานระบาดวิทยา, 2562) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วย 7,034 ราย อัตราป่วย 376.20 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.18 โดยอำเภอพิบูลมังสาหาร มีอัตราป่วย เป็นอันดับที่ 13 จาก 25 อำเภอ มีผู้ป่วยจำนวน 509 ราย อัตราป่วย 384.5 ต่อประชากรแสนคน ข้อมูลจาก รง.506 ณ วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2562 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2562) และข้อมูลของพื้นที่ ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 ดังนี้ 76.92 ,138.46, 33.50, 569.00 และ 230.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ มีการระบาดอย่างหนัก ในปี พ.ศ. 2561 อัตราป่วยสูงถึง 569 ต่อประชากรแสนคน สูงเป็นอันดับ 2 ของอำเภอ

พิบูลมังสาหาร จึงถือว่าปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะต้องหาแนวทางในการควบคุมและป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการระบาด

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีไร่ใต้ ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลไร่ใต้ ปัจจุบันดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นประจำทุกปี โดยวิธีการรณรงค์พ่นหมอกควัน แจกจ่ายทรายอะเบท สุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ครัวเรือนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายของตนเอง ซึ่งผลการดำเนินงานจากปีที่ผ่านมายังไม่ประสบผลสำเร็จ จากการสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชน 6 เดือนย้อนหลัง พบว่า ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ (House Index : HI) และ ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำ (Container Index : CI) ซึ่งเป็นดัชนีพื้นฐานในการเฝ้าระวังแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญยังเกินมาตรฐาน โดย มีค่า HI เท่ากับ 40.00 , 50.67 , 56.58 , 60.00 , 65.00 และ 58.60 และ CI เท่ากับ 35.00 , 24.00 , 31.03 ,23.08 และ 30.77 ซึ่งค่ามาตรฐาน HI ตามเกณฑ์มาตรฐานจะต้องไม่เกิน 10 และ CI ต้องเท่ากับ 0 ด้วยเหตุนี้จึงพบอุบัติการณ์ขิงโรคในพื้นที่ดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโรคไข้เลือดออกของตำบลไร่ใต้ จากการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ และจากการสัมภาษณ์ประชาชนพบว่า ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการมีส่วนร่วม และสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ขยะ ป่ารกรอบหมู่บ้าน สวนยางพาราหลังการเก็บเกี่ยว ทำให้มีน้ำขังในกะลารองยาง เป็นต้น ระบบการเฝ้าระวังแหล่งนำโรคในชุมชนยังขาดความต่อเนื่องและวิธีการจัดการที่ดีพอ แม้กระทั่ง วัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมป้องกันโรคยังไม่เพียงพอ ได้แก่ ทรายอะเบท น้ำยาเคมี และเครื่องพ่นหมอกควัน เป็นต้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนและภาคีเครือข่ายขาดการมีส่วนร่วมและขาดพลังในการดำเนินงาน ผู้มีบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่มักจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. และหน่วยงาน อปท. ที่สนับสนุนงบประมาณ แต่ภาคส่วนอื่นๆ ยังไม่มีบทบาทร่วมกันในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเท่าที่ควร โดยเฉพาะภาคประชาชน ยังไม่มีความตระหนักและสนใจว่าการควบคุมและเฝ้าระวังแหล่งนำโรคเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องร่วมมือกัน นอกจากนี้ยังคิดว่ามิใช่ธุระของตนที่จะไปดำเนินการในกิจกรรมเหล่านี้

ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก มีแหล่งเพาะพันธุ์อยู่ในภาชนะน้ำขังที่มนุษย์สร้างขึ้นในบ้านและรอบบ้าน แม้ว่าปัจจุบันกำลังมีการพัฒนาวัคซีนป้องกันไข้เลือดออกซึ่งอาจมีการนำออกมาใช้ในอนาคต แต่การป้องกันโรคเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย (พีระ สมบัติดี และคณะ, 2558) ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายจากโปรแกรมทันระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2561 พบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทั้งในบ้านและในสถานที่ต่างๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลงเหมือนกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (กรมควบคุมโรค, 2561) การป้องกันและ

กำจัดแหล่งเพาะพันธุลูกน้ำยุงลาย เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว ทุกคนสามารถทำได้ และประหยัดงบประมาณมากที่สุด เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคในชุมชนให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยกระบวนการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการดำเนินงานสร้างส่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพหรือการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยการนำกลยุทธ์และวิธีการเชิงสังคมมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้วยการสร้างกฎ ระเบียบ หรือนโยบาย ที่เหมาะสมมาใชในการแกไขปัญหา ซึ่งเป็นการควบคุมปัจจัยแวดล้อมทางสังคมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และวิลาวัณย เสนารัตน, 2557)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้มีการนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ มากมาย ดังเช่น กรณีศึกษาการควบคุมและป้องกันโรคไขเลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม ส่งผลต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข่เลือดออกเป็นอย่างดี โดย ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคไขเลือดออกในชุมชนลดลงอย่างชัดเจน (นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี และคณะ, 2560) ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะไม่ได้อยู่ที่คำประกาศหรือข้อเขียนที่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นทางการ แต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ของการดำเนินการให้ได้มา ซึ่งนโยบายสาธารณะมากกว่า โดยกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการ มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกำหนดทิศทาง แนวทางของนโยบายสาธารณะ ร่วมดำเนินการตามนโยบาย ร่วมติดตามผลและร่วมทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาต่อเนื่อง (วิสุทธิ บุญญะโสภิตและ นิรชา อัศวธีรากุล, 2555)

จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ จะเห็นได้ว่าการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร นี้เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญมากของชุมชนที่ต้องเร่งหาแนวทางในการแก้ไข โดยการวิเคราะห์สาเหตุในเบื้องต้นพบว่า การมีส่วนร่วมโดยภาคประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งในการดำเนินงานนั้นจะต้องสร้างความร่วมมือกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และที่สำคัญคือภาคประชาชนเข้ามาร่วมแก้ปัญหาเพื่อกำหนดให้เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจะต้องเป็นนโยบายระดับพื้นที่ สอดคล้องกับปัญหาตามบริบทของชุมชน และเป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นเองโดยชุมชน มีแนวทาง กำหนดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีเป้าหมายที่วัดผลได้ จึงจะนำไปสู่การประกาศใช้โดยชุมชนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน การวิจัยครั้งนี้จึงใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีนั้น ควรเป็น “กระบวนการนโยบาย สาธารณะแบบมีส่วนร่วม ไม่ใช่ การกำหนดนโยบายสาธารณะจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียว ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่จะสามารถนำทุกคนในชุมชนได้มีส่วนร่วมทุกระดับ ได้ร่วมคิด

ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผิดชอบ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ว่าจะขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนแบบมีส่วนร่วมได้อย่างไร เพื่อให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ลดลง และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.4.2.1 ประชากร

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษากลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้านตำบลไร่ใต้ องค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลไร่ใต้ ผู้อำนวยการสถานศึกษาในเขตตำบลไร่ใต้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯไร่ใต้ นักเรียนในเขตตำบลไร่ใต้

2) กลุ่มประชากร ของครัวเรือนในเขตตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 2,764 ครัวเรือน เพื่อใช้ในการประเมินค่า (House Index: HI) และจำนวน สถานที่ราชการ วัด โรงเรียน จำนวนทั้งหมด 18 แห่ง เพื่อใช้ในการประเมินค่า (Container Index: CI)

1.4.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียในการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยประชากร 2 กลุ่ม

1) กลุ่มตัวอย่างที่ 1 กลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้ ประกอบด้วยภาคประชาชน ภาคการเมือง ภาควิชาการ ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 67 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ประชาชนที่เป็นตัวแทนของครัวเรือนในตำบลไร่ใต้ อำเภอ พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 2,764 ครัวเรือน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 360 คน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านให้เท่ากัน จากนั้นทำการสุ่มโดยการจับฉลาก

1.4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 16 สัปดาห์ ดำเนินการในช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใน 1 วงรอบ

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 นโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ หมายถึง แนวทางกิจกรรม กฎระเบียบต่างๆ ที่ได้พัฒนาขึ้นในระดับพื้นที่ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.2 การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วน หมายถึง กระบวนการพัฒนาแนวทางกิจกรรม กฎระเบียบต่างๆ ที่ได้พัฒนาขึ้นในระดับพื้นที่ ให้ทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วมโดยใช้รูปแบบของสมัชชาสุขภาพ ประกอบด้วยภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.3 การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน หมายถึง กระบวนการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ก่อนที่จะเกิดโรค และการควบคุมโรคเมื่อเกิดโรคระบาด ในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีแนวทางกิจกรรม กฎระเบียบต่างๆ ที่ได้พัฒนาขึ้นในระดับพื้นที่ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยและกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
2.4 เทคนิคการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม
2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

2.1.1 ความหมายของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะ มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

David & Jack (1965) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง การแจกแจงคุณค่าต่างๆ อย่างถูกต้องตามกฎหมายให้แก่สังคมโดยรวม

Anderson, Duraton, & Poole (1975) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางการกระทำของรัฐที่มีจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

Dye (1998) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือเลือกที่จะไม่กระทำ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมเห็นว่าควรมีการดำเนินไปในทิศทางนั้น ที่มีเป้าหมายเพื่อผลประโยชน์และบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันของคนส่วนใหญ่ ซึ่งส่วนใหญ่นโยบายสาธารณะมักมาจากภาครัฐ โดยทั่วไปมักบ่งบอกถึงเป้าหมายและวิธีการเพื่อให้บรรลุผล เพื่อเป็นการจัดสรรคุณค่าต่างๆ แก่สังคมส่วนรวม

2.1.2 ความหมายของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

อำพล จินดาวัฒนะ กล่าวว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง เรื่องต่างๆที่ปรากฏขึ้นในสังคม เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ นับเป็นเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญเพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ นโยบายสาธารณะจะคำนึงถึงผลกระทบต่อ

สุขภาพเป็นนโยบายที่สร้างสภาพแวดล้อมและสังคมให้ส่งผลดีต่อสุขภาพ รวมทั้งไม่มีอุปสรรคในการเข้าถึงและการได้รับบริการในเรื่องของสุขภาพ โดยมีลักษณะของกลไกลที่ผ่านหลัก “การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน” จากทุกฝ่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบายสาธารณะ นั้นกำเนิดมาจากการประชุมนานาชาติ “การสร้างเสริมสุขภาพ : การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่” เมื่อปี 2529 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา โดยมีกลยุทธ์แห่งการสร้างเสริมสุขภาพไว้ 5 ประการ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)” โดยได้นิยามความหมายของ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)” ไว้ว่า นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้โดยสรุปภาพรวมคือ นโยบายบนพื้นฐานของสิ่งแวดล้อมและสังคมเพื่อห่วงใยสุขภาพของประชาชน (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551)

2.1.3 ความสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การใช้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันเป็นไปตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งหลักเกณฑ์การจัดตั้งของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นผู้กำหนดโดยมุ่งเน้นแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ให้เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนที่ชุมชนหรือท้องถิ่นนั้นๆ เห็นพ้องร่วมกันบนไปทิศทางที่มีข้อมูล หลักฐานและข้อเท็จจริงซึ่งปรากฏออกมาให้ทุกฝ่ายยอมรับได้ สามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงในชุมชน สภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนหรือท้องถิ่นนั้นๆ ซึ่งที่ผ่านมาการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในสังคมไทยเป็นไปได้อย่างล่าช้าเนื่องจากประชาชนเข้าไม่ถึงกระบวนการ ขาดความสมดุลและการประเมินผลกระทบ ส่วนใหญ่เป็นนโยบายที่กำหนดมาจากรัฐบาลหรือภาคการเมืองซึ่งมักออกมาจากปัญหาในภาพรวมที่อาจไม่ใช่ปัญหาและไม่เหมาะสมกับบริบทของบางพื้นที่จึงไม่นำไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้บางพื้นที่สามารถขับเคลื่อนได้สำเร็จความร่วมมือของภาคประชาสังคมและการสนับสนุนที่ดีจากภาครัฐและการเมือง (รัชนี มิตกิตติ, 2559) ซึ่งต้องประกอบกับแนวทาง สุขภาวะ ในความหมายคือภาวะที่เป็นสุขใน 4 มิติ คือ มิติสุขภาวะทางกาย มิติสุขภาวะทางจิต มิติสุขภาวะทางสังคม และ มิติสุขภาวะทางจิตวิญญาณ โดยไม่ได้มองเพียงกลุ่มชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่ต้องมองในทุกระดับ ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับสาธารณะ

ปัจจุบันนโยบายสาธารณะมักเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางการเมืองและสังคมอย่างกว้างขวาง เพราะนโยบายสาธารณะ มาจากรากฐานสภาพปัญหาต่างๆที่พบในสังคม อย่างไรก็ตามผู้คนจำนวนมากยังไม่เข้าใจถึงความเป็นมาของกระบวนการ มักคิดว่าเป็นคำประกาศที่ทางรัฐบาลกำหนดขึ้น วิถีชีวิตของคนไทยในปัจจุบันมีความหลากหลายและซับซ้อนเกินกว่าจะมอบอำนาจการ

จัดการให้รัฐอย่างเบ็ดเสร็จ การตัดสินใจแบบรวมศูนย์อำนาจจึงไม่เพียงพอเคลื่อนไหวนโยบายในสังคมได้อย่างแท้จริงได้ (สุรศักดิ์ บุญเทียน และศิริธร อรไชย, 2553)

หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะไม่ได้อยู่ที่คำประกาศหรือข้อเขียนที่ออกมา เป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นทางการแต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ของการดำเนินการให้ได้มา ซึ่งนโยบายสาธารณะมากกว่า โดยกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการ มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกำหนดทิศทางแนวทางของนโยบายสาธารณะ ร่วมดำเนินการ ตามนโยบายเหล่านั้น ร่วมติดตามผลและร่วมทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาต่อเนื่อง (วิสุทธิ บุญญะโสภิตและนิรชา อัศวธีรากุล, 2555)

2.1.4 กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การกำหนดนโยบายสาธารณะจึงเกิดจากคนส่วนใหญ่ตัดสินใจว่าจะทำอะไรบ้าง หรือรัฐบาลได้ตัดสินใจแล้วในการวางเป้าหมายการทำงาน ดังนั้นก่อนที่จะมีนโยบายสาธารณะจึงต้องมีการตัดสินใจ โดยการตัดสินใจนั้นต้องผ่านการวิเคราะห์หรือการศึกษาข้อมูลก่อน จึงจะกำหนดนโยบายได้ ซึ่งกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะมีนักวิชาการได้ให้แนวคิดไว้หลายท่าน ดังนี้

แนวคิดกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะของเดย์ (Dye, 1998a)

Dye (1998) การศึกษานโยบายสาธารณะบ่อยครั้งมุ่งเน้นไปดูว่า นโยบายเกิดขึ้นได้อย่างไรมากกว่าดูเนื้อหานโยบายหรือสาเหตุและผลที่ตามมาของนโยบาย ในการศึกษาว่านโยบายต่างๆ เกิดขึ้นได้อย่างไร โดยทั่วไปจะพิจารณาชุดของกิจกรรมหรือกระบวนการที่เกิดขึ้นในระบบการเมือง (Political System) ตามนัยของตัวแบบกระบวนการ (Process Model) กล่าวคือ การกำหนดนโยบาย (Policy Making) เกิดขึ้นโดยสามารถระบุขั้นตอนและแต่ละขั้นตอนสามารถแยกส่วนกันในการตรวจสอบได้ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะมีขั้นตอน ดังนี้

1) Identification การระบุปัญหานโยบายที่เรียกร้องให้รัฐบาลต้องปฏิบัติ ซึ่งส่วนใหญ่นโยบายมักเกิดจากความคิดเห็นของประชาชนที่มีอิทธิพลต่อนโยบายของรัฐ แต่บางนโยบายก็เกิดจากความคิดของผู้นำที่ให้การสนับสนุนให้เกิดนโยบายนั้น

2) Agenda setting การกำหนดเป็นวาระหรือการเน้นให้ความสนใจไปยังกลุ่มสื่อมวลชนและข้าราชการในปัญหาสาธารณะที่ตกลงกัน เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจการกำหนดวาระนี้เป็นการระบุถึงปัญหาของสังคมและกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการกำหนดนโยบาย ซึ่งบีบบังคับให้รัฐบาลต้องตัดสินใจกระทำหรือรัฐบาลอาจไม่ตัดสินใจกระทำตามก็ได้ ในขั้นตอนนี้จะมีการระดมความคิดเห็นจากสื่อมวลชนด้วยโดยใช้โทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์ เพื่อสื่อสารให้คนส่วนใหญ่ทราบถึงนโยบาย

3) Formulation การก่อรูปนโยบาย ก็คือ การที่ทางเลือกของนโยบายที่เกี่ยวกับปัญหาได้พัฒนาไปเป็นวาระของรัฐบาล การก่อรูปของนโยบายมักจะมาจากการริเริ่มและมีการพัฒนานโยบายที่เกิดจากระบบราชการ คณะกรรมการตามกฎหมาย การประชุมของคณะกรรมการชุดต่างๆ องค์การที่ทำหน้าที่วางแผนด้านนโยบาย กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ประธานาธิบดี และรัฐสภา โดยรายละเอียดของนโยบายที่ก่อตัวขึ้นปกติจะมาจากระดับเจ้าหน้าที่ (Staff Members) มากกว่าจะเกิดจากระดับผู้นำ (Bosses) แต่ระดับเจ้าหน้าที่ก็มักจะถูกชี้นำในสิ่งซึ่งเขารู้ว่าผู้นำต้องการ

4) Legitimation นโยบายที่เกิดขึ้นโดยความชอบธรรมตามกฎหมายเป็นการกระทำทางการเมืองโดยผ่านพรรคการเมือง กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ประธานาธิบดีและรัฐสภา

5) Implementation การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นความต่อเนื่องทางการเมือง การกำหนดนโยบายไม่ได้จบลงที่การออกเป็นกฎหมายโดยรัฐสภา และการลงนามโดยประธานาธิบดี จะต้องนำนโยบายไปสู่หน่วยงานของระบบราชการเพื่อให้ข้าราชการปฏิบัติตามนโยบายนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความเกี่ยวเนื่องกับทุกกิจกรรม เช่น การจัดองค์กรงานใหม่ การมีหน่วยงานหรือตัวแทนรับผิด ชอบ เพื่อให้สามารถดำเนินการตามนโยบายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้การนำนโยบายไปปฏิบัติยังต้องมีรูป แบบและกฎระเบียบเพื่อให้ข้าราชการถือปฏิบัติด้วย

6) Evaluation การประเมินผลนโยบาย เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการกำหนดนโยบาย เพื่อค้นหาว่านโยบายประสบความสำเร็จตามเป้าหมายเพียงใด ต้นทุนที่ใช้และผลที่ได้รับเป็นอย่างไรเป็นไปตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้เพียงใด การประเมินผลจะทำโดยตัวแทนของรัฐบาลเอง ที่ปรึกษาภายนอก สื่อสิ่งพิมพ์ และสาธารณชน

อุทัย เลาหวิเชียร ได้แบ่งกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ ออกเป็น 4 ขั้นตอน (อุทัย เลาหวิเชียร, 2544) ดังนี้

1) การกำหนดปัญหา นโยบายสาธารณะจะมีได้ก็ต่อเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก่อน และปัญหาจะเกิดขึ้นได้ก็เพราะมีคนเป็นจำนวนมากไม่พอใจในเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง การที่คนส่วนใหญ่เห็นเป็นปัญหา และควรจะให้กลุ่มคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบและกลุ่มอื่นๆ เห็นว่าเป็นปัญหาด้วย การที่คนหลายฝ่ายเห็นปัญหาอันหนึ่งอย่างเดียวกันและได้มีการเรียกร้องให้แก้ไขปัญหาดังกล่าว ปัญหานั้นก็จะกลายเป็นนโยบายสาธารณะ ดังนั้นในขั้นของการกำหนดปัญหาจึงมีส่วนเกี่ยวพันกับหน้าที่ของการกำหนดนโยบาย เพราะปัญหาจะนำไปสู่การกำหนดนโยบาย จึงอาจกล่าวได้ว่าเป็นขั้นตอนเดียวกันกับเรื่องของการกำหนดนโยบาย

2) การวิเคราะห์หาทางเลือก เมื่อทราบปัญหาและได้กำหนดเป็นเป้าหมาย จากนั้นก็ทำการวิเคราะห์หาทางเลือก เพื่อการบรรลุเป้าหมายในการหาทางเลือก ผู้ที่ตัดสินใจจะต้องคำนึงถึงเป้าหมายและค่านิยมให้ชัดเจน แล้วจึงแสวงหาทางเลือกเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งควรคิดว่าทางเลือกใดดีด้วย รวมทั้งการคำนวณ เพื่อหาต้นทุนและประโยชน์ที่จะได้รับ ต่อมาจึงมาเปรียบเทียบ

ถึงผลของทุกทางเลือก ซึ่งในที่สุดผู้ตัดสินใจก็จะเลือกทางเลือกที่บรรลุเป้าหมายและค่านิยมที่ดีที่สุด การวิเคราะห์ ทางเลือกดังกล่าว เรียกว่า “The rational comprehensive theory” เป็นวิธีที่อาศัยหลักเหตุผล

3) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในขั้นของการวิเคราะห์หาทางเลือกก็เพื่อจะได้นโยบายสาธารณะเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ขั้นของการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะนโยบายสาธารณะก็คือแผ่นกระดาษ จะเป็นความจริงได้ก็ต่อเมื่อการนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

4) การประเมินผลนโยบายขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะก็คือ การประเมินผลนโยบาย ซึ่งปัจจุบันเป็นกิจกรรมที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในเกือบทุกประเทศ ความหมายของการประเมินผลก็คือ การที่จะตรวจสอบว่าได้มีการบรรลุเป้าหมายของโครงการแค่ไหน และเพียงใด การประเมินผลต้องอาศัยความรู้ทางการวิจัย แต่ก็มีคนเป็นจำนวนไม่น้อยได้ประเมินผลโดยอาศัยหลักการเข้าใจข้อเท็จจริงโดยปราศจากเหตุผล (Intuition) การคาดคะเน หรือการเดา ซึ่งเป็นคนละเรื่องกับการทำการวิจัยโดยทั่วไปมักประเมินผลโดยไม่ได้อาศัยพื้นความรู้การวิจัยมากนัก

พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ ได้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะในมิติเพิ่มเติมจากนโยบายที่กำหนดโดยรัฐบาลว่า นโยบายสาธารณะอาจเกิดขึ้น และเป็นแนวทางในการดำเนินงานโดยภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการประกาศอย่างเป็นทางการจากรัฐบาลก็ได้ ซึ่งนโยบายสาธารณะมีบทบาทสำคัญในฐานะที่เป็นกระบวนการแห่งการเรียนรู้ของสังคม เป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชี้ทิศทางของสังคม และเป็นกระบวนการที่ทำให้ทราบถึงคุณค่าที่แตกต่างกันในสังคม และได้นำเสนอการกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ, 2555) ดังนี้

1) การก่อตัวของนโยบายสาธารณะ (Public policy formation) คำถามในขั้นนี้คือทำไมต้องมีนโยบายสาธารณะ นโยบายสาธารณะ โดยมากจะเริ่มจากปัญหาที่เกิดอยู่ในปัจจุบันหรืออาจจะเป็นปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การก่อตัวของนโยบายสาธารณะจึงอาจจะเริ่มโดยนวัตกรรมที่มีอยู่ และจะพัฒนาเพื่อประโยชน์ต่อไปอย่างไร สำหรับการก่อตัวของนโยบายสาธารณะอาจใช้วิธีการร่วมกันคือ การคาดการณ์อนาคตการสำรวจสถานการณ์ การระบุและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

2) การกำหนดทางเลือกและการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ (Public policy alternative development and decision making) คำถามในขั้นตอนนี้คือ ปัญหาหรือสถานการณ์ที่มีอยู่จะมีทางเลือกเชิงนโยบายอะไรบ้างในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาและจะเลือกทางเลือกใด

3) การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (Public policy implementation) คำถามสำคัญคือจะมีกระบวนการแปลงนโยบายไปสู่แผนปฏิบัติงานได้อย่างไร จึงควรจะต้องมีกระบวนการทำแผนงานที่ชัดเจน มีตัวบ่งชี้ถึงระดับความมีประสิทธิผลของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ การควบคุมการปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนและตามนโยบาย องค์ความรู้ที่ต้องนำมาใช้ในขั้นตอนนี้ คือ การจัดทำยุทธศาสตร์ การจัดทำแผนปฏิบัติการ การควบคุมการดำเนินงานตามแผน

4) การประเมินผลนโยบายสาธารณะ (Public policy evaluation) ส่วนใหญ่กระบวนการประเมินมักเป็นการประเมินโครงการหรือแผนงาน

5) ความต่อเนื่องการทดแทนและการสิ้นสุดนโยบายสาธารณะ (Public policy maintenance succession & termination) กรณีที่นโยบายสาธารณะประสบความสำเร็จจะต้องมีกลไกการดำเนินนโยบายสาธารณะอย่างต่อเนื่อง หากนโยบายสาธารณะนั้นไม่ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องหานโยบายสาธารณะอื่นเพื่อทดแทนหรือยกเลิกนโยบายนั้น ซึ่งจะเป็นกระบวนการย้อนกลับ (Feed Back)

จากแนวคิดของนักวิชาการข้างต้นอาจสรุปได้ว่า กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การก่อตัวของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Public policy Formation)

2) การกำหนดทางเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Public policy alternative development)

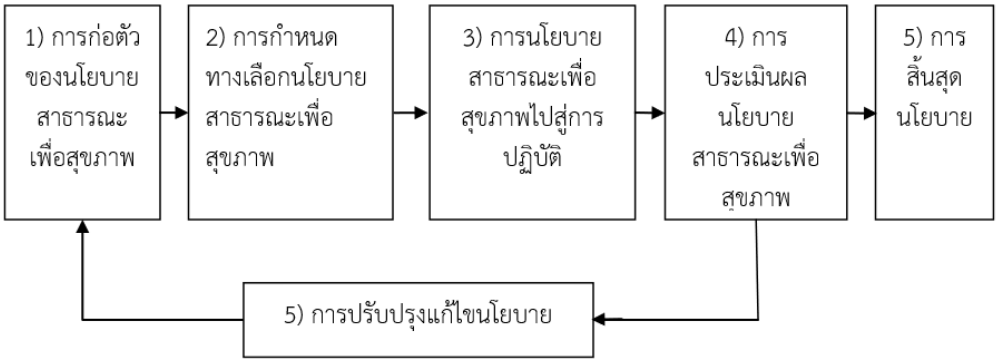
3) การขับเคลื่อนหรือการนำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (Public policy Implementation)

4) การประเมินผลนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Public policy Evaluation)

5) ความต่อเนื่องการทดแทนและการสิ้นสุดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Public policy maintenance succession & termination)

ขั้นตอนของกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงเขียนแผนภาพได้ ดังนี้

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาพ 1 ขั้นตอนของกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

สรุปจากแนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะ เป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางหรือแนวทางในการพัฒนาสังคม โดยกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องในสังคมร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความรู้ต่างๆ ร่วมกำหนดทิศทางหรือแนวทางของนโยบายสาธารณะร่วมดำเนินการ จนกระทั่งร่วมติดตามประเมินผล เพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

2.1.5 รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ปัจจุบันประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับนโยบายสาธารณะ ได้ให้ประชาชนได้มีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อประชาชน ได้มีการพัฒนารูปแบบนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมากมาย ได้แก่ แนวคิดสุขภาพภาคประชาชน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ ตำบลจัดการสุขภาพเป็นต้น

2.1.5.1 ระบบสุขภาพภาคประชาชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นระบบสุขภาวะทุกมิติในลักษณะองค์รวม กล่าวคือ เป็น วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพกายและใจของตนเอง สมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชนและสังคม ตลอดจน การจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบอาหาร ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษาและวิถีชีวิตชุมชน โดยสมาชิก ของสังคมหรือชุมชนนั้น ๆ มีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแลและบริหารจัดการให้เกิดสุขภาวะขั้นพื้นฐานที่ดี ด้วยตนเอง มีภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและ ทรัพยากรที่จำเป็น ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นกระบวนการดำเนินงานที่ไม่ใช่กิจกรรมเดี่ยวๆ ของชุมชน มิใช่ภารกิจของหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกที่จะต้องกำหนดหรือออกแบบกิจกรรมดำเนินงานให้ชุมชน จึงเป็นเรื่องของชุมชนที่จะกำหนดเป้าหมายบริหารจัดการ และวัดผลความสำเร็จด้วยตนเอง โดยหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกทำหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุน หรือสร้างกลไก ปัจจัยที่เกื้อหนุนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนให้เกิดความต่อเนื่อง (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2545)

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 30 พ.ศ. 2520 ขององค์การอนามัยโลก ประเทศภาคีสมาชิกได้มีมติให้ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” หรือ “Health for All” เป็นเป้าหมายหลักทางสังคม และจากผลการประชุมใหญ่ที่เมืองอัลมาอตา (Alma Ata) ประเทศรัสเซียได้มีข้อตกลงระบุให้ “การสาธารณ สุขมูลฐาน (Primary Health Care” เป็นกลวิธีหลักที่จะช่วยให้บรรลุถึงเปาหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และเรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ

สำหรับประเทศไทยได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2520 ซึ่งเป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนรวมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นที่ระดับครอบครัวหรือระดับหมู่บ้าน บุคลากรที่ใช้บริการหรือช่วยเหลือประชาชนคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้นมา หรือผู้นำอยู่ในชุมชนในหมู่บ้านมาอบรมพัฒนาให้มีความสามารถช่วยเหลือชาวบ้านโดยรัฐให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ข้อมูล ข่าวสาร การให้การศึกษาฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และให้มีการพัฒนาสาธารณสุขไปพร้อมกับการพัฒนาชุมชนในด้านอื่น ๆ ตลอดจนทำหน้าที่ประสานและดำเนินงานในกรม กองต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจะนำไปสู่การสุขภาพดีถ้วนหน้า

ระบบสุขภาพภาคประชาชนมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนด้วยการส่งเสริมผลักดันให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพและถือเป็นหน้าที่ของตนเอง มิใช่ผลักภาระให้ กับคนอื่น และพัฒนาองค์กร อาสาสมัคร และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีส่วนร่วมได้พัฒนาขีดความสามารถและทักษะในการจัดการงานบริการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ ของกรม กอง ในกระทรวงหากถึงขั้นตอนนี้ได้จะเป็นระดับของการมอบอำนาจให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ตัดสินใจอย่างแท้จริง ระบบสุขภาพภาคประชาชนมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

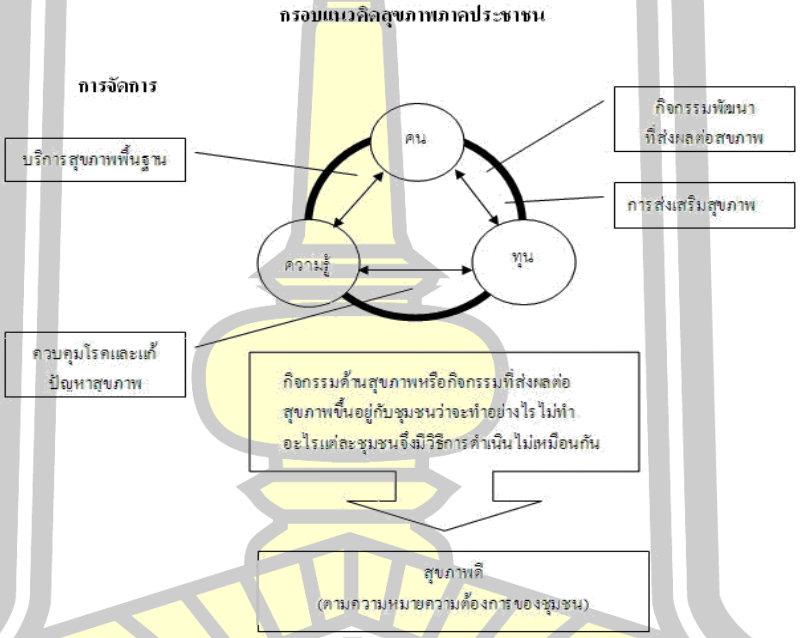
1) คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญ ในการพัฒนาใด ๆ ก็ตามจะต้องมีคนที่อยู่ในชุมชน รวมตัวกันร่วมกันคิด ร่วมกันทำ โดยเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งอาจจะมากหรือน้อยก็ตามที่มีความหลากหลาย ต่างกลุ่ม ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างความคิด ต่างเพศ ต่างวัย แต่มีจิตใจเดียวกันเพื่อส่วนรวมและมีเป้าหมายร่วมกัน แล้ว มีการขยายแนวร่วมออกไปเรื่อย ๆ

2) องค์ความรู้ในการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน จำเป็นต้องมีความรู้ วิธีการ เทคโนโลยี ภูมิปัญญาและประสบการณ์ จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและกระจายความรู้ข้อมูลข่าวสาร ในชุมชน 2

3) ทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยทุนที่เป็นเงินและ ทุนที่ไม่ใช่ตัวเงินหรือทุนทางสังคมและทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งทุนที่เป็นตัวเงินจะมีความหมายในลักษณะการเงิน การคลังด้านสุขภาพและการพัฒนาด้านต่าง ๆ เพื่อจัดบริการให้กับคนในชุมชนอย่างคุ้มค่า คุ้มเวลาที่ทำงาน และประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งแต่ละชุมชนสามารถ

แสวงหาแหล่งทุนได้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน แล้วนำมาบริหารจัดการให้เกิดผลกำไรและนำดอกผลนั้นมาใช้ในการพัฒนาต่อไป

นอกจากองค์ประกอบหลัก 3 ประการแล้ว สิ่งสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การ จัดการให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง กล่าวคือ การประสานให้เกิดความสมดุลเพื่อ การเคลื่อนไหวของปัจจัย คน องค์ความรู้ หรือวิธีการทำงานและทุน เพื่อพัฒนาสุขภาพให้เกิดการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ เพื่อสนองความต้องการของคนในชุมชน ป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ทั้งนี้กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพที่ดำเนินการโดยชุมชนนั้นขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของชุมชนว่าจะดำเนินการใน เรื่องใด อย่างไร สามารถแสดงเป็นแผนภาพแนวคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพภาคประชาชน



ภาพ 2 กรอบแนวคิดสุขภาพภาคประชาชน

หัวใจที่สำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น เป็น ผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพตามความต้องการของประชาชนท้องถิ่นนั้น ๆ องค์กรภายนอกเป็นเพียงผู้สนับสนุน กระตุ้นและสร้างปัจจัยแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานของชุมชนท้องถิ่น จึงเป็นการพัฒนาให้ชุมชน ท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง นำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

กลยุทธ์การขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชน

กลยุทธ์ที่จะขับเคลื่อนสู่ระบบสุขภาพภาคประชาชน จะให้ความสำคัญกับนัยยะของคำว่า “ของ” ประชาชน “โดย” ประชาชน และ “เพื่อ” ประชาชน จากบทเรียนและประสบการณ์ที่ผ่านมาถ้าจะให้ เกิดการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องคำนึงถึง “การได้ลงมือทำโดยประชาชนและการสร้างปัจจัยเอื้อจาก องค์กรภายนอกชุมชน” ซึ่งกลยุทธ์นี้จำเป็นสำหรับทุกองค์กรทุกที่เข้ามาดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่มุ่งเน้นระดมสรรพกำลังและระดมทรัพยากร ดังนั้นจึงเป็นภาพกว้างเพื่อเปิดโอกาสให้มีการวางกลวิธีและ กิจกรรมได้หลากหลาย ภายใต้กลยุทธ์หลัก (กฤษณชัย กิมชัย, 2551) ดังต่อไปนี้

1) สร้างการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจหลักของกระบวนการในภาคประชาชน ที่ต้องเสริมสร้าง ให้เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างแท้จริง ทั้งในส่วนของประชาชนและองค์กรภายนอกชุมชน กลยุทธ์นี้เป็นการมุ่งเน้น การสร้างโอกาสให้ประชาชนองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน องค์กรภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานแบบหุ้นส่วน (Partner participation) โดยการสร้าง แกนนำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน การสร้างเครือข่ายการทำงานแบบ พหุภาคี จัดกระบวนการที่เหมาะสมให้ทุกภาคส่วนเห็นความเชื่อมโยงของปัญหา เข้ามาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำร่วมเรียนรู้ และปรับแนวทางให้เหมาะสมในบริบทต่างๆ

2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ กลยุทธ์นี้มุ่งเน้นในการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้น ทั้งในการแสวงหาองค์ความรู้ การจัด กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา การสร้างความสมดุลระหว่างการเรียนรู้และการปฏิบัติ การเปิดโอกาสให้มีความเสมอภาคในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสร้างเสริมปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนาความรู้และภูมิปัญญา ตลอดจนการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ มีมิติเชิงสังคมและสอดคล้องในวิถีวัฒนธรรมเพื่อให้เกิดจิตสำนึกร่วมในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ตลอดจน การพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาไปสู่วัฒนธรรมสุขภาพของชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้าร่วม ในกระบวนการประชาคมทั้งในระดับสังคมรวมและระดับท้องถิ่น

3) การเคลื่อนไหวทางสังคม การเคลื่อนไหวทางสังคมมีความสำคัญต่อการเกิดความรู้สึกร่วม กระแสสังคมมีพลังต่อ การเปลี่ยนแปลงสูงมากในปัจจุบัน ระบบสุขภาพจะแสดงถึงความเป็นภาคประชาชนได้ชัดเจนก็ควรมีภาวะ หรือกระแสเป็นของสังคม กลยุทธ์นี้มีทิศทางมุ่งไปในเรื่องการรวมพลังสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง ถึงขั้นเกิดกระแสในสังคม หรืออาจนำไปสู่นโยบายสาธารณะในระดับต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การสร้างจิตสำนึกค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพที่

เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมขบวนการเคลื่อนไหวของภาคประชาชน เพื่อประเมิน ตรวจสอบคุณภาพและพิทักษ์สิทธิทางสุขภาพของมวลชน

4) การสื่อสารเพื่อประชาชน สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การสื่อสารเผยแพร่ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ มีบทบาทต่อการรับรู้ทัศนคติและพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยเฉพาะในมิติเชิงสังคม ดังนั้นกลยุทธ์นี้มุ่งเน้นการนำระบบสุขภาพภาคประชาชนทั้งในแง่แนวคิด กระบวนการ ผลงาน และกรณีศึกษาต่าง ๆ สู่การเผยแพร่ สื่อสาร ที่หลากหลายภายใต้การศึกษาเป้าหมายการโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน เหมาะสม รวมทั้งการสร้าง เครือข่ายผู้จัดรายการ ผู้ผลิตสื่อทางสื่อมวลชน และเครือข่ายทีมข่าวสุขภาพของหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ โดยการสื่อสารเหล่านี้ต้องเป็นการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนหันมามีส่วนร่วมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ ของตนเองก่อนไปหาหมอในลักษณะที่ให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในการทำความดีว่า “ไม่ป่วยเป็นการช่วยชาติ” นอกจากนี้ต้องสร้างให้ประชาชนเกิดการรับรู้และยอมรับหรือรู้สึกว่าตนเองมีส่วนได้ส่วนเสีย กับการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายที่รัฐจะนำมาจ่ายชดเชยในบริการ 30 บาทรักษาทุกโรค ล้วนแล้วแต่เป็นเงินภาษี ของราษฎรทั้งสิ้น การเจ็บป่วยแต่ละครั้งเป็นการเบียดบังส่วนที่จะมาสร้างความสุขหรือพัฒนาสุขภาพให้แก่ คนไทย และเป็นการสูญเสียโอกาสการสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว กลยุทธ์การขับเคลื่อนสู่ระบบสุขภาพภาคประชาชนสามารถแสดงเป็นแผนภาพแนวคิดกลยุทธ์ การขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชน การสนับสนุนและความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการของชุมชน

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นการทำงานของประชาชนที่เกิดขึ้นภายใต้ การตัดสินใจและความต้องการของชุมชน ประชาชนและชุมชนสามารถคิดเอง ทำเองได้ มีอิสระในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนร่วมกัน เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขที่เป็นไปได้ด้วยวิธีที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน และจัดทำแผนชุมชน โดยใช้กระบวนการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย มีนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัดและกลยุทธ์ที่ประชาชนเป็นผู้กำหนดภายใต้ความต้องการของชุมชนตามสภาพแวดล้อมที่เป็นบริบท เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมท้องถิ่น และครอบครัว ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ใช้การ ทำงานเป็นเครือข่ายร่วมระหว่างองค์กรภายในและภายนอกชุมชนในการขับเคลื่อนกระบวนการ หัวใจที่สำคัญของระบบสุขภาพภาค ประชาชน คือ การที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น เป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพตามความต้องการ ของประชาชนท้องถิ่นนั้น ๆ องค์กรภายนอกเป็นเพียงผู้สนับสนุน กระตุ้นและสร้างปัจจัยแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานของชุมชนท้องถิ่น จึงจะเป็นการพัฒนาให้ชุมชนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

2.3.5.2 สมัชชาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพเป็นเทคนิคที่นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่า เป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม สมัชชาสุขภาพจึงเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่เปิดพื้นที่สาธารณะรูปแบบใหม่ให้กับทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรประชาสังคม องค์กรเอกชน นักวิชาการและ วิชาชีพ ร่วมทั้งฝ่ายการเมืองและราชการทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ได้เข้ามาร่วมกันทางเชิงนโยบาย ที่เรียกว่าการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามวิถีทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับประชาธิปไตยแบบตัวแทน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2550)

อำพล จินดาวัฒนะ (2554) กล่าวว่า “สมัชชาสุขภาพ”เป็นเครื่องมือใหม่ในสังคมไทยในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ทดลองและพัฒนาต่อเนื่องมา 1 ทศวรรษ ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2543 ที่ยึดแนวคิดสำคัญคือ “การสร้างสุขภาพดีนำการซ่อมสุขภาพเสีย”หรือ “สร้างนำซ่อม” โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนานโยบายสาธารณะทั้งปวงซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อสุภาพทั้งสิ้นสรุปประเด็นได้ว่า “สมัชชาสุขภาพ” คือ เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ เน้นการมีส่วนร่วม ถือเป็นแนวทางใหม่ของการพัฒนานโยบายสาธารณะตามระบอบประชาธิปไตยเน้นแบบแผนและพัฒนาร่วมกันทั้งภาครัฐและประชาชนแบบแผนของแนวคิดของสมัชชาสุขภาพและการนำไปปฏิบัติ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2554)

หลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพถูกออกแบบให้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยมีหลักการสำคัญดังนี้ (สุรศักดิ์ บุญเทียนและ ศิริธร อรไชย, 2553)

1) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

2) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างภาควิชาการ ภาคชุมชน สังคมและภาคการเมือง

3) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโนบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งหมายถึงการที่คนในชุมชนท้องถิ่น หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการจัดทำและตัดสินใจในการดำเนินนโยบายหรือโครงการใดๆ ที่มีผลต่อการมีสุขภาวะของชุมชนเป็นนโยบายสาธารณะที่ตรงกับความต้องการของชุมชนท้องถิ่น

หลักการดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพ

การจัดสมัชชาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560 ตามมาตรา 40 มีหลักสำคัญ ดังต่อไปนี้

1) เน้นการมีส่วนร่วม ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคม ในระดับที่เหมาะสม (ในมิติของเนื้อหา กระบวนการ และการจัดการ) อย่างมีศักดิ์ศรี ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ได้แก่ ฝ่ายการเคลื่อนไหวสังคม (Social movement) (ภาคประชาคม ภาคประชาชน ชุมชนและสังคม) ฝ่ายสร้างองค์ความรู้ (ภาควิชาการและวิชาชีพ) ฝ่ายการเมืองและราชการ (ภาคการเมือง ภาคราชการทั้งส่วนกลาง และท้องถิ่น)

2) ยืดหยุ่น เปิดกว้างและหลากหลาย ให้ความสำคัญกับกระบวนการ ขั้นตอน วิธีการต่าง ๆ ที่ยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม และเปิดกว้างให้กับทุกภาคส่วนได้เข้าถึงสมัชชาสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ที่หลากหลายตามสภาพบริบทของแต่ละพื้นที่ หรือตามพลวัตของสังคม

3) เรียนรู้แลกเปลี่ยนอย่างบูรณาการ ให้ความสำคัญกับการใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้าง “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน” ของคนในสังคมโดยร่วมกันคิดร่วมกันปฏิบัติ และเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน (Interactive learning through action) จนทุกฝ่ายร่วมกันเป็นเจ้าของหรือเป็นเจ้าภาพร่วมกันแบบพหุภาคี

4) ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ให้ความสำคัญกับการทำงานแบบมีขั้นตอน มีกรอบกติกา มีข้อตกลงร่วมกันอย่างเป็นระบบ เป็นระเบียบที่ชัดเจน แต่มีความยืดหยุ่นภายใน ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับกับบริบทของแต่ละพื้นที่เป็นสำคัญด้วย (เป็นระบบแต่ยืดหยุ่นอย่างเป็นพลวัต)

สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์

1) กลไกการจัดต้องเป็นแบบพหุภาคี คือ ๓ ภาคส่วน ในการจัดสมัชชาชุมชนสุขภาพเป็นการดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการจึงจำเป็นต้องมีกลไกหรือคณะกรรมการ/คณะทำงานที่มาจาก ๓ ภาคส่วน ทั้งภาควิชาชีพ/วิชาการ ภาคการเมือง/ราชการ และภาคประชาคม มาร่วมกันทำงานแบบภาคีหุ้นส่วน

2) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ การจดสมัชชาสุขภาพไม่ใช่จัดแค่กิจกรรม จำเป็นต้องมีกระบวนการเตรียมการในขั้นตอนต่าง ๆ อย่างเป็นระบบตั้งแต่การเตรียมประเด็น การทำงานวิชาการ ตลอดจนการติดตามผลักดันมติ/ข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆ

3) มีการทำงานบนฐานความรู้ (ใช้ปัญญา) ผสมผสานเข้ากับฐานด้านจิตใจ (ด้วยความรัก สมัครสมาน) คือมีความสมานฉันท์เป็นที่ตั้ง ไม่รังเกียจเดียดฉันท์กันแบบแบ่งค่าย เพราะฉะนั้นสมัชชาสุขภาพเราไม่มีการแบ่งพรรคแบ่งพวกต้องมีวิธีการในการสร้างความสมานฉันท์กันได้ อาจจะต้องจัดเวทีเล็ก หาประเด็นของแต่ละฝ่ายก่อน แล้วหาประเด็นร่วม แล้วค่อยล้อมวงเข้ามา

เพราะฉะนั้นสมัชชาสุขภาพต้องประณีตมาก ซึ่งนโยบายไม่ใช่การยกเลิกอย่างสิ้นเชิง แต่ต้องมีการปรับให้ได้ประโยชน์ด้วยกันทุกฝ่าย ดังนั้นกระบวนการจะทำโดยการใช้ความรัก ใช้ปัญญา ใช้ความรู้ ใช้ความสมานฉันท์

4) ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ สมัชชาสุขภาพเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เวทีแบบนี้เท่ากันทุกคน ทุกคนมีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความคิด

5) มีประเด็นชัดเจน ตรงนี้สำคัญ ประเด็นชัดไม่จำเป็นต้องเป็นประเด็นใหญ่ เริ่มจากประเด็นเล็กใกล้ตัว มีกระบวนการหาประเด็นร่วมกัน แล้วมีการพัฒนาประเด็นไปทำ ซึ่งการทำประเด็นใหญ่ ๆ ยาก ๆ มันอาจทำไม่สำเร็จ จัดสมัชชาสุขภาพเสร็จแล้วได้อะไรออกมาเขียนแล้วมันไม่สำเร็จ แต่ถ้าการทำประเด็นเล็ก ๆ แล้วสำเร็จจะมาค่ามากกว่า

6) มีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในหลายช่องทาง ผลสำเร็จของการจัดสมัชชาสุขภาพไม่ได้จบลงที่มติ/ข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกฝ่าย

กระบวนการดำเนินงานของสมัชชา

สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือที่นำไปก่อเกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ส่วนประกอบทั้งภาครัฐและภาคประชาชน โดยรัฐจะนำนโยบายและแนวคิดของภาครัฐมาออกแบบร่วมกับความต้องการและเจตนารมณ์ของประชาชน เพื่อก่อให้เกิดพลังภาครัฐพลังประชาชนและพลังปัญญา เพื่อนำไปสู่การสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมโดยแบ่งประเภทของสมัชชาสุขภาพได้ดังนี้ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2554)

1) สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งจะใช้อาณาบริเวณในการกำหนดเป็นขอบเขตในการดำเนินการ ซึ่งการสร้างสมัชชาสุขภาพแต่ละครั้งจะมีการพัฒนามากขึ้น โดยหลักการสนับสนุนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ต้องอาศัยยุทธศาสตร์และยุทธวิธีที่เหมาะสมยิ่งขึ้นไปอีก หรืออาจจะอ้างอิงงานวิจัยในพื้นที่มาใช้

2) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ซึ่งจะใช้ประเด็นเป็นตัวตั้งในการดำเนินการซึ่งเป็นสมัชชาสุขภาพที่ต้องมีความชัดเจน มี พ.ร.บ. มีการสนับสนุนให้ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญหลายเรื่อง และเมื่อได้ฉันทามติต่อข้อเสนอแล้วก็มีการผลักดันไปจนเกิดผลสำเร็จในระดับการสร้างกลไกทำงานต่อเนื่องในเรื่องนั้นๆ ซึ่งก็นับว่าเป็นความก้าวหน้าส่วนหนึ่งที่สามารถนำไปปรับใช้กับการเคลื่อนงานอื่น ๆ ได้กระบวนการดำเนินงานของสมัชชาตามหลักแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

กระบวนการดำเนินงานของสมัชชาตามหลักแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือการใช้แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาซึ่งเป็นแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นรูปธรรมที่จำเป็นต้องอาศัยพลังจาก 3 องค์ประกอบหลัก ในรูปสามเหลี่ยม ดังภาพ

การสร้างองค์ความรู้หรือการทำงานวิชาการ



การเคลื่อนไหวทางสังคม การเชื่อมโยงกับการเมือง

ภาพ 3 องค์ประกอบความร่วมมือตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเป็นแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นรูปธรรมที่ต้องอาศัยพลังจาก 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ (ประเวศ วะสี, 2546)

1) พลังทางการเมือง เป็นพลังในระบบประชาธิปไตยที่มีตัวแทนของประชาชนเข้ามาทำหน้าที่นิติบญญัติและบริหารกลไกของรัฐ มีข้าราชการเป็นผู้บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบายจึงเป็นพลังที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบาย งบประมาณ กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนในสภาพการกระจายอำนาจทางการเมืองในปัจจุบัน กลไกการเมืองท้องถิ่นกำลังพัฒนาองค์กรขึ้นมาเป็นพลังทางการเมืองแยกย่อย รับภาระอันเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในแต่ละท้องถิ่น

2) พลังประชาชน เป็นพลังพลเมืองที่เริ่มมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนรวมในการริเริ่มผลักดันให้เกิดปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติอย่างกว้างขวาง การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กลายเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเพิ่มและขยายศักยภาพของประชาสังคมให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น กลุ่มประชาสังคมนี้ประกอบไปด้วยกลุ่มสนใจ กลุ่มผลประโยชน์ และองค์กรวิชาชีพ ตลอดจนกลุ่มประชาชนที่รวมตัวกันเพื่อประโยชน์ของสาธารณะ ต่างก็พัฒนาประสบการณ์และขยายเครือข่าย เชื่อมโยงเป็นแนวร่วมในประเด็นปัญหาร่วมกันได้ดีขึ้น พลังประชาสังคมจึงสามารถสะท้อนปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจนและเข้มแข็งขึ้นเรื่อย ๆ

3) พลังวิชาการ เป็นพลังสำคัญอันหนึ่งจะช่วยประสานความเข้าใจระหว่างกลุ่มพลังการเมืองและพลังประชาสังคมให้สามารถสร้างเจตนารมณ์ร่วมที่ชัดเจน ช่วยให้เกิดการรวบรวม

ประสบการณ์และความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมาใช้ประกอบในการตัดสินใจ การผนึกกำลังของกลุ่มวิชาการจากหลาย ๆ สาขาที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ เพื่อการย่อยข้อมูลและนำเสนอต่อสาธารณะชนให้เข้าใจและเรียนรู้ได้อย่างแจ่มแจ้ง รวมทั้งสังเคราะห์ความรู้ร่วมกับกลุ่มการเมืองและกลุ่มประชาสังคมให้เกิดเป็นปัญญาของสังคมไทยนับได้ว่าเป็นพลังที่สำคัญยิ่งการประสานความร่วมมือทั้งสามพลังในกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

ตามที่กล่าวมาเป็นหลักการสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วม เป็นการทำงานเชื่อมโยงกันของทั้ง 3 ฝ่าย คือทั้งฝ่ายการเมืองรัฐบาล/ราชการ ฝ่ายวิชาชีพ/วิชาการ และฝ่ายประชาชน /ประชาสังคม เป็นการเปิดช่องทางการสร้างนโยบายสาธารณะแบบเปิดที่เชื่อมโยงกันเพื่อผลักดันให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง

2.1.5.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) (District Health Board: DHB)

มีเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ดำเนินงานเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อำเภอ เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิตใจ และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่, 2561) ระบุว่า ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด เว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา ให้ พชอ. ประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวน ไม่เกินยี่สิบคนซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

1) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

2) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่นเป็นกรรมการ

3) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ เป็นกรรมการ ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม

2.1.5.4 ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Healh System : DHS)

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Healh System : DHS) คือระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมในประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน

ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง การทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนที่มีลักษณะซับซ้อน มีความสัมพันธ์สามารถประสานและเชื่อมโยงเข้ากันได้โดยมีเป้าหมายเดียวกัน

ทุกภาคส่วน หมายถึง องค์กรภาคีในพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม เป็นต้น

การบูรณาการทรัพยากร หมายถึง การจัดการและใชประโยชน์จากทรัพยากรด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูล สารสนเทศและเทคโนโลยีร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ ในพื้นที่ตามสภาพปัญหา

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว



ภาพ 4 กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

จะเห็นได้ว่าแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากร ภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนเพิ่มตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน ผ่านโครงการ ODOP (One District One Project) คือ ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ที่เป็นปัญหาร่วมและมีการแก้ไขปัญหาร่วมกันของทุกภาคส่วน ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ซึ่งสามารถทำได้ทั้งระดับอำเภอและระดับตำบล

2.1.5.5 ตำบลจัดการสุขภาพ

ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ เป็นการพัฒนาตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชนท้องถิ่นและทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ให้ร่วมกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคตและดำเนินกิจกรรมพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการ

ทางสังคม รวมทั้งสามารถคิดค้นและสร้างนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน มีการส่งเสริมให้เกิดการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้เพื่อการพึ่งตนเองในการรักษาสิ่งแวดล้อม การลดปัจจัยเสี่ยงจากอุบัติเหตุ และการดูแลป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนทุกกลุ่มวัยและโดยเฉพาะผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) กระบวนการพัฒนาด้านสุขภาพชุมชน ระดับชุมชน ท้องถิ่น

2) เน้นการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ทุกระดับ (อปท. สาธารณสุข ภาคประชาชน และภาคีอื่นๆ)

3) เน้นการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน และแสวงหาต้นทุนทางสังคมทุกด้านที่มีอยู่มาสร้างการมีส่วนร่วม

4) มีการวางยุทธศาสตร์ กลวิธี กิจกรรม โครงการ มาตรการชุมชนอย่างมีเหตุผลเป็นระบบ

5) ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมด้วยความตั้งใจ เต็มใจ

สรุปได้ว่าแนวคิดตำบลจัดการสุขภาพเป็นแนวคิดการจัดการสุขภาพแบบบูรณาการให้ความสำคัญกับบทบาทภาคประชาชนและทุกภาคส่วนในท้องถิ่นโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพตามบริบทพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน

2.2 โรคไข้เลือดออก

2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

2.2.1.1 สาเหตุการติดต่อและปัจจัยเสี่ยง

โรคไข้เลือดออกที่พบในประเทศไทยและประเทศใกล้เคียงในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ เกิดจากไวรัสเดงกี จึงเรียกชื่อว่า Dengue Fever (DF) หรือ Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) ในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ โดยจะพบ ผู้ป่วยได้ทุกจังหวัดและทุกภาคของประเทศ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีพบได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ปัจจุบันส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 10-25 ปี ปีที่ผ่านมามีรายงานในผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปีเพิ่มมากขึ้น มากเป็นร้อยละ 54 โดยพบผู้ป่วยไข้เลือดออกอายุสูงสุด คือ 92 ปี และต่ำสุดอายุ 9 ชั่วโมง จึงต้องให้ความสำคัญและเน้นกับอายุรแพทย์และแพทย์ทั่วไปให้นึกถึงโรคไข้เลือดออกในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ด้วย เนื่องจากมีรายงานการเสียชีวิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่มากขึ้น (ศิริเพ็ญ กัลป์ยาณรุจ และคณะ, 2556)

DF/DHF เป็นโรคติดเชื้อที่มียุงลายเป็นพาหะซึ่งมีอยู่ 2 ชนิดคือ *Aedes aegypti* (ยุงลายบ้าน) และ *Aedes albopictus* (ยุงลายสวน) ยุงลายทั้งเพศผู้และเพศเมียกินน้ำหวานเพื่อเป็นอาหาร ยุงลายเพศผู้จะไม่กินเลือดคน ยุงลายเพศเมียกินเลือดคนเพื่อใช้เป็นพลังงาน ในการวางไข่และเมื่อยุงกินเลือดคนที่มีเชื้อไวรัสไข้เลือดออกเชื้อไวรัสก็จะเพิ่มจำนวนในเซลล์ของยุงและ บางส่วนไปอยู่ที่ต่อมน้ำลาย เมื่อยุงกินเลือดอีกคนหนึ่งก็สามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสต่อไป เนื่องจากยุงลายเพศผู้ไม่กินเลือดคนดังนั้นจึงไม่น่าที่จะติดเชื้อไวรัสได้ แต่จากผลงานวิจัยของ Chung Youne Kow และคณะ ทำวิจัยโดย เก็บตัวอย่างยุงลายเพศผู้ชนิด *Ae. aegypti* จำนวน 600 ตัว และชนิด *Ae.albopictus*จำนวน 837 ตัวจากพื้นที่ต่างๆ ของประเทศสิงคโปร์ตรวจหาเชื้อไวรัสไข้เลือดออกโดยวิธี Type-Specific PCR พบว่ายุงลายเพศผู้ชนิด *Ae. aegypti* ติดเชื้อไวรัสเดงกี จำนวน 8 ตัว (1.33 %) และยุงลายเพศผู้ชนิด *Ae. albopictus* ติดเชื้อไวรัสเดงกี จำนวน 18 ตัว (2.15%) งานวิจัยนี้ไม่ได้ตรวจหาเชื้อไวรัส Chikungunya (กรมควบคุมโรค, 2558)

เชื้อสาเหตุ : ไวรัสเดงกี เชื้อไวรัสเดงกีเป็น single stranded RNA virus จัดอยู่ใน Family Flaviviridae มี 4 serotypes, (DENV 1, DENV 2, DENV 3, DENV 4) ทั้ง 4 serotypes มี antigen ร่วมบางชนิดจึงทำให้มี Cross reaction และมี Cross protection ได้ในระยะสั้นๆ กล่าวคือ เมื่อมีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชนิดนั้นอย่างถาวรตลอดชีวิต (Permanent immunity)แต่จะมีภูมิคุ้มกัน ต่อไวรัสเดงกีอีก 3 ชนิดในช่วงระยะสั้นๆ (Partial immunity) ประมาณ 6-12 เดือน (หรืออาจสั้นกว่านี้) หลังจากนี้จะมีการติดเชื้อ ไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆ ที่ต่างจากครั้งแรกได้เป็นการติดเชื้อซ้ำ (Secondary dengue infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรค ไข้เลือดออกเดงกีดังนั้นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีชุกชุมอาจมีการติดเชื้อได้4ครั้งตามทฤษฎีไวรัสทั้ง 4 serotypes สามารถทำให้เกิด DF หรือ DHF ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการ ที่สำคัญคืออายุและภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการระบาดและมีการขยายพื้นที่เกิดโรคออกไปอย่างกว้างขวางได้แก่การเพิ่มขึ้นของจำนวน ประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือมีชุมชนเมืองเพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนไหวของประชากรและมียุงลายมากขึ้นตามการเพิ่มของภาชนะขังน้ำ ที่คนทำขึ้น การคมนาคมที่สะดวกขึ้นทั้งทางถนนและทางอากาศ ทำให้มีการเดินทางมากขึ้นทั้งภายในและระหว่างประเทศ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเดงกี เป็นไปได้อย่างรวดเร็วการเปลี่ยนแปลงในชนิดของเชื้อไวรัสเดงกีซึ่งมีอยู่ในแต่ละพื้นที่ก็มีความ สำคัญต่อการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคแบบ DHF ที่สำคัญคือ การที่พื้นที่มีเชื้อไวรัสเดงกีชุกชุม มีมากกว่าหนึ่งชนิดในเวลาเดียวกัน (Hyperendemicity with multipleserotypes) หรือมีการระบาดทีละชนิดตามกันในเวลาที่เหมาะสม (Sequential infection) เด็กมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ใหญ่ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่เคยติดเชื้อมาแล้วครั้งหนึ่งและเป็นเด็กที่มีภาวะโภชนาการดี

การแพร่กระจายของไวรัสแดงกี แพร่จากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่งได้โดยมียุงลายเป็นพาหะของโรคที่สำคัญ ถึงแม้จะมียุงลายหลายชนิดที่สามารถแพร่ เชื้อได้แต่ที่มีความสำคัญทางด้านระบาดวิทยาของโรค DF/DHF คือ *Aedes aegypti* ซึ่งเป็นยุงที่อยู่ใกล้ชิดคนมาก (Highly anthropophilic) โดยยุงลายตัวเมีย จะดูดเลือดคนที่มีเชื้อไวรัสเดงกีอยู่ในกระแสเลือด (ในช่วงที่มีไข้สูง) เข้าไป เชื้อไวรัสจะเพิ่มจำนวนในตัวยุง (External incubation period ประมาณ 8-10 วัน) โดยไวรัสเดงกีจะเข้าไปสู่กระเพาะและเข้าไปเพิ่มจำนวนในเซลล์ผนังของกระเพาะ หลังจากนั้นจะเข้าสู่ต่อมน้ำลายเตรียมพร้อมที่จะปล่อยเชื้อไวรัสเดงกีให้กับคนที่ถูกกัดครั้งต่อไปได้ตลอด อายุของยุงตัวเมียซึ่งอยู่ได้นาน 30-45 วัน คนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันนับว่าเป็น Amplifying host ที่สำคัญของไวรัสเดงกี การแพร่เชื้อจะต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ถ้ามียุงและคน ที่มีเชื้อไวรัสเดงกีอยู่ในชุมชนที่มีคนอยู่หนาแน่น ยุงลายมีขนาดค่อนข้างเล็ก สีขาวสลับดำ พบอยู่ทั่วไปในเขตร้อน แหล่งเพาะพันธุ์คือภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้นและมีน้ำขังไว้เกิน 7 วัน โดยเป็นน้ำที่ใสและนิ่ง ยุงลายตัวเมียหลังดูดเลือดคนแล้วจะวางไข่ตามผิวในของภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย อาศัยความชื้น จากน้ำที่ขังอยู่และความมืด ไข่จะฟักตัวเป็นลูกน้ำภายใน 2 วัน จากลูกน้ำ (larvae) เป็นตัวโม่ง (Pupae) 6-8 วัน จากตัวโม่ง (Pupa) กินเวลา 1-2 วัน ก็จะเป็นยุงตัวเต็มวัยที่พร้อมจะออกไปหาอาหารและผสมพันธุ์ โดยทั่วไปยุงลายจะออกหากินกัดคนในเวลากลางวัน ส่วนใหญ่จะพบอยู่ภายในบ้านและรอบๆ บ้าน มีระยะไม่เกิน 50 เมตร จะพบยุงลายชุกชุมมากในฤดูฝน ไข่ยุงลายที่ติดอยู่กับขอบผิว ในภาชนะมีความทนต่อความแห้งแล้งเป็นเวลานานถึง1 ปีเมื่อเข้าฤดูฝนมีความชื้นและอุณหภูมิที่เหมาะสมก็จะฟักตัวเป็นยุงได้ในระยะ เวลา 9-12 วัน ยุงลายเพศผู้ติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกได้หลายสาเหตุ ยุงลายวางไข่ได้ครั้งละหลายๆ ฟอง ซึ่งมีโอกาสจะเจริญเป็นยุงทั้งเพศผู้ และเพศเมีย เมื่อยุงที่วางไข่มีเชื้อไวรัสไข้เลือดออกก็สามารถถ่ายทอดผ่านทางไข่ยุงสู่รุ่นต่อไปได้ (Transovarial transmission) หลังจากยุงเจริญเป็นตัวเต็มวัย ขณะที่มีการผสมพันธุ์ก็มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกให้กับอีกฝ่ายหนึ่งได้เช่นเดียวกัน Transovarial Transmissionเป็นการถ่ายทอดเชื้อโรคสู่แมลงรุ่นลูกได้โดยผ่านทางไข่ เช่น โรค Scrub Typhus และเชื้อไวรัส Dengue แต่สำหรับการถ่ายทอดเชื้อสู่ไข่ยุงรุ่นต่อไปของเชื้อไวรัส Dengue ต่ำกว่า 1% และเกิดได้ในช่วงสั้นๆ

2.2.1.2 อาการของโรคไข้เลือดออก

ไวรัสเดงกีมี 4 Serotypes คือ DEN 1, DEN 2, DEN 3 และ DEN 4 มียุงลายเป็นพาหะ ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อจะไม่มีอาการและเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีแต่ในปัจจุบันมีรายงานผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปีถึงร้อยละ 54 ดังนั้นจึงควรนึกถึงโรคไข้เลือดออก ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุมากขึ้นและในผู้ใหญ่ด้วย ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีมีอาการได้ 4 แบบ (ศิริเพ็ญ กัลป์ยาณรุจ และคณะ, 2556) คือ

1) Undifferentiated fever (UF) หรือกลุ่มอาการไวรัส

2) ไข้เดงกี (Dengue fever–DF)

3) ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Hemorrhagic fever–DHF)

4) ไข้เดงกีที่มีอาการแปลกออกไป (Expanded Dengue Syndrome or Unusual Dengue-EDS) การรายงานผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเดงกีให้รายงานเป็น 4 แบบ คือ

1) ไข้เดงกีหรือ Dengue fever หรือ DF

2) ไข้เลือดออกเดงกีหรือ Dengue hemorrhagic fever หรือ DHF

3) ไข้เลือดออกเดงกีที่ช็อก หรือ Dengue shock syndrome หรือ DSS

4) ไข้เลือดออกที่มีอาการแปลกออกไป หรือ Expanded Dengue Syndrome-EDS ** (รายงานสำหรับแพทย์) ในปี 2556 กระทรวงสาธารณสุข ได้จำแนกกลุ่มอาการโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี ตามลักษณะอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้

1) Undifferentiatefever (UF) หรือกลุ่มอาการไวรัส (Viral syndrome) มักพบในทารกหรือเด็กเล็กจะปรากฏเพียงอาการไข้ 2-3 วัน บางครั้งอาจมีผื่นแบบ Maculopapular rash มีอาการคล้ายคลึงกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถวินิจฉัยได้จาก อาการทางคลินิก

2) ไข้เดงกี (DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่อาจมีอาการไม่รุนแรง คือมีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจ เกิดอาการแบบ Classical DF คือ มีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก (Break bone fever) และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง ตรวจพบ Tourniquet test positive ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางราย อาจมีเกล็ดเลือดต่ำ ได้ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน โดยทั่วไปแล้วไม่สามารถวินิจฉัยจากอาการทางคลินิก ได้แน่นอน ต้องอาศัยการตรวจทางน้ำเหลือง/แยกเชื้อไวรัส

3) ไข้เลือดออกเดงกี (DHF) มีอาการทางคลินิกเป็นรูปแบบที่ค่อนข้างชัดเจน คือ มีไข้สูงลอยร่วมกับอาการเลือดออก ตับโต และ มีภาวะช็อกในรายที่รุนแรง ในระยะมีไข้จะมีอาการต่างๆ คล้าย DF แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือ มีเกล็ดเลือดต่ำและมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเกิดขึ้นที่เรียกว่า Dengue shock syndrome (DSS) การรั่วของ พลาสมาซึ่งเป็นเอกลักษณ์ที่สำคัญของโรคไข้เลือดออกเดงกีสามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับระดับฮีมาโตคริต (Hct) สูงขึ้น มีน้ำในเยื่อหุ้มช่องปอดและช่องท้อง

4) ไข้เดงกีที่มีอาการแปลกออกไป (EDS) ที่พบส่วนใหญ่คือผู้ป่วยจะมีอาการทางสมอง มีตับวาย ไตวาย ผู้ป่วยที่มีอาการ ทางสมองส่วนใหญ่เกิดจากภาวะช็อกนานและมีตับวายร่วมด้วย (Hepatic encephalopathy) ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งพบว่ามีการติดเชื้อ 2 อย่างร่วมกัน หรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเดิมอยู่แล้ว

คำนิยาม ไข้เดงกี (Dengue fever–DF)

เนื่องจากอาการและอาการแสดงของไข้เดงกีมีความแตกต่างกันได้มากดังนั้นการวินิจฉัยให้ถูกต้องโดยการใช้อาการทางคลินิก หรือการให้คำนิยามตามอาการของโรคจึงเป็นเรื่องยากต้องอาศัยการตรวจแยกเชื้อไวรัส และ/หรือ การตรวจหาแอนติบอดี้เป็นสำคัญ ดังนั้น เพื่อความสะดวกในการรายงานโรค WHO SEARO 2011 ได้เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยไว้ดังนี้

1) ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไข้เกิดขึ้นอย่างกะทันหันร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้

- ปวดศีรษะ
- ปวดกระบอกตา
- ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- ปวดข้อ/ปวดกระดูก
- ผื่น
- อาการเลือดออก (ที่พบบ่อย คือ Positive tourniquet test, มีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง Petechiae, เลือดกำเดา)
- ตรวจ CBC พบมีเม็ดเลือดขาวต่ำ ≤5,000 เซลล์/ลบ.มม.
- มีเกล็ดเลือด ≥150,000 เซลล์/ลบ.มม.
- มีHct เพิ่มขึ้น 5-10% และมีantibody สูง ≥1,280 หรือ positive IgM/IgG ELISA test ใน convalescent serum หรือ พบในพื้นที่และเวลาเดียว กับผู้ป่วยที่มีการตรวจยืนยันการติดเชื้อเดงกี

2) ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) คือผู้ป่วยที่มีผลการตรวจแยกเชื้อไวรัสเดงกี แอนติเจน และ/หรือการตรวจหาแอนติบอดี ยืนยันการติดเชื้อเดงกี

การวินิจฉัยไข้เลือดออกเดงกี โดยอาศัยอาการแสดงทางคลินิก และการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระวิทยาที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงในระดับเกล็ดเลือดและการรั่วของพลาสมา มีความแม่นยำสูงและช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤต/ช็อก อาการทางคลินิก

1) ไข้เกิดแบบเฉียบพลันและสูงลอย 2–7 วัน

2) อาการเลือดออก อย่างน้อย Positive tourniquet test/ จุดเลือดออกร่วมกับอาการเลือดออกอื่นๆ

3) ตับโต มักกดเจ็บ

4) มีการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนโลหิต หรือมีภาวะ ช็อก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1) เกล็ดเลือด ≤100,000 เซลล์/ลบ.มม.*

2) เลือดข้นขึ้น ดูจากมีการเพิ่มขึ้นของ Hct เท่ากับหรือมากกว่า 20% เมื่อเทียบกับ Hct เดิม (Hemoconcentration) หรือ มีหลักฐานการรั่วของพลาสมา

*ระดับเกล็ดเลือดอาจประมาณได้จากการนับในแผ่นสไลด์ที่ตรวจนับแยกชนิดเม็ดเลือดขาว ให้นับจำนวนเกล็ดเลือดใน 10 oil field ถ้าค่าเฉลี่ย < 3 per oil field ให้ถือว่าเกล็ดเลือด < 100,000 เซลล์/ลบ.มม

คำนิยาม : ไข้เลือดออกเดงกี (DHF) ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิกข้อ 1 และ 2 ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ทางห้องปฏิบัติการทั้ง 2 ข้อ คือ

1) ไข้เกิดแบบเฉียบพลันและสูงลอย 2–7 วัน

2) อาการเลือดออก อย่างน้อยมีpositive tourniquet test ร่วมกับอาการเลือดออกอื่นๆ

3) เกล็ดเลือด (≤ 100,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือ platelet smear ≤ 3/oil field)

4) เลือดข้นขึ้น ดูจากมีการเพิ่มขึ้นของ Hct เท่ากับหรือมากกว่า 20% เมื่อเทียบกับ Hct เดิม หรือมีหลักฐานการรั่วของ พลาสมา เช่น มีpleural effusion และ ascites หรือมีระดับโปรตีน/อัลบูมินในเลือดต่ำ (albumin ≤ 3.5 กรัมเปอร์เซ็นต์)

ปัจจุบัน WHO SEARO 2011 ได้ปรับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยไข้เลือดออกให้ง่ายและสะดวกขึ้น โดยอนุโลมให้วินิจฉัยไข้เลือด ออกได้ในผู้ป่วยที่มีไข้และมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา โดยที่อาจจะไม่ต้องมีอาการเลือดออก/Tourniquet test positive หรือ เกล็ดเลือด ≤ 100,000 เซลล์/ลบ.มม. ทั้งนี้เนื่องจากในหลายประเทศและหลายสถานที่ไม่ได้มีการทำ Tourniquet test และไม่ได้มีการตรวจติดตามเกล็ดเลือดบ่อยครั้ง การวินิจฉัยไข้เลือดออกตามเกณฑ์4 ข้อข้างต้นพบว่าถูกต้องร้อยละ 96

คำนิยาม : ไข้เลือดออกเดงกีที่ช็อก (Dengue shock syndrome-DSS) ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีดังกล่าวข้างต้นที่มีอาการช็อก คือ มีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการดังต่อไปนี้

- มีชีพจรเบาเร็ว
- มีการเปลี่ยนแปลงในระดับความดันเลือด โดยตรวจพบ pulse pressure แคบ ≤ 20 มม.ปรอท (โดยไม่มีhypotension) หรือมีpostural hypotension ในเด็กโตหรือผู้ใหญ่
- Poor capillary refill > 2 วินาที
- มือ / เท้าเย็นชื้น กระสับกระส่าย

การดำเนินโรคของไข้เลือดออกเดงกี แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ระยะวิกฤต/ช็อก และระยะฟื้นตัว

1) ระยะไข้ (Febrile phase) ทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่ง บางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 18 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (Flushed face) อาจตรวจพบคอแดง (Injected pharynx) ได้แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากหัด ในระยะแรกและโรคระบบทางเดินหายใจได้เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ในระยะไข้อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่ง ในระยะแรกจะปวดโดยทั่วๆ ไป และอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโต ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2–7 วัน ประมาณร้อยละ 70 จะมีไข้ 4-5 วัน ร้อยละ 2 จะมีไข้ 2 วันโดยมีอาการช็อกเร็วที่สุดคือ วันที่ 3 ของโรค ร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้อาจเป็นแบบ Biphasic อาจพบมีผื่นแบบ Erythema หรือ Maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น Rubella ได้ อาการเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดคือที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าหลอดเลือดเปราะ แตกง่าย การทำ Tourniquet test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2–3 วันแรกของโรคร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือด ออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งมักจะเป็นสีดำ (Melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกที่เป็นอยู่นาน ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3–4 นับแต่เริ่มป่วย ในระยะที่ยังมีไข้อยู่ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

2) ระยะวิกฤต/ช็อก (Critical phase หรือ Leakage phase) เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมาซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีโดยระยะรั่วจะประมาณ 24–48ชั่วโมง ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีจะมีอาการรุนแรง มีสภาวการณ์ไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น

3) ระยะฟื้นตัว (Recovery or convalescent phase) ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็วในผู้ป่วยที่ไม่ช็อกเมื่อไข้ลดส่วนใหญ่ก็จะดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยช็อกถึงแม้จะมีความรุนแรงแบบ Profound shock ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะirreversibleจะฟื้นตัวอย่างรวดเร็วเมื่อการรั่วของพลาสมาหยุด Hct จะลงมาคงที่และชีพจรจะช้าลงและแรงขึ้น ความดันโลหิตปกติมี Pulse pressure กว้าง จำนวนปัสสาวะจะเพิ่มมากขึ้น (Diuresis) ผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหาร ระยะฟื้นตัวนี้จะใช้เวลาประมาณ 2–3วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน ถึงแม้จะยังตรวจ พบน้ำในช่องปอด/ช่องท้อง ในระยะนี้อาจตรวจพบชีพจรช้า (Bradycardia) อาจมี Confluent petechial rash ที่มีลักษณะเฉพาะคือ มีวงกลมเล็กๆสีขาวของผิวหนังปกติท่ามกลางผื่น

สีแดงซึ่งพบในผู้ป่วยไข้เดงกีได้เช่นเดียวกัน ระยะทั้งหมดของไข้เลือดออกเดงกีที่ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนประมาณ 7–10 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกเดงกีในระยะที่ 2 มีความรุนแรงของโรคแบ่งเป็น 4 ระดับ (Grade)** คือ

Grade I ไม่มีภาวะช็อก มีแต่การตรวจพบ Tourniquet test ให้ผลบวก และ/หรือ Easy bruising

Grade II ไม่มีภาวะช็อก แต่มีภาวะเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดาหรืออาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/สีดำ

Grade III มีภาวะช็อกโดยมีชีพจรเบาเร็ว Pulse pressure แคบ หรือความดันโลหิตต่ำ หรือ มีตัวเย็น เหงื่อออกกระสับกระส่าย

Grade IV มีภาวะช็อกรุนแรง วัดความดันโลหิต และ/หรือ จับชีพจรไม่ได้

2.2.1.3 ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก

ยุงลายเป็นแมลงจำพวกหนึ่ง ในประเทศไทยมียุงลายมากกว่า 100 ชนิด แต่ที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกมีอยู่ 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) โดยยุงลายบ้านจะเป็นพาหะหลักในการนำโรคไข้เลือดออกและ ยุงลายสวนเป็นพาหะรองยุงลายมีลักษณะการเจริญเติบโตแบบสมบูรณ์ (Complete metamorphosis) ที่มีระยะการเจริญ เติบโต 4 ระยะคือระยะไข่ระยะลูกน้ำ ระยะดักแด้และตัวเต็มวัยซึ่งในแต่ละระยะการเจริญเติบโตจะมีรูปร่างและลักษณะที่แตกต่างกัน (สมเกียรติ บุญญะบัญชา, 2535) ดังนี้

ระยะไข่ ลักษณะของไข่ยุงลายบ้านและยุงลายสวน คล้ายกันมากจนไม่สามารถแยกชนิดได้คือมีลักษณะคล้ายกับซิการ์ด้านยาววัดได้ ประมาณ 609 ไมครอน ด้านกว้างประมาณ 192 ไมครอนส่วนปลายด้านหน้าของไข่ค่อนข้างกลมมนและเรียวยาวมาทางด้านท้าย ไข่ที่วางใหม่ๆจะมีสีขาว เปลือกนิ่ม สีจะเข้มขึ้นในเวลาต่อมาและเปลือกไข่จะแข็งขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง โดยทั่วไปไข่ของยุงลายยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์เต็มที่ต้องใช้เวลาสักระยะก่อนที่ยุงเพศเมียจะวางไข่ก็จะปล่อยสเปิร์มที่เก็บไว้ในถุงเก็บสเปิร์มเข้าไปตามท่อนำไข่และเข้าไปภายในไข่ที่ได้รับการพัฒนาการเจริญการเติบโต ขณะที่วางไข่ลงในแหล่งเพาะพันธุ์ก็จะเกิดขบวนการแบ่งเซลล์ (Karyogeny) ขึ้น และเริ่มขบวนการพัฒนาการเจริญไปเป็นตัวอ่อนที่สมบูรณ์ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสภาพของตัวอ่อนภายในไข่จะเกิดขึ้นระหว่างการผสมที่ อยู่ภายในไข่จนถึงระยะการฟักเป็นตัวอ่อน ดังนั้นยุงลายจึงวางไข่เป็นแนวเหนือระดับน้ำเล็กน้อย โดยประมาณ 1 เซนติเมตร เพื่อให้ไข่ที่ อยู่ในระยะที่มีการพัฒนาความสมบูรณ์ได้รับความชื้น จนกระทั่งไข่ค่อยๆ แห้ง ซึ่งไข่ที่แห้งและภายในมีตัวอ่อนที่ได้รับการพัฒนาอย่างสมบูรณ์เต็มที่จึงพร้อมที่จะฟักได้ทันทีเมื่อมีน้ำท่วมถึง ลักษณะการวางไข่ของยุงลายจะวางไข่ฟองเดี่ยวๆ อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ยุงเพศเมีย วางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง ยุงลายจะวางไข่มากน้อยเป็นจังหวะใน 24 ชั่วโมง โดยอาศัยจังหวะที่แสงลดน้อยลงในเวลาเย็น

ระยะลูกน้ำและดักแด้ ไข่ยุงลายที่มีการเจริญอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีน้ำท่วมถึงจะเริ่มฟักออกเป็นลูกน้ำ การเจริญเติบโตของลูกน้ำยุงลายมี4 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะจะมีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องโดยการลอกคราบ เมื่อลูกน้ำ ระยะที่ 4 ลอกคราบจะเข้าสู่ระยะที่เรียกว่าดักแด้ “ตัวโม่ง” การเจริญเติบโตของยุงในระยะที่เป็นลูกน้ำและตัวโม่ง มักจะเรียกรวมระยะนี้ว่า “ระยะตัวอ่อน (Immature stage)” และเป็นระยะ การเจริญเติบโตที่ต้องอาศัยอยู่ในน้ำตลอดเวลา ระยะลูกน้ำลูกน้ำยุงลายทั้งสองชนิดมีลักษณะเรียวยาว มีส่วนหัวที่เล็กกว่าส่วนอกมาก ส่วนท้องยาวเรียวประกอบด้วยปล้อง 10 ปล้อง และส่วนปลายของปล้องท้องจะมีท่อสำหรับใช้หายใจ (siphon) ลูกน้ำยุงลายบ้านและลูกน้ำยุงลายสวนมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมาก ไม่สามารถแยกได้ด้วยตาเปล่า ต้องอาศัยการจำแนกภายใต้กล้อง Stereo compound การจำแนกชนิดของลูกน้ำยุงลายทั้งสองชนิด จะอาศัยความแตกต่างของจำนวนเส้นขน (Ventral brushor seta) ที่อยู่ที่ส่วนปลายของปล้องท้องปล้องสุดท้ายโดยลูกน้ำยุงลายบ้าน จะมีกระจุกขนยาว ส่วนยุงลายสวนจะมีกระจุกขนสั้น และลักษณะของหนามแหลมบน Comb scale ที่อยู่ส่วนบนของปล้องท้องส่วนท้าย ในลูกน้ำยุงลายบ้านจะมีหนามแหลมแยกเป็นแฉก ส่วนหนามแหลมในยุงลายสวนจะไม่แยกเป็นแฉก ในระยะที่เป็นลูกน้ำจะใช้เวลาประมาณ 6-8 วัน อาจมากหรือน้อยกว่านี้ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิอาหารและความหนาแน่นของลูกน้ำ ภายในภาชนะนั้นๆ ลูกน้ำยุงลายจะใช้ท่อหายใจ (Siphon) ที่มีลักษณะเรียวยาว เกาะทำมุมกับผิวน้ำ โดยที่ลำตัวตั้งเกือบตรงกับผิวน้ำ ลูกน้ำ ยุงลายเคลื่อนไหวอย่างว่องไวลักษณะการว่ายน้ำ คล้ายกับการเลื้อยของงูไม่ชอบแสงสว่างอาหารของลูกน้ำ จะเป็นอินทรีย์สารและอาหารอื่นๆ ที่มีอยู่ในภาชนะนั้นๆเช่น ตะไคร่น้ำ เศษอาหารที่หล่นลงไป แบคทีเรียและพวกสัตว์เซลล์เดียว หรือสัตว์ที่มีขนาดเล็กๆ ที่อาศัยอยู่ในน้ำ

ระยะดักแด้ หลังจาการลอกคราบของลูกน้ำครั้งที่ 4 จะเข้าสู่ระยะดักแด้หรือเรียกว่า “ตัวโม่ง” มีลักษณะคล้ายกับเลขหนึ่งไทยโดยที่ส่วน หัวติดกับส่วนอกมองเห็นชัดเจน ตรงส่วนหัวจะมีท่อหายใจสีเข้ม ลักษณะคล้ายแตร (Trumpet) ดักแด้มักเกาะนิ่งกับผิวน้ำเพื่อรับเอา ออกซิเจนจากอากาศโดยใช้ท่อหายใจและส่วนหลังของท้องปล้องแรกเกาะกับผิวน้ำ โดยที่ส่วนอกไม่แตะกับผิวน้ำจึงทำให้เกิดเป็นช่องว่างระหว่างส่วนอกและผิวน้ำ ในระยะการเจริญเติบโตนี้จะไม่กินอาหาร และเคลื่อนไหวน้อย แต่เมื่อถูกรบกวนจะดำดิ่งลงได้ผิวน้ำ ได้อย่างรวดเร็ว และกลับขึ้นมาบนผิวน้ำอีกครั้งในเวลาอันสั้น ระยะดักแด้ประมาณ 1–2 วัน

การเจริญเติบโตของยุงลายเมื่ออยู่ในสภาพพื้นที่หรือสภาพแวดล้อมต่างกันจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ปริมาณอาหาร อุณหภูมิความชื้น และความสั้นยาวของกลางวัน-กลางคืน โดยที่อุณหภูมิและความชื้นจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการ เจริญเติบโตในทุกระยะการเจริญเติบโตของยุงลาย เช่น การเจริญเติบโตที่สมบูรณ์ของตัวอ่อนยุงลายภายในไข่ต้องใช้ระยะเวลาในการ เจริญเติบโตสั้นที่สุด 2 วัน ซึ่งต้องอยู่ในสภาพอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม (24±2 องศา

เซนเซียส และความชื้นสัมพัทธ์ 70±10%) จึงพร้อม ที่จะฟักอย่างทันทีเมื่อมีน้ำท่วมถึง และไข่ที่เจริญเติบโตจนสมบูรณ์เมื่ออยู่ในสภาพแห้ง ไข่จะสามารถทนอยู่ได้ประมาณ 2–8 เดือน แต่ต้องอยู่ในอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม และไข่ที่สมบูรณ์นั้นจะสามารถฟักออกมาเป็นตัวได้เมื่อมีน้ำท่วมถึง อาจมีอัตราการฟักตัว สูงมากกว่า 90% เมื่ออยู่ในสภาพธรรมชาติลูกน้ำยุงลายสามารถเจริญเติบโตได้ในช่วงอุณหภูมิค่อนข้างกว้าง อุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตจะประมาณ 25 ± 2 องศาเซนเซียส และเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้น ลูกยุงลายเจริญเติบโตเป็นตัวยุงได้เร็วขึ้น แต่อุณหภูมิ ต้องไม่สูงกว่า 30 องศาเซนเซียส ซึ่งจะใช้ระยะเวลาในการเจริญเติบโตประมาณ 7–11 วันโดยประมาณและลูกน้ำยุงเพศผู้จะสามารถ เจริญเติบโตได้เร็วกว่าลูกน้ำเพศเมียประมาณ 1-2 วัน เช่นเดียวกับระยะดักแด้ อุณหภูมิที่สูงสามารถทำให้ดักแด้ลอกคราบเป็นตัวเต็ม วัยได้เร็วภายใน 1วัน ซึ่งสองปัจจัยหลังนี้นอกจากจะมีผลต่อระยะเวลาการเจริญเติบโตในระยะลูกน้ำแล้วยังส่งผลต่อความสามารถในการกินอาหาร การค้นหาเหยื่อ และการวางไข่ของยุงเพศเมียในระยะตัวเต็มวัยด้วย และเมื่อเข้าสู่ระยะตัวเต็มวัยอุณหภูมิความชื้น แหล่งอาหารและศัตรูในธรรมชาติจะเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญที่มีผลต่อตัวเต็มวัย ทั้งการอยู่รอดและพฤติกรรมที่แสดงออกต่างๆของตัวเต็มวัย

ตัวเต็มวัย ยุงลายเป็นสัตว์ที่มีโครงสร้างที่เป็นผนังแข็งปกคลุมอยู่ภายนอก (Exoskeleton) ผนังเซลด้านนอกสุดที่มีลักษณะแข็ง เรียกว่า Cuticle ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้แมลงคงรูปร่างอยู่ได้ ลักษณะโครงสร้างภายนอกของยุงลาย แบ่งออกเป็น 3ส่วน มองเห็นชัดเจน คือส่วนหัว ส่วน อก และส่วนท้อง ตัวเต็มวัยมีขนาดลำตัวยาวประมาณ 4-6 มิลลิเมตร มีเกล็ดสีดำสลับขาวตามลำตัวรวมทั้งส่วนหัวและ ส่วนอกด้วย มีขา 3คู่ (6 ขา) อยู่ที่ส่วนอก ขามีสีดำสลับขาวเป็นปล้องๆ ที่ขาหลังบริเวณปลายปล้องสุดท้ายมีสีขาวตลอด มีปีกที่เห็นได้ชัดเจน 1คู่ อยู่บริเวณส่วนอก ลักษณะของปีกบางใส มีเกล็ดเล็กๆ บนเส้นปีก ลักษณะของเกล็ดแคบและยาว บนขอบหลังของปีกมีเกล็ดเล็กๆ เป็นชายครุย นอกจากนี้ยังมีอวัยวะที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว (เรียกว่า halters) 1 คู่ อยู่ใกล้กับปีก มีปากยาว ลักษณะปากเป็น แบบแทงดูดเส้นหนวดประกอบด้วยปล้องสั้นๆ 14-15 ปล้อง ที่รอยต่อระหว่างปล้องมีขนขึ้นอยู่โดยรอบ ซึ่งลักษณะของขนที่หนวดยุงลาย สามารถใช้จำแนกเพศของยุงได้ยุงเพศผู้เส้นขนเหล่านี้ค่อนข้างยาว (ใช้รับคลื่นเสียงที่เกิดจากการขยับปีกของยุงตัวเมีย) มองดูคล้ายพู่ขนนกส่วนในยุงเพศเมียเส้นขนที่รอยต่อระหว่างปล้องจะสั้นกว่าและมีจำนวนน้อยกว่า เรียกว่าหนวดแบบเส้นด้ายแม้ว่าตัวเต็มวัยของ ยุงลายทั้งสองชนิด มีขนาดและสีที่ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ยุงลายแต่ละชนิดจะมีลักษณะเด่นๆ ที่แตกต่างกันที่สามารถจำแนกชนิด ด้วยลักษณะภายนอกได้ด้วย ตาเปล่าคือตัวเต็มวัยของยุงลายบ้าน มีปล้องท้องและขาสีขาวสลับดำ ที่ตรงส่วนอกด้านหลังจะมีเกล็ดขน สีขาวเรียงกัน คล้ายกับรูปเคียว 2 อัน ซึ่งต่างจากยุงลายสวนมีลักษณะที่เด่นชัด คือ มองเห็นสีดำสลับแถบสีขาว ได้เห็นชัดเจนกว่า ยุงลายบ้าน โดยเฉพาะบริเวณด้านข้างของลำตัวและส่วนขา จะมีแถบดำสลับขาวชัดเจน บนสันอกด้านหลังจะสังเกตเห็นแท่งขีด ตรงขนาดใหญ่สีขาวชัดเจน ยุงตัวเต็ม

วัยเมื่อลอกคราบจากดักแด้ใหม่ๆ จะยังไม่สามารถบินได้ทันทีต้องเกาะนิ่งอยู่บนผิวน้ำ ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง เพื่อยืดระยางค์ต่างๆ บนส่วนหัวออกและให้เลือดฉีดเข้าไปตามเส้นปีกจึงจะสามารถยืดปีกออกและแข็งพอจะบินได้เมื่อยุงบินได้ก็พร้อม ที่จะหาอาหารและผสมพันธุ์โดยปกติยุงเพศผู้จะลอกคราบออกมาก่อนตัวเมีย 1-2 วัน เนื่องจากยุงเพศผู้ต้องใช้เวลาประมาณ 24 ชั่วโมง เพื่อปรับให้อวัยวะสืบพันธุ์หมุนตัวไปครบ 180 องศาก่อน จึงจะพร้อมในการผสมพันธุ์ยุงเพศเมียจะผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวและสามารวางไข่ ได้ตลอดชีวิต หลังจากผสมพันธุ์แล้วยุงเพศเมียจะหาเลือดกิน (ปกติภายใน 24 ชั่วโมงหลังลอกคราบออกมาจากดักแด้) อาหารของยุงลายทั้งสองเพศ คือ น้ำหวานจากเกสรของดอกไม้หรือน้ำจากผลไม้โดยใช้เป็นแหล่งพลังงานสำหรับการบิน ส่วนยุงลาย เพศเมียต้องกินเลือดคนหรือสัตว์เลือดอุ่น เพื่อนำโปรตีนในเลือดไปพัฒนาไข่ให้เจริญเติบโต และตามปกติยุงลายบ้านและยุงลายสวน จะชอบกินเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์หลังจากกินเลือดแล้ว 2-3วันยุงลายเพศเมียก็จะหาที่วางไข่ยุงเพศผู้มีอายุขัยสั้นประมาณ 6-7 วัน เท่านั้น ส่วนยุงเพศเมียมีอายุขัยนานกว่า หากมีอาหารสมบูรณ์อุณหภูมิและความชื้นพอเหมาะยุงลายเพศเมียอาจอยู่ได้นานประมาณ 30-45 วัน

ชีวนิสัยของยุงลาย ยุงลายชนิดที่มีความใกล้ชิดกับคนที่สำคัญ คือยุงลายบ้าน และยุงลายสวน แต่ยุงลายบ้านมีความใกล้ชิดกับคนมากกว่ายุงลายสวน นอกจากนี้ ชีวนิสัยหรือพฤติกรรมของยุงยังเป็นปัจจัยสำคัญในการระบาดของโรค อย่างเช่น พฤติกรรมการออกหากินและการกินเลือดของยุงโดยเฉพาะยุงที่มีเชื้อจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคและหากช่วงเวลาการออกหากินมีความสัมพันธ์หรือ สอดคล้องกับช่วงเวลาในการทำกิจกรรมของคนก็จะมีโอกาสที่ทำให้เกิดการสัมผัสระหว่างคนกับยุง (Man-mosquito contact) มากขึ้น ซึ่งโอกาสที่จะเกิดการแพร่ระบาดของโรคก็จะมากเช่นกัน โดยทั่วไปยุงลายออกหากินในเวลากลางวัน แต่ถ้าในช่วงเวลากลางวันยุงลายไม่ได้กินเลือดหรือกินเลือดไม่อิ่ม ยุงลายก็อาจออก หากินเลือดในเวลาพลบค่ำ หรือกลางคืนด้วย หากในห้องนั้นหรือบริเวณนั้นมีแสงสว่างเพียงพอช่วงเวลาที่พบยุงลายได้มากที่สุดมี 2 ช่วง ในเวลาเช้าและในเวลาบ่ายถึงเย็น บางรายงานระบุว่าช่วงเวลาที่ยุงลายออกหากินมากที่สุดคือ 09.00-11.00 น. และ 13.00-14.30 น. แต่บางรายงานก็ระบุแตกต่างกันออกไป เช่น 06.00-07.00 น. และ 17.00-18.00 น. ทั้งนี้ขึ้นกับว่าทำการศึกษาในฤดูกาลใด จากการ ศึกษาพฤติกรรมการกัดของยุงลายบ้าน ที่กรุงเทพฯ พบว่าจะกัดในเวลากลางวัน ช่วงเวลาที่มีการกัดมากได้แก่ 09.00-10.00 น. และ 16.00-17.00 น. ซึ่งพบว่าผลการศึกษาพฤติกรรมการกัดของยุงลายสวนก็เป็นช่วงเวลาที่เข้ากัดใกล้เคียงกัน เช่น การศึกษาที่จังหวัด สงขลาและสตูล พบว่ายุงลายสวนเพศเมียในพื้นที่สวนยางพาราเข้ากัดคนมากที่สุดในช่วงเวลา 06.00-07.00 น. และสูงสุดอีกครั้งเมื่อ เวลา 17.00-18.00 ใน ซึ่งต่างจากที่ศึกษาในสวนผลไม้ที่พบว่ายุงลายสวนเข้ากัดมากที่สุดเวลา 06.00-11.00 และลดลงเรื่อยจนถึงช่วงพลบค่ำ อย่างไรก็ตามยุงลายทั้งสองชนิดมีความชอบเข้ากัดเหยื่อในและนอกบ้านแตกต่างกัน

ยุงลายบ้านชอบกัดคนในบ้านส่วนยุงลายสวน ชอบกัดคนนอกบ้าน มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ามากัดคนในบ้าน ยุงลายไม่ชอบแสงแดดและลมแรงดังนั้นจึงออกหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ โดยทั่วไปมักบินไปครั้งละไม่เกิน 50 เมตร นอกจากนี้จะพบว่ามียุงลายชุกชุมมากในฤดูฝน ช่วงหลังฝนตกชุกเพราะอุณหภูมิและความชื้น เหมาะแก่การแพร่พันธุ์ส่วนในฤดูอื่นๆ จะพบว่าความชุกชุมของยุงลายลดลงเล็กน้อย แหล่งเกาะพักของยุงลายบ้าน จะอยู่ภายในบ้าน จากการศึกษาแหล่งเกาะพักของยุงลายในบ้านเรือนพบว่ายุงเพศเมีย ร้อยละ 90 ชอบเกาะ พักตามสิ่งห้อยแขวนต่างๆ ในบ้าน มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่พบเกาะพักอยู่ตามข้างฝาบ้าน จากการศึกษาแหล่งเกาะพักของยุงลาย ภายในบ้านเรือนที่จังหวัดระยองพบว่ายุงลายเกาะพักตามเสื้อผ้าห้อยแขวนร้อยละ 66.5 เกาะตามมุ้งและเชือกมุ้งร้อยละ 15.7 สิ่งห้อยแขวนอื่นๆ ร้อยละ15.3 และพบเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้นที่เกาะพักตามข้างฝา ส่วนยุงลายสวนจะเกาะพักนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ มักพบในบริเวณรอบๆ บ้าน ตามพุ่มไม้เตี้ยต้นหญ้าที่ซึ่งไม่มีแสงแดดและมีความชื้น จากการศึกษาในประเทศมาเลเซียพบว่ายุงลายสวนมีแหล่งเกาะพักส่วน ใหญ่อยู่นอกบ้าน ซึ่งบริเวณนั้นเป็นที่ที่สะอาดและมักเกาะพักในบริเวณสวนยางส่วนในประเทศจีน พบว่ายุงชนิดนี้จะเกาะพักตามมุ้ง ในครัว ห้องวาดภาพ ตามคอกหมูและหญ้าหรือวัชพืชที่อยู่ตามท้องทุ่ง สำหรับยุงลายสวนในประเทศอเมริกาชอบเกาะพักตามต้นไม้ชายป่าแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำ ที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้น แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย จะเป็นภาชนะที่สามารถขังน้ำได้ทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นภาชนะน้ำขังที่มนุษย์สร้างขึ้นและภาชนะธรรมชาติและแม้ว่าจะเป็นภาชนะที่มี น้ำขังเพียงเล็กน้อยก็ตาม ยุงลายก็สามารถวางไข่ได้ซึ่งน้ำที่ยุงลายชอบและเหมาะสำหรับการวางไข่ คือบริเวณน้ำที่ใส นิ่ง และไม่เน่าเสีย ยุงลายจะวางไข่ติดแน่นกับพื้นผิวของภาชนะบริเวณที่อยู่ในระดับเหนือน้ำเล็กน้อย โดยเฉพาะพื้นผิวภาชนะที่มีลักษณะขรุขระไข่ของยุง ลายจะติดแน่น และสามารถทนทานอยู่ได้นาน เมื่อมีน้ำท่วมถึงก็จะสามารถฟักเป็นตัวอ่อนได้ในเวลาอันรวดเร็ว

แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้าน ส่วนใหญ่พบภายในบ้าน และบริเวณรอบๆใกล้บ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย ชนิดนี้พบว่าร้อยละ 64.52 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่ภายในบ้านและร้อยละ 35.53 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่นอกบ้าน นอกจาก โอ่งน้ำแล้วยังมีภาชนะอื่นๆถังซีเมนต์ใส่น้ำ บ่อคอนกรีตในห้องน้ำ จานรองกันมด ตุ่มน้ำกินน้ำใช้ที่รองน้ำทิ้งใต้/หลังตู้เย็น ที่รองน้ำทิ้ง ในเครื่องทำน้ำเย็น แจกัน โถน้ำเลี้ยงไม้ประดับ กระป๋อง รางน้ำฝน จานรองกระถางต้นไม้เป็นต้น แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายสวน จะพบในบริเวณนอกบ้านที่ไกลออกไปจากตัวบ้าน ซึ่งบริเวณที่พบจะสัมพันธ์กับบริเวณที่มีต้นไม้ มีร่มเงา ไม่มีแสงแดดส่อง และมีความชื้น อย่างเช่น บริเวณที่เป็นสวน ยุงลายสวนสามารถวางไข่ได้ดีในบริเวณที่มีน้ำขังเพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะน้ำขังที่มีเศษใบไม้ปะปน เช่น กระถางปลูกต้นไม้ที่มีน้ำขังถ้วยรองน้ำยางในสวนยางรอยแตกตามซอกหิน โพรงต้นไม้ รูตามต้นไม้ เช่น รูของสัตว์กัดแทะ พวกกระรอกรอยแตกของเปลือกไม้ต้นไผ่ที่ถูกตัดกาบดอกมะพร้าว

ลูกมะพร้าวที่ถูกสัตว์กัดเป็นรูกะลามะพร้าว ใบมะพร้าว ใบตาล ใบปาล์ม กาบดอกหมาก ใบไม้ร่วงบินพื้นดิน ดอกไม้พืชที่มีกาบใบขนาดใหญ่ เช่น พลับพลึง ปาล์มปักษาสวรรค์ จานรองกระถาง แจกันดอกไม้เช่น แจกันใส่ดอกไม้ตามศาลพระภูมิหรือตามสุสาน พื้นคอนกรีตตามนอกบ้านที่มีน้ำท่วมขัง รางน้ำฝน ลังไม้เก็บของ ภาชนะใส่น้ำให้สัตว์เลี้ยงกิน ของเล่นเด็ก ผ้าใบพลาสติก ตะกร้า ถาด อุปกรณ์เครื่องมือ ถังน้ำ ฝาปิดถังน้ำ ถังน้ำมันหรือ ตุ่มน้ำที่คว่ำ ตุ่มใส่น้ำ เศษวัสดุเหลือใช้ที่สามารถขังน้ำ เช่น ถาดโฟมใส่อาหาร ถุงพลาสติก กระป๋องน้ำอัดลม เศษกระเบื้องถ้วยชาม ขอบปากไห ยางรถยนต์ที่ไม่ใช้ถุงเพาะชำต้นไม้เป็นต้น

2.2.1.4 หลักการควบคุมยุงพาหะนำ โรค และการจัดการพาหะนำ โรคแบบผสมผสาน

การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management, IVM) (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง, 2555) คือการเลือกใช้วิธีการต่างๆในการควบคุมยุงพาหะตามความเหมาะสมของบริบทแต่ละพื้นที่ โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อม ความพึงพอใจของประชาชนในท้องถิ่น ความเป็นไปได้ของ งบประมาณ ชนิดของยุงพาหะและสิ่งสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนต้องตระหนักถึงสภาพปัญหาของโรคไข้เลือดออก เกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีการแก้ไข ซึ่งปัญหาของโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและถือเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกัน กระตุ้นและชักนำให้ประชาชน องค์กร ชุมชน ตลอดจนเครือข่ายสุขภาพให้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่องจึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่ต้องเร่งรัดดำเนินการเพื่อลดปัญหาการ แพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีมาอย่างต่อเนื่อง

การควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันที่ได้ผล คือการควบคุมยุงพาหะนำโรคให้น้อยลง ทำได้โดยการควบคุมแหล่ง เพาะพันธุ์การกำจัดยุงตัวเต็มวัยและลูกน้ำ ซึ่งมีหลายวิธีด้วยกัน แต่วิธีที่เป็นที่นิยมใช้มากคือการใช้สารเคมีเนื่องจากเห็นผลอย่างรวดเร็ว แต่จากการใช้อย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดการต้านทานต่อสารเคมีโดยเฉพาะยุงที่มีนิสัยหากินและเกาะพักในบ้าน เช่น ยุงลายบ้าน ในประเทศไทยมีการต้านทานต่อเพอร์มิทรินกระจายทั่วภูมิภาคของประเทศไทย และมีแนวโน้มต้านทานต่อสารเคมีอีกหลายชนิด เช่น เฟนิโตรไธออน เดลต้ามิทริน ไซฟลูทริน ฯลฯ เป็นต้น นอกจากนี้ผลกระทบจากการใช้สารเคมีปัจจุบันเป็นที่ยอมรับและตระหนักกันดีว่า การใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรค นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหายุงต้านทานต่อสารเคมีแล้ว ยังเกิดปัญหาการตกค้างของสารเคมี ในสภาพแวดล้อม สัตว์และอาหาร นอกจากนั้นยังอาจมีผลต่อการเป็นโรคผื่นแพ้ โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อลดผลกระทบ ที่เกิดขึ้นจากการควบคุมยุงพาหะนำโรค จำเป็นต้องอาศัยการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาค ส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน

หลักการป้องกันและควบคุมยุงพาหะนำโรค

มาตรการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ ได้แก่ ป้องกันคนไข้และคนปกติไม่ให้ถูกยุงกัด กำจัดยุงและลูกน้ำ ลดแหล่งเพาะพันธุ์ ไม่ให้ยุงสามารถแพร่พันธุ์เพิ่มความหนาแน่นได้ วัตถุประสงค์ของการป้องกันและควบคุมยุงพาหะนำโรค

1) ลดความความชุกชุมของพาหะนำโรค หมายถึงการใช้มาตรการต่อยุงเพื่อให้ความชุกชุมของยุงพาหะต่ำลง จนลดโอกาส การแพร่เชื้อโรคลงได้

2) ลดอายุยุงพาหะนำโรค โดยทั่วไปยุงตัวเมียทั่วๆไป จะมีอายุประมาณ 1 เดือน หากสามารถลดอายุของยุงให้สั้นลงโอกาส ที่จะแพร่เชื้อก็จะลดลงเช่นกัน และหากลดอายุให้สั้นกว่า 1 สัปดาห์โอกาสที่ยุงจะแพร่เชื้อได้ต่ำมาก

3) ลดการสัมผัสระหว่างคนและพาหะนำโรค วิธีการแพร่โรคติดต่อที่นำโดยแมลงส่วนใหญ่เกิดจากการถูกยุงกัด หากป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัดได้จะเป็นการป้องกันโรคได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์

วิธีการป้องกันและควบคุมพาหะนำโรค

จากวงชีวิตของยุงพาหะนำโรคซึ่งประกอบไปด้วย ระยะไข่ ระยะตัวอ่อน ระยะตัวโม่งและระยะตัวเต็มวัย สามารถแบ่งกลุ่ม การควบคุมได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆคือการควบคุมระยะตัวอ่อนและการควบคุมระยะตัวเต็มวัยสำหรับการควบคุมระยะตัวอ่อน ได้แก่การกำจัดลูกน้ำและลดแหล่งเพาะพันธุ์จะมีสำคัญและมีประสิทธิภาพสูงหากสามารถทำได้ถูกต้อง ครอบคลุม และทันเวลา

การควบคุมลูกน้ำ ยุงลายเป็นยุงที่วางไข่ในภาชนะขังน้ำที่สร้างขึ้น หรือตามเศษวัสดุขยะ บริเวณใกล้เคียงกับแหล่งหากินเลือด โดยทั่วไปรัศมีไม่เกิน 500 เมตร ดังนั้นมาตรการกำจัดควรดำเนินการ ควรดำเนินการกับแหล่งเพาะพันธุ์จะครอบคลุมและรวดเร็วกว่า ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการให้ถูกต้องครอบคลุม และทันเวลาอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์โดยเน้นที่ชุมชนและครัวเรือนต้องมีส่วนร่วมดำเนิน การ วิธีการกำจัดลูกน้ำที่สำคัญได้แก่ ได้แก่ การลดแหล่งเพาะพันธุ์การควบคุมทางกายภาพ การควบคุมโดยชีววิธีการใช้สารเคมี จุลินทรีย์หรือสารยับยั้งการเจริญเติบโตสามารถลดความหนาแน่นของลูกน้ำยุงและตัวเต็มวัยได้แต่ไม่สามารถลดอายุขัยและการสัมผัส ระหว่างคนกับยุงพาหะได้การกำจัดควบคุมลูกน้ำยุงต้องทำทุกระยะการแพร่โรค ทั้งก่อนการระบาด ระหว่างการระบาด และหลังการระบาด

การควบคุมตัวยุง การควบคุมยุงพาหะนำโรคควรดำเนินการควบคุมระยะลูกน้ำ แต่บางครั้งมีข้อจำกัดในการดำเนินการดังนั้น หากไม่สามารถกำจัดลูกน้ำยุงได้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำจัดตัวยุงโดยอาจใช้วิธีทางกายภาพหรือวิธีกลเช่น การใช้สารซักล้างการใช้ ไม้ตบไฟฟ้า นอกจากนั้นอาจป้องกันตนเองจากยุงกัดเช่น การใช้มุ้งลวดการใช้มุ้งการใช้พืชไล่ยุงแต่หากไม่สามารถหยุดยั้งการแพร่โรคได้ หากจำเป็นต้องใช้สารเคมีควรใช้เท่าที่จำเป็น เช่น สารเคมีชุบวัสดุแขวน เพื่อล่อให้ยุงมา

เกาะวัสดุที่แขวนนั้นสารเคมีนั้นมีฤทธิ์ฆ่ายุง หรือสารเคมีบางชนิดจะมีฤทธิ์ในการขับไล่ยุงให้ออกนอกบ้านด้วย สำหรับการพ่นยูแอลวีหรือการพ่นหมอกควัน ให้ดำเนินการเฉพาะ เพื่อการควบคุมโรคเมื่อเกิดโรคการดำเนินการอย่างรวดเร็วทันเวลา ถูกต้องทางเทคนิคและครอบคลุมรอบบ้านผู้ป่วยรัศมี 100-200 เมตร เมื่อพบผู้ป่วยจะสามารถหยุดยั้งการแพร่โรคได้รวดเร็วการใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคมาอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการต้านทานต่อสารเคมีโดยเฉพาะยุงที่มีนิสัยหากินและเกาะพักในบ้าน เช่น ยุงลายบ้านในประเทศไทยมีการต้านทานต่อเพอร์มิทรินกระจายทั่วภูมิภาคของประเทศไทย และมีแนวโน้มต้านทาน ต่อสารเคมีอีกหลายชนิดเช่น เฟนิโตรไธออน เดลต้ามิทริน ไซฟลูทริน เป็นต้น ดังนั้นการเลือกใช้สารเคมีจำเป็นต้องติดตามสถานการณ์ การต้านทานของยุงต่อสารเคมีด้วย ผลกระทบจาการใช้สารเคมีปัจจุบันเป็นที่ยอมรับและตระหนักกันดีว่า การใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคนอกจากจะก่อให้ เกิดปัญหายุงต้านทานต่อสารเคมีแล้ว ยังเกิดปัญหาการตกค้างในสภาพแวดล้อม สัตว์และอาหาร นอกจากนั้นยังอาจมีผลต่อการเป็น โรคผื่นแพ้โรคทางเดินหายใจเป็นต้น ผู้ใช้สารเคมีจำเป็นต้องตระหนักต่อปัญหาดังกล่าวจึงต้องพิจารณาการใช้สารเคมีตั้งแต่การเลือกชนิดสารเคมีการกำหนดคุณลักษณะการตรวจสอบคุณภาพ การนำไปใช้ให้ถูกต้องทางเทคนิคการป้องกันตนเองของผู้ดำเนินการและ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีน้อยที่สุด ดังนั้นเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการควบคุมยุงพาหะนำโรค จำเป็นต้องอาศัยการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน โดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

การจัดการยุงพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management)

ในปี ค.ศ. 2007 องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยาม Integrated Vector Management (IVM) คือ กระบวนการตัดสินใจอย่างมี เหตุผลเพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมในการควบคุมพาหะนำโรค เพื่อลดหรือหยุดยั้งการแพร่เชื้อโรค โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ มีกระบวนการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล มีความคุ้มค่าและยั่งยืน มีดำเนินการภายใต้กฎระเบียบและวิธีการที่เหมาะสม มีการสนับสนุนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน การจัดการยุงพาหะนำโรคแบบผสมผสานจะก่อให้เกิดประโยชน์กล่าวคือเกิดความร่วมมือระหว่าง ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการ จัดการยุงพาหะนำโรค เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานด้านการเกษตรและ สิ่งแวดล้อม และประชาชนในท้องถิ่นร่วมคิดร่วมทำการใช้ทรัพยากรในการควบคุมยุงพาหะนำโรคที่มีอยู่อย่างเหมาะสม อาจเป็นเครื่องมือ หรือ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเห็นผลการปฏิบัติด้วยตนเอง ก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมยุงพาหะนำโรค และลดการใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรค

ในปี 2552 ได้มีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินการจัดการยุงพาหะนำโรคแบบผสมผสานของประเทศไทย พบว่า ขณะนี้การดำเนินการเป็นการควบคุมยุงพาหะนำโรคแบบผสมผสานยังขาดการจัดการที่เป็นระบบ ดังนั้นจึงมีการวางกรอบการจัดการ พาหะนำโรคสำหรับ

ประเทศไทยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมต่อการควบคุมยุงพาหะนำโรคเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยุงพาหะนำโรค เพื่อนำมาตรการที่เหมาะสมมาผสมผสานอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยต่อ คน สัตว์สิ่งแวดล้อมและใช้สารเคมีอย่างสมเหตุสมผล

การจัดการยุงพาหะนำโรคแบบผสมผสานควรเริ่มที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจาก

1) การควบคุมยุงพาหะนำโรคแบบผสมผสานเป็นการแก้ปัญหาในท้องถิ่นการดำเนินการโดยส่วนกลางอาจจะไม่เหมาะสมกับท้องถิ่น

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบพื้นที่ ปัญหา วัฒนธรรมและสังคม วิถีชีวิตในท้องถิ่น

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานของรัฐที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนมากที่สุด

4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่ต้องดำเนินการควบคุมแมลงพาหะนำโรคในพื้นที่รับผิดชอบ

5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีงบประมาณและทรัพยากรด้านการควบคุมยุงหาหะนำโรค

6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถระดมทรัพยากรและความร่วมมือได้มากกว่าหน่วยงานอื่น

ขั้นตอนการจัดการยุงพาหะนำโรคแบบผสมผสานของท้องถิ่น

เมื่อพิจารณาเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานนั้น ควรมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ทบทวนกรอบและศักยภาพการดำเนินงานของท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรได้พิจารณาว่ามีกรอบการดำเนินงานและศักยภาพต่อการจัดการพาหะนำโรค มากน้อยเพียงใดจะต้องพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานอย่างไรบ้าง

1.1) กรอบการดำเนินงานของท้องถิ่น (อำนาจหน้าที่) กฎหมาย ที่ให้อำนาจและหน้าที่แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้บังคับครอบคลุมโดยทั่วไป ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยุงพาหะนำโรค เช่น

- พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496, พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537

- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

1.2) นโยบายด้านสาธารณสุข การควบคุมแมลงนำโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรพิจารณานโยบายด้านสาธารณสุข ว่าจะจัดการพาหะนำโรคได้อย่างไร จากนโยบายนำไปสู่การจัดทำงบประมาณประจำปีเพื่อสนับสนุนการจัดการพาหะนำโรค

1.3) นโยบายสิ่งแวดล้อม การจัดการพาหะนำโรค จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยลด แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงพาหะนำโรคได้มากดังนั้น ควรมีการจัดทำนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการพาหะนำโรคและสามารถนำไปจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่น ภายใต้กฎหมายหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535และ พระราชบัญญัติ การสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550

1.4) นโยบายทางด้านเกษตร การผลิตทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม หรือ Good Agriculture Practices (GAP) หมายถึง แนวทางในการทำ การเกษตร เพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพดีตรงตามมาตรฐานที่กำหนดได้ผลผลิตสูงคุ้มค่าการลงทุนและขบวนการผลิตจะต้องปลอดภัยต่อเกษตรกรและผู้บริโภค มีการใช้ทรัพยากรที่เกิดประโยชน์สูงสุดเกิดความยั่งยืนทางการเกษตรและไม่ทำให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม โดยหลักการนี้ได้รับการกำหนดโดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) นอกจากนั้นยังมีหลักการจัดการศัตรูพืชแบบ ผสมผสาน (Integrated Pest Management) หากนำหลักการเหล่านี้มาใช้ร่วมกับการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน จะส่งผลดี ต่อการเกษตร สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

2.2.1.5 การมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อควบคุมยุงลาย (กรมควบคุมโรค, 2558)

ในโลกปัจจุบัน การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการดำเนินงานในระดับต่างๆ ทางการจัดการบริหารและ ทางการเมือง ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่มีรากฐานมาจากแนวคิดของระบอบประชาธิปไตย เป็นกระแสของความคิดที่ทำให้ผู้คนในสังคม ตระหนักว่า การดำเนินกิจการใดๆ ก็ตาม ผู้ที่ได้รับผลกระทบและมีส่วนได้ส่วนเสียควรเป็นผู้มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นและเสนอแนะความคิด เพื่อกำหนดความต้องการในชุมชนของตนเองดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเกี่ยวข้องกับบุคคลในทุกระดับทุกส่วน ดังที่องค์การสหประชาชาติ1 ได้กำหนดความหมายว่า เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมเล็ก หรือสังคมขนาดใหญ่ ได้มีส่วนช่วยเหลืออย่างเต็มที่ต่อสังคมนั้นๆ อันได้แก่ การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เช่น การพิจารณาปัญหา การตั้งนโยบาย การตัดสินใจ ประเด็นสำคัญต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาประชาชาติและการประเมินความต้องการของสังคมนั้นๆ และกระทรวงสาธารณสุขก็ได้นำมา ใช้เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ โดยการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) เป็นการ สนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากรและวัตถุภายในชุมชน ทั้งนี้ชุมชนจะต้อง ได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้และแหล่งทุนสนับสนุน

ทำไมประชาชนต้องมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จากเนื้อหาต้นๆ ในคู่มือนี้จะเห็นว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรคชนิดของเชื้อโรคเป็นเชื้อไวรัสที่ยัง ไม่มียารักษาเฉพาะ แต่รักษาตามอาการ ส่วนการป้องกันโรคด้วยวัคซีนยังไม่ประสบผลสำเร็จเหมือนอย่างโรคไข้สมองอักเสบ หรือ ไข้หวัดใหญ่ดังนั้น การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกซึ่งมีมาตรการหลักเน้นไปที่การควบคุมยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคโดยเฉพาะ การทำลายแหล่งลูกน้ำยุงลายในภาชนะต่างๆ ที่มีน้ำขังสะอาดในบ้านเรือน หรือชุมชนที่มีคนอาศัยอยู่ดังนั้น ความร่วมมือของประชาชน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะจัดการกับปัญหาโรคไข้เลือดออกให้หมดไปจากชุมชนนั้นบรรลุเป้าหมายได้ในที่สุด

นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครก็ได้ร่วมประสานนโยบายและแผนปฏิบัติงานโดยจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2554–15 มิถุนายน 2558 เพื่อร่วมมือกันดำเนินการ3 ประการคือ (สำนักงานโรคติดต่อนำโดยแมลง, 2554)

1) จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2) ป้องกันควบคุมและประชาสัมพันธ์โรคไข้เลือดออกในกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบ

3) รณรงค์วันไข้เลือดออกอาเซียน (ASEAN Dengue Day) วันที่ 15 มิถุนายน ของทุกปีและขณะนี้ได้ดำเนินการจัดทำบันทึก ข้อตกลงฉบับใหม่ (15 มิถุนายน 2558–15 มิถุนายน 2562) โดยเพิ่มอีก 3 หน่วยงาน คือกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬากระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงอุตสาหกรรมสำหรับกิจกรรมที่ได้ดำเนินการผ่านมาได้ใช้แนวคิด “การจัดการสิ่งแวดล้อม” และจัดกิจกรรม Big Cleaning Day ร่วมกับภารกิจหลักที่ดำเนินการของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเห็นว่า ทุกกระทรวงสามารถ จัดกิจกรรม Big Cleaning Day ทุกวันที่ 15 ของทุกเดือนได้ซึ่งจะเป็นกลยุทธ์หลักในการทำงานเชิงรุก เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของ แต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ จนถึงระดับชุมชน และประชาชน ที่จะกระตุ้นให้ร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน และครัวเรือน ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งที่จะทำให้บ้านเรือนสะอาดและได้กำจัดหรือทำลายแหล่งลูกน้ำยุงไปด้วย เช่นที่ผ่านมา กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จะจัดกิจกรรม Big Cleaning Day ทุกวันที่15ของทุกเดือน และดูแลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อุทยานแห่งชาติเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า เขตห้ามล่าสัตว์ป่า และในศาสนสถาน ให้สะอาด ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

การมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างไร จากประสบการณ์อดีตที่ผ่านมาปรากฏว่า การควบคุมโรคไข้เลือดออกจะถูกมองว่า เป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขเพียง หน่วยงานเดียว ประชาชนจะคิดว่ารัฐต้องมาจัดการพ่นหมอกควันฆ่ายุงให้หมดจากชุมชน รัฐต้องเอาทรายทีมีฟอสมาใส่โอ่งน้ำใช้แต่ละหลังคาเรือน ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะครั้งคราวและแบบชั่วคราว ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการลดโรคได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง หรือ บางพื้นที่อาจได้ผลเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งสั้นๆ เท่านั้น เพราะปัญหาโรคไข้เลือดออกเกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งตัวพฤติกรรมของคน สิ่งแวดล้อมที่มีการเก็บกักน้ำดื่มและน้ำใช้รวมทั้งตัวยุงที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกที่มีนิสัยชอบอาศัยอยู่ร่วมกับมนุษย์จึงมีผลกระทบ โดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งด้านการเจ็บป่วยซึ่งประชาชนทุกคนมีโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไข้เลือดออกด้วย กันทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยอายุ 10-24 ปีรวมทั้งการเสียชีวิตถ้ามีอาการรุนแรง หากได้รับการวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้อง หรือ ได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง การที่จะจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออก จึงต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมองเห็นภาชนะที่มีน้ำขัง มีลูกน้ำ และยุง เป็นปัญหาโรค ไข้เลือดออก เป็นปัญหาของทุกคน ของชุมชนตนเอง ทุกคนต้องมีส่วนร่วมกันแก้ไขจัดการ ไม่ใช่ปัญหาของบ้านใคร บ้านหนึ่ง ดังเช่น ในอดีตที่ผ่านมา ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนคือ กระบวนการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนาร่วมคิดริเริ่ม พิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเองร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้และความชำนาญร่วมกับวิทยากรที่เหมาะสม และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงาน ร่วมคิด ตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและ รับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบต่อประชาชนเอง และผลสำเร็จของชุมชน ประชาชนเองด้วย

กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมสำคัญอย่างไร

การส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพราะเป็นกระบวนการของการแก้ปัญหาการตอบสนองความต้องการของ คนในชุมชน การส่งเสริมความเข้มแข็งที่ได้ผลแน่นอนไม่สามารถสร้างและมอบให้โดยคนภายนอกชุมชนแบบสำเร็จรูป เพราะความเข้ม แข็งของชุมชนย่อมต้องสร้างด้วยชุมชนเอง ด้วยการส่งเสริมและแรงสนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กร บุคคล ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายของ ชุมชน ชิต นิลพานิช และกุลธน ธนาพงศธร ได้กล่าวถึงหลักการสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนดังนี้

1) หลักการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างทางราชการกับประชาชนโดยยึดถือความศรัทธาของประชาชนที่มีต่อหน่วยงานหรือต่อบุคคล

2) หลักการขจัดความขัดแรงความขัดแย้งในเรื่องผลประโยชน์และความคิดจะมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานพัฒนาเป็นอย่างมาก เพราะจะทำให้งานหยุดชะงักและล้มเหลว

3) หลักการสร้างอุดมการณ์และค่านิยมในด้านความขยัน ความอดทน การร่วมมือการซื่อสัตย์และการพึ่งตนเองเพราะอุดมการณ์ เป็นเรื่องที่จะจูงใจประชาชนให้ร่วมสนับสนุนนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงาน และอาจก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

4) การให้การศึกษาอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นการส่งเสริมให้คนมีความรู้ความคิดของตนเอง ช่วยให้ประชาชนมั่นใจในตนเองมากขึ้น การให้การศึกษาอบรมโดยให้ประชาชนมีโอกาสทดลองคิด ปฏิบัติจะช่วยให้ประชาชนสามารถคุ้มครองตนเองได้รู้จักวิเคราะห์เห็น คุณค่าของงานและนำไปสู่การเข้าร่วมในการพัฒนา

5) หลักการทำงานเป็นทีม สามารถนำมาใช้ในการแสวงหาความร่วมมือในการพัฒนา

6) หลักการสร้างพลังชุมชน การรวมกลุ่มกันทำงานจะทำให้เกิดพลังในการทำงานและทำให้งานเกิดประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนทำอย่างไร

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนควรจะมี 4 ขั้นตอน คือ

1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา เป็นขั้นตอนที่สำคัญเพราะประชาชนเป็นผู้อยู่กับปัญหา และรู้จักปัญหาของตนเองดีที่สุดแต่อาจมองปัญหาไม่ได้เด่นชัด เจ้าหน้าที่รัฐจึงเป็นเสมือนกระจกเงาที่คอยสะท้อนภาพให้ชุมชนเห็นภาพปัญหา และวิเคราะห์ทราบถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาในท้องถิ่น

2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงานเป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ชุมชนรู้จักวิธีการคิด พัฒนาประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง รู้จักการนำเอาปัจจัยข่าวสารข้อมูลต่างๆ มาใช้ในการวางแผน

3) การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ชาวชนบทส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน แต่ก็มีแรงงานของตนที่สามารถใช้ เข้าร่วมได้การร่วมลงทุนและปฏิบัติงาน จะทำให้ชุมชน รู้จักคิดต้นทุนให้กับตนเองในการดำเนินงานและจะระมัดระวังกิจกรรมที่ทำขึ้น เพราะจะมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของซึ่งต่างไปจากสภาพที่การลงทุนทั้งหมดมาจากภายนอก การบำรุงรักษาก็จะไม่เกิด เพราะรู้สึกว่า ไม่ใช่ของเรา นอกจากนั้นการร่วมปฏิบัติงานด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิดและเมื่อเห็นประโยชน์ก็สามารถ จะดำเนินกิจกรรมชนิดนั้น ด้วยตนเองต่อไปได้

4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงาน และประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวชุมชน ย่อมจะไม่ทราบว่างานที่ทำไปนั้นได้รับผลดีได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างใด การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันในโอกาสต่อไป จึงอาจจะประสบความยากสำบาก

โดยมีกรณีศึกษาของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง เรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ณ ตำบลน้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เป็นแนวทางในการนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือใน การประยุกต์ใช้ให้ชุมชนมีส่วนร่วม ด้วยการติดอาวุธทางปัญญาอย่างใหม่โดยผ่านกิจกรรมต่างๆอาทิเช่น การอบรมพาร์คอบรมจิตปัญญา การดูงานบ้านสามขา การดูงานที่ อบต. ดอนแก้ว การทำเวทีประชาคมและคืนข้อมูลให้กับชุมชน และอาศัยความร่วมมือจากนักวิจัย ภายนอกหรือทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยง อำนวยความสะดวกเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีในด้านวิชาการป้องกันโรค เกื้อหนุน จากท้องถิ่น พร้อมทั้งให้ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของกลุ่มคนที่เรียกตนเองว่า นักวิจัยชุมชน ซึ่งลุกขึ้นมาจับมือกัน สร้างพลัง ทำให้หมู่บ้านน่าอยู่ มีความสุขและปลอดจากโรคไข้เลือดออกให้เกิดขึ้นกับชุมชนของตนเองการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไม่ใช่ เป็นการ “พาชุมชน” ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพียงอย่างเดียวซึ่งจะไม่เกิดความยั่งยืน ถ้าหากเราไม่ได้เดินไปด้วยกัน ชาวบ้านจะอาศัยนักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านวิชาการให้เขาได้ปฏิบัติตนเองได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องสุขภาพ แต่เขาจะต้องมีพลังและมีความสุขที่เป็นจิตอาสาทำงานแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชนด้วยตนเอง สรุปการทำงานร่วมกับชุมชนต้องใช้ส่งเสริมศักยภาพให้ผู้วิจัยชุมชนและชาวบ้านอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในระหว่างเวทีประชาคมทุกๆ ครั้ง การเรียนรู้ไปด้วยกัน และจัดการปัญหาไปด้วยกัน จะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น

ขั้นตอนการทำงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคในชุมชนมีดังนี้

1) กระบวนการเลือกผู้ร่วมทีม โดยการเชิญชวนเครือข่ายในการทำเวทีประชาคม อาทิเช่น แกนนำในหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ส อบต. และอสม. ที่มีความพร้อม มีความเข้มแข็งของการเป็นผู้นำ และแกนนำ ในการเข้ามาร่วม

2) การพัฒนาโจทย์ร่วม (ปัญหา) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเห็นความสำคัญในการพัฒนาโจทย์ร่วม (ไข้เลือดออก)กับชุมชนโดย ใช้หลักคิดดังนี้ - รู้มั่นใจ ว่า สิ่งที่รู้เป็นปัญหาจริงๆ หรือมีอะไรเพิ่มเติม ขยายหรือเปลี่ยนแปลงไป (โจทย์เรา) - รู้มั่นใจ ว่า ปัญหา ความสนใจ ความห่วงใยของชุมชนในพื้นที่คืออะไร (โจทย์เขา) - รู้จักธรรมชาติจุดแข็ง จุดอ่อน (ทุนทางสังคม คน เครือข่าย ทรัพยากร) ในชุมชนดีมากน้อยเพียงใด เราเห็นช่องทางที่ จะไปต่อกับชุมชนหรือยัง - รู้หรือยังว่าเรามีกระบวนการทำวิธีการในการไปเชื่อมต่อกับชุมชน (โจทย์ร่วม) อย่างไร อย่าลืมต้องสร้างความสัมพันธ์กับ ชาวบ้าน ให้เกิดความศรัทธา ความไว้วางใจ และความเป็นเพื่อน

3) คืนข้อมูล ให้ชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดการสังเคราะห์สาเหตุและวิเคราะห์ทางออกทางแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่นั้น ซึ่งไม่มีสูตรสำเร็จรูป

4) กระบวนการทำงาน จะเน้นให้ชุมชนดำเนินการแก้ปัญหาผ่านการวิเคราะห์จากเหตุและผล ค้นหาความจริงเห็นปัญหา กำหนดปัญหา สร้างเครื่องมือ เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล คืนข้อมูล

ผลที่ได้จากการมีส่วนร่วมของประชาชนคือ คนพัฒนาและชุมชนเข้มแข็ง คนพัฒนาคนที่พัฒนาแล้ว จะมีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ

1) มีคุณภาพ ได้แก่ ความรู้และทักษะในวิชาชีพ ในเรื่องสุขภาพอนามัย รวมทั้งความรู้อื่นๆ ที่ทำให้คนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ในสังคมอย่างมีคุณค่า

2) มีคุณธรรม คนที่มีคุณธรรมจึงจะสามารถนับได้ว่าเป็นคนมีคุณภาพ คำว่าคุณธรรมหมายถึง ความดีที่เป็นคุณสมบัติของ คน มักใช้คู่กับจริยธรรม หรือสามารถกล่าวได้ว่าคนมีคุณธรรมคือผู้ที่มีสัปปุริสธรรม ซึ่งได้แก่คนที่รู้จักเหตุรู้จักผลรู้จักตน รู้จักประมาณ รู้จักกาล รู้จักชุมชน และรู้จักบุคคล

3) มีความสุขสันติหมายถึง เป็นคนที่มีความสุขกับการทำงาน กับชีวิตส่วนตนหรือครอบครัวตามอัตภาพ มีกำลังใจ มองโลก ในแง่ดีรู้สัจธรรมของชีวิต แต่ไม่ใช่คนที่แยกตัวโดดเดี่ยวไปจากสังคม กล่าวคือ เป็นคนที่ไม่หาเรื่อง หรือทะเลาะเบาะแว้งกับใครๆ

ชุมชนเข้มแข็ง ในความเป็นจริงคนไม่สามารถอยู่อย่างโดดเดี่ยวต้องรวมกันเป็นกลุ่มเป็นชุมชน ดังนั้นในการพัฒนาจึงต้องสร้างชุมชน ให้เข้มแข็งด้วย ซึ่งชุมชนเข้มแข็ง มีลักษณะเด่น 5 ประการ คือ

1) ชุมชนใฝ่รู้หมายถึงสมาชิกกลุ่มใหญ่หรือทั้งหมดของชุมชนมีการเรียนรู้เป็นชุมชนที่มีความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาคือ ทั้งศึกษา และรับรู้ข่าวสาร ซึ่งการเรียนรู้ในที่นี้ไม่ได้หมายความเพียงการอ่าน การฟังแล้วจดจำเท่านั้น แต่ความหมายสำคัญอยู่ที่การเรียนรู้จาก การลงมือทำหรือเรียนรู้จากประสบการณ์ซึ่งอาจเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน จนสามารถเป็นความรู้จริงซึ่งเรียกว่า“ภูมิปัญญา”ของชุมชน ซึ่งภูมิปัญญาชุมชนนั้น ไม่ใช่เรื่องที่เป็นเรื่องเก่าๆ เท่านั้น

2) ชุมชนที่สามารถจัดการตนเองได้ซึ่งการจัดการประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กรหรือ การจัดกระบวน การลงมือทำ และการประเมินผล

3) ชุมชนที่มีจิตวิญญาณหรือมีชีวิตจิตใจได้แก่การที่สมาชิกส่วนใหญ่มีความผูกพันกับชุมชนทำงานเสียสละเพื่อชุมชน มีความรู้สึก เป็นเจ้าของชุมชน หวงแหนชุมชน มีสิ่งที่สมาชิกจะยึดเหนี่ยวร่วมกัน เป็นต้น สิ่งต่างๆเหล่านี้เมื่อรวมกันทำให้เสมือนชุมชนมีชีวิตจิตใจ

4) ชุมชนที่มีสันติภาพ หมายถึง ภาพรวมของคนมีความสุข มีสันติชุมชนที่มีสันติภาพจะทำให้เป็นศูนย์รวมของการเรียนรู้ร่วมกัน ส่งเสริมความสามารถในการจัดการ และสร้างจิตวิญญาณให้ชุมชนได้

5) ชุมชนที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีลักษณะของคนพัฒนา (คุณภาพ คุณธรรม สุขสันติ) อาจไม่จำเป็นต้องทุกๆ คน แต่ต้องเป็น ส่วนใหญ่และมีบทบาทในชุมชน เมื่อคนพัฒนาและชุมชนเข้มแข็งก็จะนำไปสู่ความสุขสงบของผู้คน ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางของชีวิต

การสร้างพลังชุมชนเพื่อจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออก

การที่ชุมชนจะบรรลุเป้าหมายไม่ป่วย ไม่ตายด้วยโรคไข้เลือดออกได้ต้องอาศัยชุมชนที่มีความเข้มแข็ง กิจกรรมการเสริมสร้าง ชุมชนให้เข้มแข็ง จึงเป็นกิจกรรมสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพชุมชน และชุมชนจะเข้มแข็งได้ต้องอาศัยกระบวนการสร้างพลังชุมชน ที่มุ่งให้ชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ให้สามารถจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและปรับชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชนให้เป็น ในทางส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้การส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพและยั่งยืน กว่าเน้นเฉพาะการพัฒนาที่เป็นปัจเจกบุคคลเพียงอย่างเดียว ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ชุมชนในประเทศไทยจำนวนมากไม่เข้มแข็ง คือ การที่ชุมชนถูกตัดทอนพลัง เนื่องจากผลกระทบ ของแนวคิดการพัฒนาในอดีตทีมองว่า เจ้าหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้รู้ปัญหาและมีหน้าที่คิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาและบอกให้ชุมชน ปฏิบัติตาม การที่ชุมชนไม่ได้รับการพัฒนาทักษะในการคิดและแก้ไขปัญหาของตนเอง ทำให้ชุมชนต้องพึ่งพาการช่วยเหลือและชี้แนะ จากเจ้าหน้าที่อยู่ตลอดเวลาการพัฒนาตามแนวคิดเดิมจึงเป็นการลดพลังของชุมชนอย่างต่อเนื่องการสร้างพลังชุมชนให้เข้มแข็งจะเกิดขึ้น ได้เมื่อเจ้าหน้าที่ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ โดยเน้นแนวคิดว่า ชุมชนเป็นผู้รู้ปัญหาและได้รับผลกระทบของปัญหา และถ้าชุมชน มีทักษะในการระบุปัญหาวิเคราะห์ความเป็นมาและสาเหตุของปัญหาแล้วชุมชนจะสามารถกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและ สอดคล้องกับชุมชนตลอดจนรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ส่วนเจ้าหน้าที่จะมีบทบาทเพียงผู้สนับสนุนให้ชุมชนมี การพัฒนาทักษะที่จำเป็น โดยใช้กระบวนการให้ชุมชนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม สามารถค้นพบศักยภาพของตนเอง มีทักษะในการแก้ไขปัญหาและการจัดการ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้กับชุมชนต้องยืดหยุ่นสนุกสนาน เพื่อให้เกิดความน่าสนใจไม่น่าเบื่อ กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวเรียกว่า กระบวนการศึกษาเพื่อการสร้างพลัง

ความสำคัญของการสร้างพลังชุมชน

กระบวนการสร้างพลัง เป็นกระบวนการศึกษาที่เน้นรูปแบบให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง โดยให้ ผู้เรียนร่วมกันระบุปัญหาของตน วิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหา โดยใช้วิจารณญาณ การมองภาพสังคมที่ควรจะเป็น และการพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการการจัดการศึกษาตามรูปแบบดังกล่าวจึงช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียน เกิดพลังในตนเองและกลุ่มบุคคล และชุมชนที่มีพลัง จะมีความสามารถในการควบคุมและร่วมมือกันแก้ไขเปลี่ยนแปลงชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่ตน อาศัยอยู่ซึ่งสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสังคม ที่พบว่าบุคคลและสังคมรอบข้างจะมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา บางครั้ง

บุคคล ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือชีวิตของตนได้โดยลำพัง เพราะสังคมรอบข้างไม่ให้ความร่วมมือสนับสนุน หรือขาดการเห็นพ้อง จากกลุ่มบุคคลในสังคม การเปลี่ยนแปลงที่มีโอกาสสำเร็จได้มาก จึงต้องอาศัยความร่วมมือกันของบุคคลและชุมชน

แนวคิดการสร้างพลังชุมชนอย่างไร

จะเน้นการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับบุคคล และส่งเสริมการรวมกลุ่มกันเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมและ สิ่งแวดล้อม การสร้างพลังจึงเป็นแนวคิดที่สามารถใช้เป็นทางเลือกใหม่แทนแนวคิดเดิม ที่เคยเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้แบบท่องจำในเรื่องที่ห่างไกล หรือไม่มีความสำคัญกับผู้เรียน และเน้นการให้ผู้เรียนทำตามที่บอก โดยมิได้คำนึงถึงสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และเงื่อนไขอื่นๆ ของผู้เรียน การศึกษาเพื่อสร้างพลังเป็นรูปแบบที่ถูกนำมาใช้ในการฝึกอบรมให้บุคคลและกลุ่มมีพลัง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชน ในขณะเดียวกันมีการจัดทำโครงการสุขภาพที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคคลและชุมชนให้มีพลัง ที่ทำให้บุคคลและกลุ่มสามารถในการดูแลและกำหนดสภาวะสุขภาพของตนเองได้ดังเช่น องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าเป้าหมาย สุดท้ายของกลวิธีการดูแลตนเองคือการสร้างพลังให้ประชาชนสามารถกำหนดหรือจัดการสุขภาพของตนเองได้พบว่าแนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังได้ถูกนำมาใช้ทั้งในโรงพยาบาล โรงเรียน และชุมชน โดยเฉพาะใช้กันมากในโครงการสุขภาพในชุมชน และโรงเรียน

2.2.2 แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ตาม พรบ. ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (กรมควบคุมโรค, 2558)

2.2.2.1 เป้าหมายการดำเนินงาน

- ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (ภายในปี 2561) ของค่ามัธยฐานของประเทศปี พ.ศ. 2555 – 2559

- อัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.10 ในภาพรวมของประเทศและทุกจังหวัด

2.2.2.2 แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก

1) การเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยง

2) การป้องกันโรคและควบคุมยุงพาหะ

3) การสื่อสารความเสี่ยงและสร้างการมีส่วนรับผิดชอบของชุมชน

4) การรักษาและส่งต่อผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน

5) การบริหารจัดการและติดตามประเมินผล

2.2.2.3 กิจกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก

มาตรการควบคุมโรค ใช้มาตรการ 3-3-1, 7, 14

1) รายงานโรคให้ รพ.สต. หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ทราบภายใน 3 ชั่วโมง

2)สอบสวนโรคและกำจัดลูกน้ำยุลายรอบบ้านผู้ป่วยรัศมี 100 เมตร ภายใน 3 ชั่วโมง

3) พ่นสารเคมีกำจัดยุง รัศมี 100 เมตร ภายใน 1 วัน

4) ดัชนีลูกน้ำยุงลาย มีค่าเป็น 0 ภายใน 7 วัน

5) ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่หลัง 14 วัน

การกำจัดลูกน้ำ

<u>การป้องกันโรค</u> ระยะก่อนการระบาด ทุก 7 วัน

1) บ้านผู้ป่วย ภายใน 3 ชั่วโมง จากวันที่ได้รับรายงานผู้ป่วย/ผู้สงสัย

2) รอบบ้านผู้ป่วยรัศมี 100 เมตรภายใน 24 ชั่วโมง จากวันที่ได้รับรายงานผู้ป่วย/ผู้สงสัย

3) ทั้งหมู่บ้านภายใน 24-48 ชั่วโมงจากวันที่ได้รับรายงานผู้ป่วย/ผู้สงสัย

4) ระยะการระบาด: ขยายเป็นทั้งตำบล

การประเมินผลการกำจัดลูกน้ำ

การป้องกันโรค ระยะก่อนการระบาด

ค่า HI ไม่เกิน 5 สำหรับบ้านเรือน

ค่า CI เป็น 0 สำหรับสถานบริการทางสาธารณสุข

ค่า CI ไม่เกิน 5 สำหรับสถานศึกษา ศาสนาสถาน โรงงาน และโรงแรม

การควบคุมโรค เมื่อพบผู้ป่วยรายแรกๆ

รอบบ้านผู้ป่วย รัศมี 100 เมตร ในวันที่ 0-3 ต้องบันทึกค่า HI CI และ BI

รอบบ้านผู้ป่วย รัศมี 100 เมตร ในวันที่ 7 และ 21 ค่า HI = 0, CI = 0 และ BI =0

ทั้งหมู่บ้าน มีค่า HI ไม่เกิน 5 ตั้งแต่วันที่ 7 สถานบริการทางสาธารณสุข มีค่า CI = 0 ตลอดไป ประเมินวันที่ 21 โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จากข้อมูลเรื่องโรคไข้เลือดออกที่กล่าวมาสรุปได้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี มียุงลายเป็นพาหะนำโรค ซึ่งแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายส่วนใหญ่คือภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้นและมีน้ำขังไว้เกิน 7 วัน รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมรอบบ้านและดัชนีพื้นฐานในการเฝ้าระวังแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้แก่ ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ (House Index: HI) และร้อยละภาชนะที่พบลูกน้ำ (Container Index: CI) การป้องกันโรคเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออกไม่ใช่ปัญหาของใครคนใดคนหนึ่งแต่เป็นปัญหาส่วนรวม การมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในชุมชมโดยเฉพาะภาคประชาชน ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ชุมชนต้องมีมาตรการ และกิจกรรมร่วมกันในการควบคุมโรคที่ยั่งยืน

2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) ตามพจนานุกรมอังกฤษฉบับอ๊อกฟอร์ดได้ให้คำนิยามไว้ว่า เป็นการมีส่วนร่วมกับคนอื่นในการกระทำบางอย่างหรือบางเรื่องซึ่งตรงข้ามกับคำว่า “การเมินเฉย (Apathy)” จึงหมายถึง การที่บุคคลกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือในประเด็นที่บุคคลนั้นสนใจ ไม่ว่าเขาจะได้ปฏิบัติการเพื่อแสดงถึงความสนใจอย่างจริงจังหรือไม่ก็ตาม และไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นโดยตรงก็ได้ แต่การมีเจตคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใย ก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมได้ ส่วน “การมีส่วนร่วมของชุมชน” หมายถึง การที่กลุ่มคนในชุมชน หรือขบวนการที่สมาชิกของชุมชนได้กระทำการออกมาในลักษณะของการทำงานร่วมกันที่จะแสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วม ความสนใจร่วม มีความต้องการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมหรือการเมือง หรือการดำเนินการร่วมกันเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองอำนาจ มติชน ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม หรือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ การปรับปรุงสถานภาพทางสังคมในกลุ่มชุมชน

วิลเลี่ยม (William, 1976) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม คือการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของประชาชนใช้ความคิดสร้างสรรค์และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์การและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โคเฮน และอัพฮอฟ (Cohen & Uphooff, 1977) กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วมในทัศนะของการพัฒนาชนบทว่าการมีส่วนร่วมจะต้องประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน 4 ประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจว่าจะทำอะไรและทำด้วยวิธีการอย่างไร 2) มีส่วนในการดำเนินการโครงการ ตัดสินใจในการให้ทรัพยากรสนับสนุนโครงการและการร่วมมือกับองค์กรหรือกลุ่มกิจกรรมเป็นการเฉพาะ 3) มีส่วนในการแบ่งปันผลประโยชน์อันเกิดจากโครงการพัฒนาและ 4) มีส่วนในการประเมินผลโครงการ

โอคเลย์ (Oakley, 1991) เห็นว่าการมีส่วนร่วม หมายถึงการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ 3 ลักษณะต่อไปนี้ คือ 1) เป็นการให้การช่วยเหลือ 2) เป็นการให้อำนาจและ 3) เป็นงานขององค์กร โดยให้นิยามความสำคัญของการให้อำนาจว่า หมายถึง การมีส่วนร่วมในการให้อำนาจ เป็นการเพิ่มหรือพัฒนาทักษะขีดความสามารถในการบริหารการมีส่วนร่วม จึงมีความสัมพันธ์กับการให้อำนาจองค์กร เป็นปัจจัยพื้นฐานของการให้อำนาจ และมักจะเป็นรากฐานสำคัญของการให้ความช่วยเหลือด้วย ดังนั้นการช่วยเหลือ การให้อำนาจ และงานขององค์การ จึงมีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

คนึงนิจ ศรีบัวเอี่ยม (2545) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation) ว่าหมายถึง การกระจายโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง และการบริหารเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ร่วมทั้งการจัดสรรทรัพยากรของชุมชนและของชาติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยการให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำปรึกษา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ รวมตลอดจนการควบคุมโดยตรงจากประชาชน

พงศ์พันธ์ แก้วหาวงศ์ (2550) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมของบุคคลต่างๆ ในการตัดสินใจ การดำเนินการ ร่วมคิด ร่วมฟัง ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมสำรวจปัญหา ร่วมลงทุน ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือป้องกันและแก้ไขปัญหา และร่วมประเมินผลในกิจการใดๆ ที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อพัฒนาความสามารถของตนเองและเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตตามวัตถุประสงค์ที่กลุ่มบุคคลได้ร่วมกันกำหนดไว้

ถวิลวดี บุรีกุล และปัทมา สูบกำปัง (2554) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิในกระบวนการนโยบายสาธารณะทั้งในด้านการให้และรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ การร่วมตัดสินใจ ทั้งในขั้นตอนการ ริเริ่มนโยบาย การจัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การจัดการสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ รวมทั้งการปฏิบัติ การติดตามและประเมินผลตามนโยบายแผนงานโครงการหรือกิจกรรมนั้น

2.3.2 ความสำคัญและประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการทำงานร่วมกัน ในทุก ๆ กิจกรรม ตลอดจนการที่จะให้ชุมชนสามารถสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเอง จะต้องเริ่มต้นด้วยการให้ความสำคัญต่อการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา 2) ประชาชนมีโอกาสที่จะได้ใช้และพัฒนาความสามารถของตนเอง 3) เป็นการระดมทรัพยากรบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด 4) ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของทำให้การพัฒนามีความมั่งคงถาวรและต่อเนื่อง 5) เป็นกระบวนการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย ทำให้ประชาชนมีความคิดอิสระในการตัดสินใจ 6) เพื่อให้ประชาชนมีส่วนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนตนเองความสำคัญของการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัย 7) การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ไมสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้ดีเท่ากับการดูแลตนเอง 8) การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่สอดคล้องหรือไม่เป็นที่ยอมรับในชุมชน ก่อให้เกิดความสูญเปล่า เนื่องจากประชาชนไม่มารับบริการ 9) ชุมชนมีทรัพยากรมากมายทั้งทางด้านวัสดุอุปกรณ์กำลังคน สามารถนำมาใช้เพื่อทำให้ชุมชนยอมรับและเข้าถึงบริการและ 10) ประชาชนมีสิทธิหน้าที่และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของตนเอง

2.3.3 ระดับของการมีส่วนร่วม

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543) ได้ให้นิยามการแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าอาจแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญ โดยมีข้อพึงสังเกต คือ ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่ำ จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมจะมาก และยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นเพียงใด จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมก็จะลดลงตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่

1) ระดับการให้ข้อมูล (Inform) เป็นระดับต่ำสุด และเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วางแผนโครงการกับประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชน โดยวิธีการต่างๆ เช่น การแถลงข่าว การแจกข่าวสาร และการแสดงนิทรรศการ เป็นต้น แต่ไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใดๆ

2) ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน (Consult) เป็นระดับขั้นที่สูงกว่าระดับแรก กล่าวคือ ผู้วางแผนโครงการจะเชิญชวนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็น เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินข้อดีข้อเสียของโครงการอย่างชัดเจนมากขึ้น เช่น การจัดทำแบบสอบถามก่อนริเริ่มโครงการต่างๆ หรือการบรรยายและเปิดโอกาสให้ผู้ฟังแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการนั้นๆ เป็นต้น รวมถึงการปรึกษาหารือ เป็นการเจรจาอย่างเป็นทางการระหว่างผู้วางแผนโครงการและประชาชน เพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือระบุประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ เช่น การจัดประชุม การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และการเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็น เป็นต้น

3) ระดับมีบทบาท (Involve) เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่ผู้วางแผนโครงการกับประชาชนมีความรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนเตรียมโครงการ และผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินการโครงการ เหมาะที่จะใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การใช้อนุญาโตตุลาการเพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้ง และการเจรจาเพื่อหาทางประนีประนอมกัน เป็นต้น

4) ระดับการร่วมมือปฏิบัติ (Collaboration) เป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบโครงการกับประชาชนร่วมกันดำเนินโครงการ เป็นขั้นการนำโครงการไปปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

5) ระดับการเสริมอำนาจ (Empower) หรือระดับควบคุมโดยประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชน เพื่อแก้ปัญหา ข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ แต่การลงประชามติจะสะท้อนถึงความต้องการของประชาชนได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของประเด็นที่จะลงประชามติและการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของประเด็นดังกล่าวให้ประชาชนเข้าใจอย่างสมบูรณ์และทั่วถึงเพียงใดโดยในประเทศที่มีการพัฒนาทางการเมืองแล้ว ผลของการลงประชามติจะมีผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตาม แต่สำหรับประเทศไทยนั้นรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันบัญญัติให้ผลของการประชามติมีทั้งแบบที่มีข้อยุติโดยเสียงข้างมาก และแบบที่เป็นเพียงการให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีซึ่งไม่มีผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตามแต่อย่างใด

ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา โดยทั่วไปนั้นประชาชนอาจมาเข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจ จะทำอะไร เข้าร่วมในการนำโครงการไปปฏิบัติ สละทรัพยากรต่างๆ เช่น แรงงาน วัสดุ เงิน หรือความร่วมมือในองค์กรหรือกิจกรรมเฉพาะด้าน เข้าร่วมในผลประโยชน์ที่เกิด

จากการพัฒนาและการประเมินโครงการ และจากการศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ พบว่า มีนักพัฒนาและนักวิชาการ ที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนดังนี้ (Cohen & Uphooff, 1977) แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วม 4 ลักษณะ คือ

1) การมีส่วนร่วมในการัดสินใจ
2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ
3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมที่ได้กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการทำงานร่วมกันในทุกๆกิจกรรม เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีสิทธิในกระบวนการสาธารณะ ทั้งในระดับให้ข้อมูล เปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน ในประชาชนได้มีบทบาท ร่วมปฏิบัติ และควบคุมโดยประชาชน ซึ่งเป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชน เพื่อแก้ปัญหา ข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด ดังนั้นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ จะต้องร่วมกันทำงานทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ทุกคน ได้มีโอกาสแสดงร่วมความคิดเห็น ร่วมปฏิบัติและร่วมกันประเมินผล

2.4 เทคนิคการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม A-I-C

เทคนิค A-I-C เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดของสถาบันเอกชนชื่อOrganization for Development : An International Institute (ODII) ตั้งขึ้นโดยทูริด ซาโต้และวิลเลียม อี สมิธ (Ms. TuridSato and Dr. William E. Smith) กระบวนการนี้ได้นำมาทดลองและเผยแพร่ในประเทศไทยโดยสถาบัน (ODDI) ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) พบว่าเป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้ร่วมพัฒนาชุมชนและยังมีศักยภาพที่จะขยายผลได้ซึ่ง เทคนิค A-I-C ที่ถูกนำมาประยุกต์สำหรับการประชุมระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน คือเทคนิคการระดมความคิดที่ให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานแห่งความเสมอภาค นับเป็นกระบวนการที่ยึดเอาคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา (อรพินท์ สพโชคชัย, 2537) A-I-C จึงเป็นเทคนิคแนวคิดได้มาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยยึดหลักว่า มนุษย์ มีพลังอยู่ 3 อย่าง คือ พลังความรัก พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน และพลังความพยายามและการควบคุมจัดการ พลังสร้างสรรค์ทั้งสามอย่างนี้มีอยู่ภายในตัวบุคคล องค์กร ชุมชน และสังคม หากรู้วิธีระดมพลังสร้างสรรค์เหลานี้ออกมาใช้จะเกิดประโยชน์มากมายมหาศาล ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

1) พลังความรักและความซาบซึ้ง (Appreciation) คือ มีความรัก ความเมตตา ปรารถนาดี เป็นมิตร ซาบซึ้งในคุณค่า รับรู้ เข้าใจ ใส่ใจ ต่อสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นบุคคล องค์กร ชุมชน สังคม ธรรมชาติ ทรัพยากร วัตถุสิ่งของ เหตุการณ์ และอื่น ๆ

2) พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่ม ความคิดสร้างสรรค์ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ การใช้ปัญญาโดยเน้นที่การคิดร่วมกัน แลกเปลี่ยน ปฏิสัมพันธ์ผสมผสานด้วยความเป็นมิตร ให้เกียรติ เคารพซึ่งกันและกัน

3) พลังความพยายามและการควบคุมจัดการ (Control) คือ การมุ่งมั่น ผูกพันและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติภารกิจซึ่งอยู่ในความดูแลของตนเองให้ดำเนินไปด้วยดี รวมถึงการรู้จักวางแผน จัดสรร ทรัพยากร สร้างความเข้าใจ สร้างความร่วมมือ ประสานงาน ติดตามประเมินผลและการปรับปรุง พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

เทคนิค A-I-C นับเป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ทุกภาคส่วนของชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบ ในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม เป็นการพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่กาพัฒนาที่ยั่งยืน เพราะเปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น จึงทำให้กระบวนการพัฒนาเกิดความต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความสำเร็จสูง

เป้าหมายและเทคนิคของ A-I-C

เทคนิค A-I-C เป็นกระบวนการที่ใช้การวาดภาพเพื่อเป็นการสะท้อนประสบการณ์ในอดีต สภาพปัจจุบันกับจินตนาการถึงความมุ่งหวังในอนาคตของสมาชิกทุกคน โดยให้แต่ละคนจะวาดภาพของ ตนก่อนนำภาพของทุกคนมาวางรวมกันบนกระดาษแผ่นใหญ่ แล้วจึงต่อเติมรวมภาพของแต่ละคนให้ กลมกลืนเป็นภาพใหญ่ของกลุ่มเพียงภาพเดียว การวาดภาพเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกสะท้อนสิ่งที่อยู่ ภายในจิตใจออกมาอย่างแท้จริง บางเรื่องราวที่ไม่สะดวกใจที่จะพูดโดยเปิดเผยก็สามารถสะท้อนออก มาเป็นรูปภาพหรือสัญลักษณ์ รูปทรง สี แทนการพูดการเขียนหนังสือ เปิดโอกาสให้ผู้อื่นสามารถซักถาม ข้อมูลความหมายจากภาพได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง ใช้เป็นสื่อกระตุ้นให้สมาชิกที่ไม่ค่อยกล้าพูดได้ร่วม อธิบายความคิดหรือประสบการณ์ของตน สร้างความเป็นรูปธรรมในกลุ่ม การละลายพฤติกรรมเพื่อ สร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง

เทคนิค A-I-C ถือเป็นวิธีหรือกลไกที่เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกระดับ ทุกคน ในองค์กร หน่วยงาน กลุ่มสังคม คณะบุคคล ได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ นำมาซึ่งบ่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จากการทำงานร่วมกัน (Interactive Learning Through Action) ก่อให้เกิดการระดมสมองเพื่อร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์หนทางเลือกหรือหนทางปฏิบัติ เพื่อที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนา

นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของในผลงานที่ตนได้มีส่วนร่วม สุดท้ายยังก่อให้เกิด ความผูกพัน มีความรักและหวงแหน คอยปกป้องรักษาให้เกิดความมั่นคงยั่งยืน

ประโยชน์ของเทคนิค A-I-C

เทคนิค A-I-C ช่วยให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชนที่เข้ามามี ส่วนร่วมมีความกระตือรือร้น ในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น มีการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ประชาชนโดยเฉพาะผู้รู้ กลุ่มคนจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้หญิง และ เยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด กำหนดแนวทางการพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมและเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์ประชาชน กลุ่มองค์กรต่าง ๆ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทั้งกิจกรรม โครงการ ผลของการพัฒนา และความเป็น เจ้าของชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดความมีพลัง รู้ถึงศักยภาพในการพึ่งตนเอง รวมถึงองค์กรต่าง ๆ ทั้ง ภาครัฐและเอกชนเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้อง นับได้ว่าเทคนิค A-I-C ช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่สร้างสรรค์ มีส่วนร่วม และเสริมพลังของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนา

วิธีการของเทคนิค A-I-C

เทคนิค A-I-C มีขั้นตอนการดำเนินการ 2 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ

1) ขั้นตอนก่อนเริ่มเทคนิค A-I-C ประกอบด้วย

1.1) การคัดเลือกผู้เข้าประชุม เนื่องจากเป็นวิธีประชุมที่ต้องการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทุกระดับ จึงเลือกจากระดับนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ นักวิชาการ ผู้นำในสังคมและชุมชนประชาชน กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะพิจารณาทำแผน โครงการ ด้วยหลักการที่ว่า "ทุกคนมีทักษะชีวิตและประสบการณ์ที่หลากหลาย"

1.2) เตรียมประเด็น หัวข้อเรื่องที่จะทำแผน โครงการสำหรับอนาคต

1.3) เขียนวัตถุประสงค์ของประเด็นต้องชัดเจน เพื่อเสนอในที่ประชุมรวม ให้ผู้ร่วม ประชุมซึ่งหลากหลายประสบการณ์เข้าใจง่าย

1.4) การแบ่งกลุ่ม โดยดำเนินการ ดังนี้

1.4.1) เลือกบุคคล แบ่งกลุ่มไว้ล่วงหน้า ให้มีกลุ่มละ 8 คน แตกต่างกัน ให้ครบ ทั้งระดับนโยบายผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ผู้นำประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อเรื่องที่พิจารณา

1.4.2) เตรียมผู้สนับสนุนกลุ่ม (Facilitator) ซักซ้อมทำความเข้าใจกับกระบวนการ ซึ่งมีหลักการให้ทุกคนได้มีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น

1.4.3) เตรียมอุปกรณ์ให้ครบ

1.5) การเตรียมห้องประชุม ดำเนินการ ดังนี้

1.5.1) ห้องรวม พร้อมที่นั่งครบคน จัดเป็นครึ่งวงกลม

1.5.2) มุมกลุ่มย่อยจัดที่นั่งรอบโต๊ะเขียนหนังสือกลุ่มละ 8 คน ตามจำนวนที่ เตรียมไว้

1.6) เตรียมอุปกรณ์ ดำเนินการ ดังนี้

1.6.1) เครื่องฉายแผ่นใส แผ่นใสพร้อมปากกา 1 ชุด

1.6.2) ปากกาเส้นใหญ่หรือดินสอสีประจำกลุ่ม กระดาษ A4 ตัดแบ่ง 4 ส่วน แล้วแจกคนละ 20 แผ่น

1.6.3) กระดาษแผ่นพลิก พร้อมขาตั้งประจำกลุ่ม พร้อมกับปากกาเขียน

1.6.4) แผ่นใส พร้อมปากกา ประจำกลุ่ม ๆ ละ 6-10 แผ่น

2) ขั้นตอนเริ่มเทคนิค A-I-C เป็นขั้นประชุมทำงาน โดยเริ่มจากการประชุมนั่งรวมกัน ก่อน ผู้นำการสนับสนุนการประชุมจะชี้แจงหัวข้อ ประเด็นและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่จะให้ประชุม พิจารณา ให้ใช้ถามจนเข้าใจเรื่อง จึงแยกเข้ากลุ่มเล็ก นั่งคละกัน ซึ่งขั้นตอนนี้จะแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

2.1) ชั้นตอน A - 1 (15นาที) เป็นขั้นเข้าใจสถานการณ์สภาพความเป็นจริง (Reality) ผู้สนับสนุนจะแจ้งให้ทุกคนวาดภาพบนกระดาษของตน สะท้อนให้เห็นว่าในปัจจุบันนี้เรื่องที่จะพิจารณากันมีรูปลักษณ์อย่างไร ภาพเป็นลายเส้นหรือระบายสีหรือภาพสัญลักษณ์ (Logo) แทนภาพก็ ได้ เช่น ภาพตันไม้ ภาพคนจับมือ ภาพสามเหลี่ยมฯ มีศิลปะ จินตนาการ สร้างสรรค์ (ยิ่งเขียนเป็น สัญลักษณ์หรือให้สีที่สื่อความหมายได้โดยไม่ต้องอธิบายยิ่งแสดงความลึกซึ้งของความคิดคนนั้น) ในกลุ่มเล็ก นำภาพของทุกคนเวียนดูหรือปิดแปะ แล้วอธิบายความหมายร่วมกัน รวมให้เป็นภาพเดียวของกลุ่ม ลงแผ่นใส นำเสนอที่ประชุมรวม ให้ใช้ถาม ปรับปรุงร่วมกัน ขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มให้ทบทวน ระบาย อารมณ์ ความคิด มีศิลปะ มีสัมพันธ์กับคนอื่น ไม่เคร่งเครียด

2.2) ชั้นตอน A – 2 (20 นาที) เป็นขั้นสร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต (deal Vision หรือ Scenario) เข้ากลุ่มเล็ก ทุกคนเขียนภาพแสดงให้เห็นว่าในอนาคต 10 ปี ภาพเดิม จะเปลี่ยนไป คาดหวังจะให้เป็นอย่างไรที่มีความเป็นไปได้ นำมาแลกเปลี่ยน อธิบาย และรวมกันเป็นภาพเดียวของกลุ่ม ลงแผ่นใส นำเสนอที่ประชุมใหญ่ ซักถามความหมาย แล้วรวมกันเหลือภาพเดียว อาจให้ผู้แทนกลุ่มนำไปรวมและยกร่างความหมายเป็นปณิธาน คำขวัญของโครงการนี้ ภาพนี้ต้องเก็บไว้ ยึดเป็นแนวทางหลักของความคาดหวังที่จะนำไปคิดกลวิธีและโครงการเพื่อให้บรรลุผล ขั้นตอนนี้เป็นมติ ที่ทุกคนเข้าใจความเป็นมาและคาดหวัง มีความประสงค์ร่วมกันตั้งแต่ต้น เริ่มมีพลัง

2.3) ขั้นตอน I- 1 (30 นาที) เป็นขั้นคิดหากลวิธี (Solution Design) กลุ่มเล็กทุกคนเขียนกิจกรรมที่คิดว่าต้องทำ เพื่อเกิดผลสำเร็จให้ได้ภาพรวมของ A2 เขียนกิจกรรมละ 1 แผ่น ให้มากเท่าที่ตนมีศักยภาพและประสบการณ์ นำมาร่มกันเลือกข้อที่เหมือนกันเป็นมติ 3-5 ขอ ที่แตกต่างเก็บไว้ เขียนลงแผ่นใสหรือแผ่นพลิก นำเสนอต่อที่ประชุมรวม ให้ซักถาม และร่วมกันคัดไว้ 5-6 เรื่อง และอาจมีข้อย่อยภายในข้อใหญ่ก็ได้ ขั้นตอนนี้ทุกคนได้แสดงพลัง ประสบการณ์ มีส่วนร่วม หากความคิดของตนมีเหตุผล ได้รับการยอมรับ จะเกิดความภูมิใจ หากความคิดของผู้อื่นดีกว่าก็ยอมรับกัน งานนี้จะเป็นของทุกคนตั้งแต่ต้น

2.4) ขั้นตอน I- 2 (30 นาที) เป็นขั้นจัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม (Priority) กลุ่มเล็กทุกคนเขียนแผ่นละ 1 กิจกรรม ที่ได้รับรู้จาการอภิปรายมา เลือกกิจกรรมตามความถนัดของตนว่า กิจกรรมใดสำคัญและเป็นไปได้องค์กรหรือหน่วยงานใดที่น่าจะทำได้ จำแนกออกเป็น

2.4.1) กิจกรรมที่จะทำได้เอง

2 4.2) กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับคนอื่น

2.4.3) กิจกรรมที่ต้องให้คนอื่นทำให้

นำไปแปะ อ่าน ชี้แจง ร่วมกันคัดเลือกไว้ เขียนชื่อกลวิธีหรือกิจกรรมลงแผ่น พลิกหรือแผ่นใส นำเสนอต่อที่ประชุมรวม ร่วมกันเลือกให้เหลือชุดเดียว เรียงลำดับความสำคัญตาม จำนวนแผ่นข้อเขียนที่เหมือนกัน เขียนลงแผ่นใส ฉายให้ทุกคนรับทราบผลของขั้นตอน I -2 เก็บไว้เป็น แนวทางหลักของการทำขั้นตอนต่อไปและประกอบการเขียนโครงการ ขั้นตอนนี้ทุกคนจะได้แสดง ประสบการณ์ให้ผู้อื่นเลือกใช้ประโยชน์ กิจกรรมจะเป็นสิ่งควบคุมความสำเร็จ

2.5) ขั้นตอน C -1 (30 นาที) เป็นขั้นวางแผน หาผู้รับผิดชอบ (Responsibility) กลุ่มเล็กทุกคนเลือกหัวข้อกลวิธีกิจกรรมที่ได้จากขั้นตอน 1 - 2 เขียนลงแผ่นละ 1 กิจกรรม มากน้อยตาม แต่ที่ตนมีบทบาท มีความสามารถ ที่จะทำได้เองหรือร่วมทำกับใครหรือต้องขอให้ใครทำให้เขียนชื่อคนทำกิจกรรมด้วย นำไปรวมกันให้เป็นชุดเดียว เขียนแผ่นใสนำเสนอที่ประชุมรวมให้อภิปรายเรียนรู้ งานกันและกัน ขั้นตอนนี้ทุกคนได้วิเคราะห์ตนเอง แสดงพลังความสามารถละภารกิจที่จะร่วมทำงาน ในเรื่องใดได้บ้าง

2.6) ขั้นตอน C -2 (30 นาที) เป็นขั้นจัดทำแผนกิจกรรมโครงการ (Action Plan) แบ่งกลุ่มใหม่ให้เข้าตามระดับงานที่รับผิดชอบ เช่น กลุ่มนโยบาย กลุ่มนักวิชาการ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเรื่องนี้ ภารกิจขั้นตอนนี้ที่สำคัญคือ ต้องร่วมกันเขียนแผนงานหรือโครงการตามรูปแบบมาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วย

2.6.1) ชื่อโครงการหรือแผนงาน

2.6.2) หลักการเหตุผล

2.6.3) สาเหตุที่ต้องทำ

2.6.4) ความมุ่งหมายหรือความประสงค์ที่ต้องการให้เป็นผล

2.6.5) กลวิธี ทำอย่างไร

2.6.6) วิธีทำ กิจกรรมที่ต้องทำ

2.6.7) ชื่อหน่วยงานหรือบุคคลผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม (มีหลายชื่อได้)

2.6.8) ระยะเวลาเริ่มตัน สิ้นสุด

2.6.9) วิธีการประเมินผลสำเร็จ ตามข้อชี้วัดและวัตถุประสงค์

2.6.10) งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ คนที่ต้องการ พร้อมกับแหล่งที่สนับสนุน (อาจมีรายละเอียด งบประมาณแสดงรายกิจกรรม และประเภทหมวดเงิน อาจมีผังกำกับเวลา/กิจกรรม แนบท้ายหรือแต่ละกลุ่มนำกลับไปเขียนภายหลังการประชุม)

ผลจากการประชุมขั้นตอน C - 2 นี้ผู้จัดประชุมต้องนำไปรวบรวมพิมพ์ส่งกลับ ให้หน่วยงานของผู้เข้าประชุม เช่น ฝ่าย กอง กรม องค์กรชุมชน ที่ต้องทำแผนพัฒนาประจำปี ให้นำไปเขียนเป็นโครงการขออนุมัติหัวหน้างานตามลำดับขั้น และไปชี้แจงเพื่อรับงบประมาณและการสนับสนุน

ภายหลังการประชุมมีความสำคัญยิ่งกว่าการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมย่อมรู้ตนเองว่าได้เสนออะไรไป หน้าที่ บทบาทของตนเกี่ยวกับงานนี้เป็นของแต่ละคนที่จะต้องรับไปเสนอหัวหน้าหน่วยและผู้ร่วมงานนำไปปฏิบัติตามแผน และประชุมสามเส้า ทบทวนงานตามข้อชี้วัดและเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนกลวิธี และการสนับสนุนเพื่อขจัดอุปสรรคที่ทำไม่สำเร็จ กิจกรรมใดที่สำเร็จแล้วก็ต้องพัฒนา โครงการ (Programmed Development) คิดกิจกรรมใหม่ ๆ เพราะความสำเร็จในเรื่องหนึ่งจะมี ปัญหาตามมาใหม่ ซึ่งทุกขั้นตอนของขั้นตอนเริ่มเทคนิค A-I-C นี้บางกลุ่มมีความเข้าใจเร็ว ก็ต้องปล่อย ให้ทำรวดเดียวต่อเนื่องไปได้ เพื่อไม่เป็นการยับยั้งความคิดที่กำลังลื่นไหล ในทางปฏิบัติผู้สนับสนุนการ ประชุมไม่ต้องบอกชื่อขั้นตอน บอกแต่กิจกรรมทีละขั้นตอน

กล่าวโดยสรุปคือ สมัชชาสุขภาพ คือกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยยึดหลักสร้างนำซ่อม โดยนำผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่าย ให้รัฐได้รับรู้ความคิดเห็นของประชาชนและสร้าง นโยบาย และมีการพัฒนาเครื่องมือต่อ ๆ กันมา อาจจะเรียกได้ว่าเป็นตัวแบบตั้งต้นของเครื่องมือ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ดังนั้นการนำเทคนิค A-I-C มาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการระดมพลังสร้างสรรค์ มีการระดมความคิดเห็นทุกรูปแบบในกระบวนการและการแก้ปัญหาของทุกฝ่าย การเข้าถึงได้ทุกฝ่ายทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ด้อยโอกาสทั้งภาครัฐ ประชาชนและวิชาการ ได้ระดมพลังสร้างสรรค์ พลังองค์ความรู้และประสบการณ์ให้ชัดเจนเพื่อกระตุ้นให้ทุกฝ่ายได้แสดงความเป็นเจ้าของต่อนโยบายสาธารณะ แม้แต่ผู้ด้อยโอกาสในสังคมจะได้รับการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของในกระบวนการนั้นด้วย เพื่อแสดงพลังและประสิทธิภาพในกระบวนการสมัชชาสุขภาพนั้นออกมาได้

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือ Action Researchเป็นการวิจัยวิจัยของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานร่วมกันที่ต้องการจะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานหรือการพัฒนางานที่เหมาะสมและคุณภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์ ของสังคมนั้นๆ เช่น ในสถานศึกษากลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาจประกอบด้วยผู้บริหาร ครูผู้ปกครอง นักเรียน หรือนักศึกษา และสมาชิกในชุมชนอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง วิธีการวิจัยจะเป็นได้ก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ในการวิเคราะห์การทำงานของตนเองและกลุ่มอย่างถี่ถ้วน ด้วยวิธีการสะท้อนความคิดเห็นการแลกเปลี่ยนควรเห็นต่อการทำงานของตนเองและกลุ่มผู้ร่วมการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้อาจใช้ในการพัฒนาหลักสูตรระดับสถานศึกษา การปรับปรุงโครงการ การปรับปรุงวิธีการเรียนการสอน การปรับปรุงนโยบายและระบบการทำงานของโรงเรียนหน่วยงาน มุ่งมั่นการปรับปรุงที่เป็นรูปธรรม เป็นต้น

วิธีการแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาจากคำว่า "การปฏิบัติ" (Action) และ "การวิจัย" (Research) ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการทำงานร่วมกันการตกลงใจร่วมกัน การพัฒนาปรับปรุงร่วมกันของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในงานนั้นๆ มากกว่าการอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก และโดยอาศัยคุณสมบัติของนักวิจัยที่แตกต่างกับการวิจัยแบบอื่นที่มักอาศัยเครื่องมือการวิจัยและความเห็นของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ Action Research เน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มิใช่เพียงเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามความคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่างเพียงอย่างเดียว มีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกตการอภิปรายกลุ่ม (เล็กและใหญ่) การศึกษาค้นคว้าด้วยการวิเคราะห์เอกสารและการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

จุดสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research สรุปคือเป็นการวิจัยแบบเข้าไปมีส่วนร่วมและร่วมมือกันในหมู่คณะ แต่ละคนจะอธิบายในสิ่งที่ตนเองสนใจ สืบหาสิ่งที่ผู้อื่นคิด แสดงความเห็นที่สอดคล้องหรือไม่เห็นด้วยอย่างมีเหตุผล และหาหนทางแก้ไขพัฒนาที่เป็นไปได้ สมาชิกในกลุ่มจะทำการวางแผนร่วมกัน ลงมือปฏิบัติงานร่วมกัน เก็บข้อมูลร่วมกัน สังเกตสถานการณ์ร่วมกันและสะท้อนผลการดำเนินร่วมกันวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research Spiral)

1) การวางแผน (The Planning) เป็นการตั้งความคาดหวัง การมองไปในอนาคต

2) การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติตามความคาดหวังที่วางไว้ ภายใต้การทำงานที่มาจากแนวคิดที่ตกลงของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผ่านการวิเคราะห์วิจารณ์แล้วและระหว่างการปฏิบัติงานจะมีการบันทึก รายงาน เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ วิจารณ์กันอีกในภายหลัง

3) การสังเกต (Observation) เป็นการบันทึกข้อมูลพื้นฐานไว้ใช้ในการสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน มีการวางแผนการสังเกตอย่างรอบคอบ และผู้สังเกตจะต้องเป็นผู้มีความไวในการจับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน

4) การสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนถึงการปฏิบัติงาน การกระทำตามที่บันทึกไว้ จากการสังเกต เก็บข้อมูล โดยใช้การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน ที่ถือให้เป็นการประเมินอย่างหนึ่ง และเป็นการให้ข้อแนะนำในการวางแผนปฏิบัติครั้งต่อไป

วิธีการเก็บขอมูลเชิงคุณภาพ

การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2552) การเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม (Observation and Field Note) เป็นวิธีพื้นฐานที่นักวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องฝึกทักษะนี้เป็นเบื้องต้นเนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพเน้นที่การศึกษาพฤติกรรมอย่างละเอียดและระมัดระวัง การเฝ้าสังเกตจึงเป็นวิธีที่ทำให้ผู้วิจัยได้มองเห็นเหตุการณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง โดยสังเกตคือการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และละเอียดถี่ถ้วนโดยใช้ประสาทสัมผัสหลายอย่างพร้อมกัน เช่น ตาดู หูฟัง เป็นต้น ถ้าสิ่งนั้นสัมผัสได้ก็ต้องสัมผัสในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น การสังเกตจะกระทำควบคู่กับ การจดบันทักหรือบันทึกภาคสนาม การสนทนา และการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน สามารถนำมาวิเคราะห์หาความหมายและอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้

ประเภทของการสังเกต

การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เป็นวิธีการสังเกตที่ผู้วิจัยได้เข้าไปใช้ ชีวิตรวมกับบุคคล ชุมชนที่ศึกษา มีกิจกรรมร่วมกับผู้คนในชุมชนจนเกิดการยอมรับว่านักวิจัยเป็นสมาชิกคนหนึ่งในชุมชนนั้นๆ นักวิจัยเฝ้าสังเกตการณ์ใช้ชีวิตประจำวันและกิจกรรมตางๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือสังคมนั้นๆ โดยที่ผู้ถูกสังเกตไม่รู้สึกว่าตนถูกเฝ้าดู จึงมีพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติ การสังเกตด้วยวิธีนี้มักใช้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในชุมชนหรือสังคมเล็กๆ การเก็บขอมูลวิธีนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง แต่นักวิจัยต้องระมัดระวังมิให้ตนเองเข้าไปมีความรู้สึกร่วมและผูกพันทางอารมณ์(Sympathy) จนขาดความเที่ยงตรงในการบันทึกด้วยการทำความเข่าใจปรากฏการณ์นั้นๆ โดยไม่มีอคติ

การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) หรือการสังเกตโดยตรง (Direct Observation) เป็นการสังเกต บันทึกลักษณะทางกายภาพ โครงสร้าง และความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมนั้นๆ โดยนักวิจัยทำตัวเป็นคนนอกที่ไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สังเกตและผู้ที่อยู่ในกิจกรรมนั้นๆ ก็ไม่รู้ว่าตนเองถูกสังเกต วิธีการนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิธีการที่มีชื่อเรียกในภาษาอังกฤษว่า Unobtrusive Method วิธีการสังเกตเช่นนี้มักใช้ในการเริ่มต้นเก็บมูลหรือเมื่อเริ่มเข้าสนามจากนั้นจึงจะตัดสินใจว่าจะสังเกตแบบมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้การสังเกตด้วยวิธีการนี้

ก็มีการบันทึกและการสนทนากับผู้คนที่ร่วมอยู่ในกิจกรรมนั้นๆ ด้วย แต่ในฐานะคนนอก การที่นักวิจัยจะเลือกใชวิธีการสังเกตแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เรื่อง และสถานที่ศึกษา

วิธีการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม

เมื่อนักวิจัยจะสังเกตพฤติกรรมหรือกิจกรรมใดๆ นั้นจะต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนและมีการบันทึกภาคสนามทุกครั้งที่สังเกต การจะทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมและละเอียดที่สุดนั้นมีผู้เสนอว่าอย่างควรสังเกตตามกรอบดังต่อไปนี้

ฉากและบุคคล (Setting) โดยที่ฉากหมายถึงสถานที่และลักษณะทางกายภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม และเหตุการณ์ ที่นักวิจัยกำลังสังเกต ส่วนบุคคลก็คือผู้คนที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมนั้นๆ การสังเกตต้องสังเกตทั้งจำนวน ลักษณะทั่วไป และลักษณะเฉพาะ ตลอดจนข้อมูลทางสังคมของบุคคลเหล่านั้น ข้อมูลฉากและบุคคลคือการตอบคำถาม ใคร และ ที่ไหน

การกระทำ (Acts) นักวิจัยต้องสังเกตการณ์กระทำในลักษณะของพฤติกรรมสังคมที่เกิดขึ้น หรือการกระทำระหว่างกันของบุคคลขณะสังเกต ข้อมูลจากการสังเกตการณ์กระทำคือการตอบ คำถาม ทำอะไร

แบบแผนกิจกรรม (Pattern of Activities) เป็นการนำข้อมูลการกระทำมาร้อยเรียงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องกันอย่างมีหลักการและเหตุผล ตามข้อเท็จจริงที่ไดจากการสังเกตและการสนทนาขณะสังเกต เป็นการตอบคำถามว่าอย่างไร

ความสัมพันธ์ (Relationship) เป็นส่วนที่นักวิจัยต้องสังเกตว่าการกระทำที่เฝ้าดูอยูนั้นใครทำกับใคร ในบทบาทและสถานภาพอย่างไร ซึ่งเปนการตอบคำถามว่า ใครกับใคร

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการมองขยายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นคู่การกระทำออกไปสู่ภาพรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมด เป็นการตอบคำถามเพิ่มเติมจากใครกับใคร เปน ใครบ้าง

ความหมาย (Meaning) เป็นการรับรู้เหตุการณ์หนึ่งๆ ของบุคคลที่เปนสมาชิกในกลุมนั้นๆ เป็นการตอบคำถาม อย่างไร และ ทำไม จึงมีพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆ เกิดขึ้นการสังเกตความหมายอาจจะไม่ครบถ้วนทันทีหลังการสังเกตและจะไม่ได้ข้อสรุปจากการสังเกตเพียงครั้งเดียวแต่จะได้จากการสังเกตหลายๆครั้ง และการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากวิธีการเก็บข้อมูลวิธีอื่นร่วมด้วย

จุดแข็งและจุดอ่อนของการสังเกต

การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วมมีจุดแข็งจุดอ่อนต่างกัน กล่าวคือการสังเกตแบบมีสวนรวมทำให้นักวิจัยเห็นภาพเหตุการณ์ต่างๆ อย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุด นักวิจัยสามารถใช้การเปนคนใน เขาถึงข้อมูลได้สะดวกกว่า และสามารถตรวจสอบข้อมูลได้ซ้ำๆ มากกว่า อย่างไรก็ตาม การสังเกตวิธีนี้ต้องใช้เวลาดำเนินสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการยอมรับนักวิจัย แต่หากนักวิจัยมราอารมณ์ร่วมกับบุคคลหรือสถานการณ์ที่เฝ้าสังเกตก็อาจจะทำให้เกิดความลำเอียงในการ

สังเกตและการบันทึกได การสังเกตแบบไมมีสวนรวมไมตองใชเวลารอใหเกิดการยอมรับ เพราะนักวิจัยมีบทบาทเป็น คนนอก หรือ คนแปลกหนา ในกิจกรรมนั้นๆ มีโอกาสเกิดอารมณ์ร่วมน้อยมาก ทำได้ง่ายโดยเฉพาะในสังคมที่ซับซ้อน เหตุการณ์หรือสถานที่ที่มีผู้คนมากหน้าหลายตา หรือมีการเข้า-ออกเป็นประจำ แต่การสังเกตวิธีนี้มักไม่ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งสมบูรณ์เท่าประเภทการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากการสนทนาที่เกิดขึ้นกับคนแปลกหนามักมีเนื้อหาสาระที่ผิวเผิน ในการวิจัยเชิงคุณภาพมักใช้การสังเกตทั้ง 2 ประเภท โดยเริ่มการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น แล้วจึงใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและลึกซึ้งอย่างแท้จริงในภายหลัง อย่างไรก็ตาม การบันทึกภาคสนามจะเป็นหลักฐานที่สำคัญที่จะทำให้ข้อมูลจากการสังเกตใช้ประโยชน์ได้มาก น้อยเพียงใดการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตจะมีคุณภาพสูงสุดต้องอาศัยการสังเกตที่ดีและการบันทึกภาคสนามที่มีคุณภาพด้วย

การสนทนากลุ่ม การสนทนากันเป็นกลุ่ม เป็นพฤติกรรมสังคมปกติของชุมชน สังคม ที่มีความสนิทสนมคุ้นเคยกัน นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงใช้กิจกรรมนี้มาเปนวิธีการเก็บข้อมูล แต่ได้พัฒนาขึ้นมาให้เป็นรูปแบบเฉพาะเพื่อสนองตอบต่อการดำเนินการวิจัยได้อย่างเต็มที่ ความหมาย การสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) ในการวิจัยเชิงคุณภาพ หมายถึงวิธีการเก็บข้อมูลที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนา สนทนากันเองในประเด็นที่นักวิจัยนำเสนอเข้าในกลุ่ม การสนทนากลุ่มจึงมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนขอคิดเห็นกันอย่างกว้างขวางและเป็นอิสระทางความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งถือเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัย โดยมีนักวิจัยเปนผู้ตั้งประเด็นกระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์มากมากที่สุด นักวิจัยต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่างๆ ที่เกิดขึ้น รับฟัง และซักถามเพื่อความกระจ่าง และบันทึกการสนทนาไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

สมาชิกกลุ่ม วิธีการสนทนากลุ่มเป็นการนำวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกมารวมกับวิธีการอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม (Group Discussion) โดยพยายามให้อยู่ในบรรยากาศตามธรรมชาติและเป็นกันเองให้มากที่สุด การสนทนากลุ่มใช้ได้ดีในกรณีที่นักวิจัยต้องการประเมินความเห็น ประเมินความต้องการ พัฒนาเครื่องมือหรือผลิตภัณฑ์บางอย่าง หรือทำความเข้าใจอยางลึกซึ้งต่อการตีความบางประการที่ได้จากผลการศึกษาวิจัย ผู้เข้า ร่วมกลุ่มสนทนาประกอบด้วยสมาชิกซึ่งเปนผู้ให้ข้อมูลควรมีจำนวน 6-12 คน ซึ่งเป็นผู้ที่นักวิจัยคัดเลือกว่า เป็นผู้ที่มีข้อมูล มีประสบการณ์ในประเด็นที่กำลังศึกษาและเป็นผู้ที่ชอบหรือยินดีในการพูดคุยในกลุ่ม นักวิจัยทำหน้าที่เป็นพิธีกรหรือผู้ดำเนินการสนทนา(Moderator) มีผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่บันทึกกลุ่มและดูแลการบันทึกเทปการสนทนากลุ่มตลอดจนดูแลความเรียบรอยขณะดำเนินการสนทนากลุ่มโดยไม่ต้องเข้าร่วมอยู่ในวงสนทนาด้วยผู้ช่วยนักวิจัยอาจมี 1-2 คน ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยที่การสนทนากลุ่มให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้พูดคุยแสดงความคิดเห็นอยางเต็มที่ ดังนั้นนักวิจัยต้องแน่ใจว่าผู้ร่วมวงสนทนาทุกคนไม่มีความขัดแย้ง

กัน โดยส่วนตัวมาก่อน ไม่เป็นผู้ที่มีอำนาจหรือสามารถให้คุณให้โทษแก่ผู้ร่วมสนทนาได้ นอกจากนั้นผู้ร่วมสนทนาทุกคนต้องเป็นผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมและภูมิหลังที่คล้ายคลึงกัน เช่น อายุเพศ สถานะทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ และอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนทนาผู้ร่วมวงสนทนาอาจรู้จักกันมาก่อนหรือไม่ก็ได้ และการดำเนินการสนทนาต้องมีความเข้าใจเรื่องพลวัตกลุ่ม (Group Dynamic) มีทักษะในการจุดประเด็นกลุ่ม จับประเด็น กระตุ้นการสนทนา ซักถาม และใช้คำพูด ภาษาที่ชัดเจน สร้างความรู้สึกผ่อนคลายได้ดี การสนทนากลุ่มโดยใช้ภาษาถิ่นของผู้ร่วมวงสนทนาจะช่วยให้สามารถดำเนินการสนทนาไปได้อย่างราบรื่นยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

ขั้นเตรียมการ

แนวทางการสนทนากลุ่ม สิ่งที่ต้องเตรียมเป็นอันดับแรก คือ แนวทางการสนทนากลุ่มซึ่งเป็นรายการประเด็นหรือคำถามที่นักวิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามปลายเปิด และเจาะประเด็นลึกไปเรื่อยๆ ประเด็นคำถามแรกๆควรเป็นเรื่องไกลตัวหรือเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นนั้นๆ ในฐานะคนนอก หรือพูดถึงคนอื่นมากกว่าพูดถึงตนเอง และเป็นประเด็นที่ทุกคนที่ร่วมวงสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้เท่าเทียมกัน จากนั้นคำถามหลังๆ จึงดึงประเด็นให้เข้าใกล้ตัวผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนากลุ่มนี้นักวิจัยใช้เป็นแนวเท่านั้น ไม่ใช่ใช้เป็นตัวกำหนดการสนทนาว่าจะต้องมีประเด็นใหม่ๆข้อมูลต่างๆผุดขึ้นในวงสนทนาที่นักวิจัยจะต้องคอยจับประเด็น แล้วซักไซ้ (Probe) ต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างเต็มที่ นักวิจัยมักปรับแนวทางการสนทนาไปเรื่อยๆ ตลอดการเก็บขอมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและรุ่มรวยขึ้นเรื่อยๆ

การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะต้องเตรียมตัวให้พร้อมโดยการทำความเข้าใจประเด็นที่ศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมวงสนทนา เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เช่นเครื่องบันทึกเสียง สมุด ปากกาสำหรับบันทึกการสนทนากลุ่ม กล้องถ่ายรูปนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยต้องทำความคุ้นเคยกับเครื่องมือต่างๆ เป็นอย่างดี เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้อุปการณ์ดังกล่าว

เตรียมสถานที่ สถานที่สำหรับการสนทนากลุ่มควรเป็นสถานที่ที่ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอกและผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องไม่ให้เข้าถึงหรือมองเห็นการสนทนาได้ ควรเปนสถานที่ ที่ทำให้เกิดบรรยากาศผ่อนคลายเปนกันเอง ถ้าเป็นสถานที่ในชุมชนนั้นเองจะดีที่สุด เมื่อเตรียมการเรียบร้อยและนัดหมายผู้ร่วมวงสนทนาให้มาพร้อมกันตามสถานที่และเวลาที่ได้ตกลงกันไว้แล้ว ก็เข้าสู่

ขั้นตอนการดำเนินงานสนทนากลุ่ม

ขั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม

หลังจากนักวิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมวงสนทนามาพบกัน ก็เริ่มด้วยการทำความรู้จักกัน (ในกรณีที่ไม่เคยพบกันมาก่อน) รับประทานของว่างและเครื่องดื่มร่วมกันพอให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นนักวิจัยจึงเริ่มการสนทนากลุ่มโดยเริ่มจากการแจ้งเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิดการรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และการขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมกับบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นนักวิจัยก็จุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางการสนทนา การดำเนินการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อได้อภิปรายประเด็นต่างๆ กันจนกระจ่างชัดแล้ว นักวิจัยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มกล่าวสรุปด้วยการขอบคุณผู้ร่วมวงสนทนาอีกครั้งยืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ของสิ่งที่ได้จากการสนทนาแล้วปิดการสนทนากลุ่ม

ขั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการดำเนินการสนทนากลุ่มทุกครั้งนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยต้องรวจสอบวาการสนทนาได้บันทึกไว้ในเทปเรียบร้อยดีหรือไม่ นักวิจัยร่วมกันสรุปบรรยากาศโดยรวมบริบทของกลุ่ม และปฏิกิริยากลุ่มลงในบันทึกกลุม จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยถอดเทปการสนทนากลุ่มคำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนาเพื่อนำไปสูขั้นตอนการวิเคาระห์ข้อมูลต่อไป

จุดแข็งและจุดออนของการสนทนากลุ่ม

จุดแข็ง

การพูดคุย ซักถาม ถกประเด็นในกลุ่มให้ได้คำตอบที่กลั่นกรองด้วยเหตุผล การสร้างบรรยากาศที่เปนกันเองทำให้ผู้ร่วมวงสนทนารู้สึกผ่อนคลาย กล้าแสดงความคิดเห็น จึงได้รับข้อมูลจำนวนมากและหลากหลายขอมูลจากการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งทำให้นักวิจัยได้ประเด็นคำถามใหม่ๆ หรือสมมติฐานใหม่ๆ เพื่อการศึกษาค้นคว้าต่อไป ปฏิกิริยาของผู้ร่วมวงสนทนาต่อกันและกัน ทำให้นักวิจัยได้ข้อมูลเกี่ยวกับอิทธิพลของวัฒนธรรมและคุณค่าต่างๆ ของสังคมของผู้ร่วมวงสนทนาที่มาจากวัฒนธรรมเดียวกัน

จุดอ่อน

ผูดำเนินการสนทนาที่ไม่ได้รับการฝึกฝนอยางถูกต้องจะทำให้การดำเนินการสนทนากลุมไมราบรื่นแนวทางการสนทนากลุมที่เรียบเรียงไม่ดี ไม่มีลำดับที่ดีจากไกลตัวมาใกล้ตัว ง่ายไปยากตรงไปตรงมาหาซับซอน จะทำให้การสนทนาวกวน ในที่สุดผู้ร่วมวงสนทนาก็คร้านที่จะออกความคิดเห็นถ้าผู้ร่วมวงสนทนาไม่มีลักษณะร่วมที่คล้ายกัน จากวัฒนธรรมเดียวกันและสามารถข่มกันได การดำเนินการสนทนาก็จะไม่ราบรื่น บรรยากาศในกลุ่มเสีย เกิดกลุ่มย่อย หรือมีคนไม่พูดมากขึ้น

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มไม่สามารถทำให้ภาพพฤติกรรมจริงซึ่งเห็นได้จากการสังเกตว่าสิ่งที่คิดอาจไม่ใช่สิ่งที่ทำ

ข้อมูลจากกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่สามารถเป็นตัวแทนของสังคมหรือวัฒนธรรมที่ผู้ร่วมวงสนทนาดำเนินชีวิตอยู่ได้ ใช้อธิบายได้เฉพาะกับบริบทของกลุ่มนั้นๆ เท่านั้นโดยสรุปการสนทนากลุ่มเป็นวิธี การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งในแวดวงธุรกิจ สุขภาพอนามัย และอื่นๆ แม้ว่าการสนทนากลุ่มจะมีประโยชน์และจุดแข็งมากมาย แต่ก็มีข้อจำกัดและจุดอ่อนที่นักวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องพิจารณาเมื่อจะนำวิธีการนี้มาใช้เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการที่อยู่ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของสถานที่ หรือแหล่งที่ดำเนินการศึกษา นักวิจัยจึงต้องทำตัวให้กลมกลืนกับบริบทและมีสัมพันธภาพอันดีกับผู้คนในสถานที่ศึกษา ในกระบวนการดังกล่าวต้องมีการสนทนากันระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ (Interview) ชนิดหนึ่ง วิธีการสัมภาษณ์นี้จึงเป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่ใช้อย่างกว้างขวางในงานวิจัยเชิงคุณภาพ สาระสำคัญของการสัมภาษณ์มีดังนี้

ชนิดของการสัมภาษณ์

โดยทั่วไปแล้วการสัมภาษณ์มักถูกแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการหรือกึ่งทางการ (Formal or Semi-Formal Interview) ซึ่งใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) ดำเนินการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์อีกประเภทหนึ่ง คือ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) ซึ่งคล้ายกับการพูดคุยสนทนาอย่างไม่มีพิธีรีตอง เป็นไปตามธรรมชาติในบริบทที่ศึกษาไม่เคร่งครัดในขั้นตอนและลำดับของข้อความ การดำเนินการสัมภาษณ์มักมีเพียงแนวทางการสัมภาษณ์กว้างๆ ที่เป็นสาระสำคัญที่ต้องการ ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นนิยมใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการมากกว่าแบบเป็นทางการ และได้แยกวิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการการเป็น 2 ชนิด คือ การสนทนาตามธรรมชาติและการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังตอไปนี้

การสนทนาตามธรรมชาติ (Natural Conversation) เป็นการสัมภาษณ์ ในรูปแบบของการสนทนาระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เช่นนี้มักเกิดขึ้นเมื่อนักวิจัยดำเนินการสังเกตและเห็นสถานที่ บุคคล หรือการกระทำต่างๆแล้วนักวิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือขอคำอธิบายต่างๆ ในเหตุการณที่สังเกต การสัมภาษณ์เช่นนี้ นอกจากจะได้ข้อมูลแล้วยังเป็นการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดี สร้างความเชื่อถือไว้วางใจในตัวนักวิจัยอีกด้วย

จากแนวคิดสรุปได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่จะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงาน การพัฒนางานที่เหมาะสมและคุณภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์สังคมนั้นๆ เป็นการวิจัยแบบเขาไปมีส่วนร่วมและร่วมมือกันในหมู่คณะ และหาหนทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนาร่วมกัน จึงเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะนำมาศึกษาเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในชุมชน

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6.1 งานวิจัยภายในประเทศ

วราภรณ์ อำพันกาญจน์ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านหนองเรียงและบ้านศาลาประชาคม ตำบล ท่าข้าม อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุข และบทบาทการทำหน้าที่เป็นแกนนำ ในการป้องกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติ และ บทบาทหน้าที่ของ อสม. จากตัวแทนครัวเรือนของสองหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 105 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านละ 15 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทัศนคติ การปฏิบัติ ระหว่างประชาชนบ้านหนองเรียงกับประชาชนบ้านศาลาประชาคม พบว่าทั้ง 3 ปัจจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value = 0.001 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทัศนคติ การปฏิบัติ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่างบ้านหนองเรียงกับบ้านศาลาประชาคม พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทัศนคติ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่าง 2 หมู่บ้าน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value=0.001 และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านหนอง เรียงกับบ้านศาลาประชาคมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ค่า p-value= 0.04 การวิจัยนี้สรุปได้ว่า ประชาชนบ้านหนองเรียง มีค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติสูงกว่า ประชาชาชนบ้านศาลา ประชาคม และอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านหนองเรียงมีการปฏิบัติที่สูงกว่า อาสาสมัครสาธารณสุข บ้านศาลาประชาคม

นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี และคณะ (2560) ได้ศึกษาการถอดบทเรียนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: กรณีศึกษา การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกออกโดยชุมชนมี ส่วนร่วม ตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เกิดจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นให้ชุมชนมีการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เนื่องจากโรคไข้เลือดออกมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในตำบลออนใต้ เกิดจากความร่วมมือระหว่างแกนนำชุมชน พยาบาล นักวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออนใต้ และสมาชิกในชุมชน ประกอบ ด้วยขั้นตอนตาง ๆ คือ จัดตั้งคณะกรรมการผูรับผิดชอบ วางแผนงาน ปฏิบัติตามแผนที่กำหนด และสรุปผลการดำเนินงานเป็นระยะเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรค เพื่อหาแนวทางการแก้ไข จนกระทั่งเกิดผลลัพธ์เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การควบคุมและ

ป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลออนใต้ อย่างเป็นรูปธรรม จากผลการดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้จำนวนผู้ที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลออนใต้ลดลงอย่างชัดเจน ตำบลออนใต้ยังได้รับรางวัลในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดอออย่างต่อเนื่อง

เมธี สุทธศิลป์ และคณะ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 240 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจำนวน 50 ข้อ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2558 ถึง 30 เมษายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ Chi-square ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนในระดับสูงร้อยละ 13.8/ปานกลางร้อยละ 64.6/และน้อยร้อยละ 21.7/ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน (r = 0.387) การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน (r = 0.040) และการรับรู้นโยบายการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน (r = 0.012) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนได้ร้อยละ 43.8 โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนสามารถร่วมทำนายได้สูงสุดผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับนโยบายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มากขึ้นและครอบคลุมทั้งหมด

กนกวรรณ เอี่ยมชัยและคณะ (2561) ได้ศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับตำบลของจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเลือกอย่างเจาะจง ในพื้นที่ 5 ตำบล ตำบลละ 30 คน รวม 150 คน จากภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน เครื่องมือที่ใช้เป็น แนวทางการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่ามีประเด็นร่วมของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต และการเกษตรเพื่ออาหารปลอดภัย กระบวนการเริ่มต้นจากการก่อตัวของนโยบายเริ่มต้นจากการเห็นปัญหาของผู้นำชุมชนร่วมกับนโยบายภาครัฐ การกำหนดทางเลือกเชิงนโยบาย โดยนำประเด็นเข้าสู่สภาตำบล เพื่อกำหนดแผนงานและงบประมาณในการพัฒนาตำบล การตัดสินใจผ่านกระบวนการ

ประชุมแล้วนำมากำหนดเป็นกฎระเบียบ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติด้วยการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจากท้องถิ่น การประเมินและติดตามผลโดยผู้นำชุมชนใช้วิธีการสังเกตจากการดำเนินการตามนโยบาย

ภานรินทร์ ณัฏฐากรกุล (2561) ได้พัฒนารูปแบบการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในเขตชุมชนที่ใกล้กับสถานศึกษา ในพื้นที่ชุมชนดงปอ ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มเป้าหมาย คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content analysis) ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอน คือ 1) การเข้าหาชุมชน 2) การประเมินชุมชน 3) การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) การใช้เวทีสมัชชาสุขภาพ 5) การนำนโยบายและแผนไปปฏิบัติ และ 6) การประเมินนโยบาย ผลดำเนินงาน พบว่า การนำรูปแบบการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในเขตชุมชน ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย คือ วัยรุ่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความเข้าใจค่านิยม เปลี่ยนแปลงดีขึ้น และผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนมี เจตคติที่ดีต่อกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนเปลี่ยนแปลงดีขึ้นและยังเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อค้นหาสาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกันในที่สุด โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จครั้งนี้คือ การใช้กระบวนการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน และตรงประเด็น มีความรู้สึกและสำนึกร่วมในการรับผิดชอบต่อปัญหาพื้นที่ร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ ภายใต้กระบวนการที่เป็นนวัตกรรมในรูปแบบใหม่ที่เน้นความสำคัญของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนในทุกขั้นตอน และให้คุณค่าของทุกฝ่ายด้วยกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมและมีระบบเฝ้าระวังติดตามที่สร้างสรรค์และมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

พิรุฬห์ ศิริทองคำ และคณะ (2561) ได้ศึกษา กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับท้องถิ่น ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย พบว่า กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การก่อตัวของนโยบาย 2) การกำหนดนโยบาย 3) การนำนโยบายไปปฏิบัติ 4) การติดตามประเมินผล ประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ด้านระบบสุขภาพชุมชน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านสิ่งเสพติดและอบายมุข ด้านเกษตรกรรมยั่งยืน ด้านสวัสดิการชุมชน ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาพแวดล้อม ปัจจัยการมีส่วนร่วม และปัจจัยสนับสนุน โดยปัจจัยย่อยที่มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ที่เป็นปัจจัย จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ ด้านระดับการศึกษา

ด้านเศรษฐกิจ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการบริหารจัดการ และ ด้านแหล่งสนับสนุน มีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.664, 0.361, 0.213, 0.255 และ 0.073 ตามลำดับ ตัวพยากรณ์ทั้งหมดมีอำนาจในการพยากรณ์อิทธิพลต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้ร้อยละ 48.4 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ .775 รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับท้องถิ่น มีองค์ประกอบในการขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ 1. ผู้แสดงทางนโยบาย 2. ภารกิจของนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่น 3. กระบวนการนโยบาย 4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการนโยบาย และ 5. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

สุรศักดิ์ บุญเทียน (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาและการประเมินรูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสาน ครอบคลุมประชากรผู้มีส่วนได้เสียในประเด็นปัญหาสาธารณะที่เกิดขึ้น รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การจัดเวทีสาธารณะ การประชุมเชิงปฏิบัติการ เทคนิคการสรุปบทเรียน และจากเอกสารต่างๆ ที่เกิดขึ้นนำมาวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบข้อมูลพื้นฐาน 10 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) แกนนำ 2) กลไกการทำงาน 3) เครือข่ายและผู้ส่วนได้เสีย 4) การกำหนดประเด็นสาธารณะและรวบรวมข้อมูลความรู้ 5) การกำหนดทิศทางเป้าหมายเชิงนโยบาย 6) การออกแบบกระบวนการ 7) การผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย 8) การพัฒนาศักยภาพ 9) การสื่อสารกับสังคม 10) การติดตามประเมินผลที่ผ่านมา การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีลักษณะเด่นในการพัฒนาแกนนำ เครือข่าย กลไกและกระบวนการนั้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะสมความสำเร็จที่เกิดขึ้นในรูปแบบการค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ในส่วนการพัฒนารูปแบบใหม่ได้นำหลักความเป็นระบบแต่ยืดหยุ่นมาประยุกต์ใช้ในลักษณะ "สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเชิงประยุกต์" ตั้งแต่การกำหนดประเด็น การพัฒนาข้อเสนอ การรับฟังความคิดเห็น การหาฉันทมติและการเสนอมติเข้าสู่กระบวนการกำหนดนโยบาย รูปแบบที่เกิดขึ้นเหมาะสมกับบริบทในปัจจุบันได้ผสมสานความเป็นทางการกับไม่เป็นทางการเข้าด้วยกัน ส่งผลให้สามารถผลักดันมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดกำแพงเพชร เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจกำหนดนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ จึงเป็นการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในความหมายของทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเชื่อว่าจะนำไปสู่ความอยู่ดีมีสุขร่วมกัน

2.6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

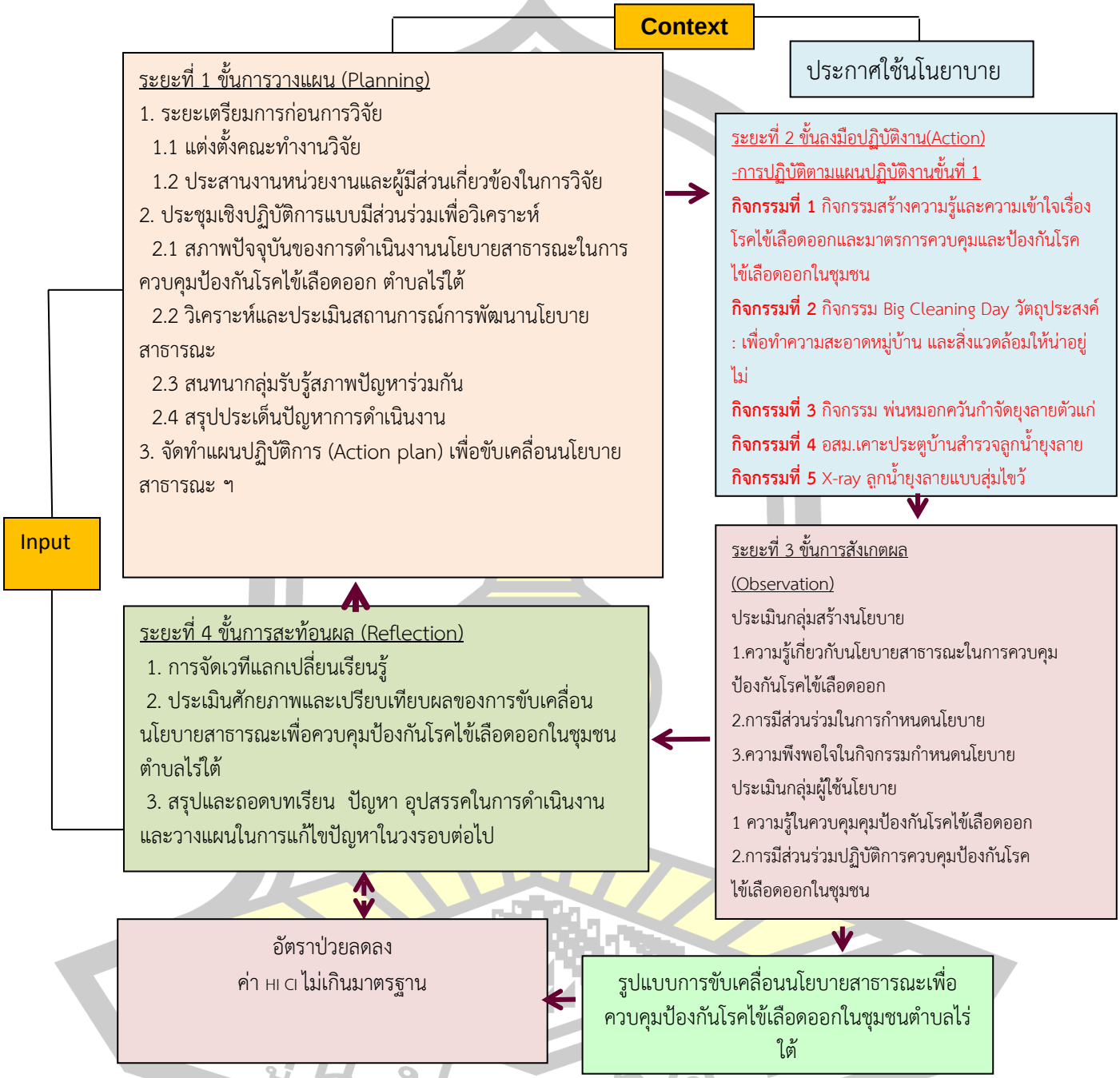
Gomez-Dantés & Willoquet (2009) ไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดจากพาหะนำโรคที่สำคัญที่สุดในอเมริกาและคุกคามชีวิตของผู้คนนับล้านในประเทศกำลังพัฒนา สถิติการเจ็บป่วยและการตายที่ไม่แม่นยำประเมินความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสุขภาพระดับภูมิภาค เป็นผลให้มันถือว่าเป็นลำดับความสำคัญต่ำโดยภาคสุขภาพที่ไม่มีขั้นตอนในเวลาที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ไข้เลือดออกถูกมองว่าเป็นปัญหาของ 'คนอื่น' (เป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม)

ดังนั้นความรับผิดชอบในการควบคุมจึงถูกส่งต่อไปยังผู้อื่น (เพื่อนบ้านชุมชนเทศบาลสถาบันสุขภาพหรือหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐ) หากไม่มีตัวบ่งชี้ความเสี่ยงที่แม่นยำจึงมีโอกาสเล็กน้อยสำหรับการวินิจฉัยที่ทันเวลาการรักษาการแทรกแซงด้านสุขภาพหรือการควบคุมเวกเตอร์ โซลูชันที่กำหนดเป้าหมายเวกเตอร์เท่านั้นลดผลกระทบของการแทรกแซงและไม่มีการควบคุมที่ยั่งยืน หากไม่มีข้อผูกมัดทางการเมืองก็มีทรัพยากรไม่เพียงพอที่จะเผชิญกับปัญหา บทความนี้กล่าวถึงความท้าทายในการป้องกันและควบคุมในอเมริกา

Malina Jasamai et al (2019) ได้ศึกษาทางเลือกในการป้องกันและการรักษาการติดเชื้อไข้เลือดออกในปัจจุบันในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจุบันการรักษาโรคไข้เลือดออกยังไม่มียาต้านไวรัสหรือวัคซีนที่พร้อมใช้ แม้นักวิจัยจะมีความพยายามที่จะลดการติดเชื้อไข้เลือดออก โดยการควบคุมยุงลายหรือไวรัส จำนวนยุงลายจะถูกตรวจสอบและควบคุมด้วยวิธีการทั้งด้านเคมีและชีวภาพ การควบคุมด้วยสารเคมีนิยมใช้สารสกัดจากธรรมชาติมากกว่าจากสารสังเคราะห์ ในการควบคุมทางชีวภาพ แบคทีเรีย เชื้อรา และและการเลี้ยงปลาเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเพื่อพัฒนายีนส์ของยุงลายเพื่อให้ยุงลายมีความสามารถในการอยู่รอดต่ำลง วัคซีนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส แต่ยังคงอยู่ในระหว่างการศึกษาเพื่อพัฒนา การรักษาด้วย Monoclonal antibodies มีการวิจัยอย่างกว้างขวางเพื่อพัฒนากลไกการป้องกันไวรัสไข้เลือดออกของร่างกาย การศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับไวรัส จำลองแบบวงจรชีวิตของไวรัส การสร้างโปรตีนในกระบวนการแบ่งตัวของไวรัส เพื่อพัฒนายาต้านไวรัส ตลอดจนการพัฒนายาต้านไวรัสจากสารประกอบทางชีวภาพ และการร่วมหาแนวทางควบคุม ป้องกัน และรักษาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นสิ่งจำเป็น

ดังนั้นสรุปได้ว่า จะเห็นได้ว่าการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เป็นประเด็นปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไข ในการดำเนินงานนั้นจะต้องร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และที่สำคัญภาคประชาชน และนโยบายสาธารณะจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะสามารถทำทุกคนในชุมชน ได้ร่วมกันรับผิดชอบ การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ และจะต้องเป็นนโยบายระดับพื้นที่สอดคล้องกับปัญหาตามบริบทของชุมชน และเป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นเองโดยชุมชน มีแนวทาง และกำหนดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีเป้าหมายที่วัดผลได้ จึงจะนำไปสู่การประกาศใช้โดยชุมชนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.5 ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6 การจัดกระทำข้อมูล

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยการประยุกต์แนวคิดของ Kemmis & McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในพื้นที่ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษากลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.2.1.1 กลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้ ได้แก่กลุ่มผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านตำบลไร่ใต้ องค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลไร่ใต้ ผู้อำนวยการสถานศึกษาในเขตตำบลไร่ใต้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯไร่ใต้ นักเรียนในเขตตำบลไร่ใต้

3.2.1.2 กลุ่มประชากร ของครัวเรือนในเขตตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 2,764 ครัวเรือน เพื่อใช้ในการประเมินค่า HI และ จำนวน สถานที่ราชการ วัด โรงเรียน จำนวนทั้งหมด 18 แห่ง เพื่อใช้ในการประเมินค่า CI

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียในการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยประชากร 2 กลุ่ม

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ 1 กลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้ ประกอบด้วยภาคประชาชน ภาคการเมือง ภาควิชาการ ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 67 คน ประกอบด้วย

ภาคประชาชน

1) กำนันผู้ใหญ่บ้านตำบลไร่ใต้ ทั้ง 15 หมู่บ้าน จำนวน 15 คน
2) ตัวแทน อสม.ตำบลไร่ใต้ ทั้ง 15 หมู่บ้าน จำนวน 15 คน
3) ตัวแทนนักเรียนในเขตตำบลไร่ใต้ ทั้ง 6 แห่ง จำนวน 12 คน

ภาคการเมือง

1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ จำนวน 1 คน
2) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ จำนวน 1 คน
3) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ จำนวน 15 คน

ภาควิชาการ

1) ผู้บริหารสถานศึกษา ทั้ง 6 แห่ง จำนวน 6 คน

2) ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯไร่ใต้ จำนวน 1 คน

3) นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 1 คน

<u>เกณฑ์ในการคัดเข้า</u> (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

1. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
2. สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย
3. ร่วมในการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 70.0
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

<u>เกณฑ์ในการคัดออก</u> (Exculsion criteria)

1. ของดการให้ข้อมูลระหว่างการศึกษา
2. ย้ายถิ่นฐานหรือย้ายสถานที่ทำงาน

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ครัวเรือนที่อยู่ในตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 2,764 ครัวเรือน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan (1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 338 คน และจากการเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกรณีตัวอย่างสูญหายหรือไม่สามารถติดต่อได้ ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดตัวอย่างคือ 363 คน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งสัดส่วนแต่ละหมู่บ้านให้เท่ากันก่อนและทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลาก

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.3.1 เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.3.1.1 เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ 1 กลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะ จำนวน 1 ชุด

ชุดที่ 1 ประกอบ 4 ส่วน ดังนี้

สวนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ (Test) ความรู้ ลักษณะคำถามเป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งให้เลือดออกตอบ ถูกหรือผิด จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้ใช้แบบอิงเกณฑ์ ประยุกต์ใช้ตามหลักของ Bloom (Bloom, 1971) มี เกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 8.00 – 10.00 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.00 – 7.99 คะแนน (ร้อยละ 60-79.9)

ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 5.99 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการมีส่วนร่วมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา 4 ข้อ การมีส่วนร่วมในการคิดและเสนอแนวทางการดำเนินงาน 4 ข้อ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 4 ข้อ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4 ข้อ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล 4 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	ให้	5	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

1.00 –1.80	คะแนน	หมายถึง	แทบไม่มีส่วนร่วม
1.81 –2.60	คะแนน	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับน้อย
2.61 –3.40	คะแนน	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับปานกลาง
3.41 –4.20	คะแนน	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับมาก
4.21 –5.00	คะแนน	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการของ สมควร จุลอักษร และคณะ (2550) มีจำนวน 10 ข้อประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ร่วมปรึกษา วางแผน เสนอแนะในการกำหนดมาตรการและภาพรวมของนโยบายสาธารณะเกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

มากที่สุด	ให้	5	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน

น้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

1.00 –1.80	คะแนน	หมายถึง	แทบไม่มีส่วนร่วม
1.81 –2.60	คะแนน	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับน้อย
2.61 –3.40	คะแนน	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับปานกลาง
3.41 –4.20	คะแนน	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับมาก
4.21 –5.00	คะแนน	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับมากที่สุด

3.3.1.2 เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ 2 กลุ่มประชาชนและครัวเรือนในเขตตำบลไร่ใต้ ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบทดสอบความรู้และการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของประชาชนตำบลไร่ใต้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

สวนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สวนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไป การควบคุมและการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งให้เลือกตอบ ถูกหรือผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้ใช้แบบอิงเกณฑ์ ประยุกต์ใช้ตามหลักของ Bloom (Bloom, 1971) มี เกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 12.00 – 15.00 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 9.00 – 11.99 คะแนน (ร้อยละ 60-79.9)

ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 8.99 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบวัดเพื่อประเมินการมีส่วนร่วม และการปฏิบัติการของชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งกำหนดเป็นกลุ่ม คือ กลุ่มปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ โดยกำหนดเกณฑ์ การให้ค่าคะแนนการตอบ มาตรวัดของ Best ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไมเคยปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำทุกสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ 1-3 ครั้ง/เดือน

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เลย

จากนั้น นำคะแนนไปหาค่าคะแนนเฉลี่ย โดยนำคะแนนรายข้อมารวมกัน หารด้วยจำนวนคำถาม สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย การแปลความหมาย

1.00 - 1.66 การปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

1.67 - 2.33 การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

2.34 - 3.00 การปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสำรวจค่า HI และ CI ประกอบด้วย แบบสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน สำหรับ อสม. แบบบันทึกการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ในโรงเรียน วัด และสถานที่ราชการ โดยการสุ่มเพื่อวัดผล จะสุ่มโดยทีม SRRT ระดับอำเภอและระดับจังหวัด

3.3.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม มีเครื่องมือและวิธีการในการดำเนินการจัดเก็บข้อมูล ดังนี้

3.3.2.1 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการสนทนาที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ทุกคนได้กล้าที่จะแสดงออก กล้าซักถามและมีความเป็นกันเอง วิธีการถามจะมีการกำหนดประเด็นไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์โดยเริ่มจากคำถามทั่วๆ ไปก่อนแล้วจึงจะเข้าประเด็นหลักและลงท้ายด้วยคำถามง่ายๆ ก่อนสรุปประเด็นให้แก่ผู้ร่วมสนทนา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ทัศนคติ ความต้องการ เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน รวมถึงการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่กำลังศึกษาวิจัย แล้วบันทึกด้วยแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

3.3.2.2 แบบบันทึกจากการสังเกต (Observation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) โดยผู้วิจัยเข้าไปร่วมในทุกกระบวนการ และการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม โดยการสังเกตความก้าวหน้าในการนำนโยบายไปปฏิบัติ สังเกตความสนใจ การรวมกลุ่ม ความใส่ใจในการแก้ไขปัญหา

3.3.2.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ในคำถามปลายเปิดภายใต้กรอบเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้าโดยใช้บรรยากาศกันเองมากที่สุด วิธีนี้จะได้ข้อมูลที่แม่นยำและข้อมูลที่ตรงที่สุด ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะขออนุญาตจากผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียง

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 ความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จแล้ว เสนออาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุง จากนั้นนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือค่าของ IOC (Index of Item of Objective Congruence) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.4.2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ (ชุดแบบสอบถาม) ที่ปรับปรุงแล้วนำข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) ในต่างพื้นที่ โดยผู้วิจัยเลือกใช้กับพื้นที่ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นพื้นที่ในอำเภอเดียวกัน และมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับพื้นที่ทำวิจัยกับประชากรเป้าหมาย ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดในพื้นที่ เก็บข้อมูลจำนวน 30 ชุด นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ด้วยเครื่องมือคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสูตรของ Kuder Riehardson 20 (KR-20) สำหรับแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อคุมคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้ค่า (KR-20) เท่ากับ 0.7,0.7 ตามลำดับ และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbach’ s Alpha Coefficient) สำหรับแบบวัดการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบาย แบบวัดความพึงพอใจต่อนโยบาย และการปฏิบัติตัวในการปองกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.955, 0.932 และ 0.87 ตามลำดับ

3.5 ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังการตรวจสอบปรับปรุง และแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการศึกษาวิจัยตามขั้นตอนต่างๆ ดังต่อไปนี้

3.5.1 ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจันศึกษาค้นความความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้การบูรนาการ ประสานงานกับผู้นำในชุมชนและผู้ร่วมวิจัย เพื่อสร้างความคุ้ยเคย พรอมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินงานในครั้งนี้ ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

3.5.2 ขั้นดำเนินการวิจัย

ในเบื้องต้นเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ทะเบียน สถิติรายงานที่เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และศึกษาบริบทชุมชน ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 การเตรียมการก่อนการวิจัย

1.1) แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย

1.2) ประสานงานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

กิจกรรมที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะทำงานวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ครั้งที่ 1 เพื่อวิเคราะห์บริบทสภาพแวดล้อมและปัญหาของพื้นที่ ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

2.1) สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานนโยบายสาธารณะในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้

2.2) วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การพัฒนานโยบายสาธารณะ

2.3) สนทนากลุ่มรับรู้สภาพปัญหาร่วมกัน

2.4) สรุปประเด็นปัญหาการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะทำงานวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ครั้งที่ 2 เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ฯ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ใช้เวลาในการประชุม 1 วัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

กิจกรรมที่ 4 ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (กิจกรรมที่จะได้จากมติจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะทำงานวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งที่ 2)

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

กิจกรรมที่ 5 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะทำงานวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ครั้งที่ 3 เพื่อประเมินผลของนโยบายตามแบบประเมินนโยบายและประเมินผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 6 การประเมินผลลัพธ์ของนโยบายนโยบายสาธารณะ ทำการประเมินในผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 10 นาที

6.1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและนโยบายในผู้เข้าร่วมการวิจัย

6.2) การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบาย

6.3) ความพึงพอใจในนโยบาย

6.4) การสุ่มตรวจค่า HI CI

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสองสะทอนผล (Reflection)

กิจกรรมที่ 8 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะทำงานวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งที่ 4 เพื่อถอดบทเรียนหลังการดำเนินโครงการ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

1) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2) สรุปและถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบ

3.6 การจัดกระทำข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์เชิงคุณภาพตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นของข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปขอ ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบการวางแผนการพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมโรคก่อนและหลังดำเนินการ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการนำข้อมูลจากแนวคำถาม การสังเกต การสัมภาษณ์การพูดแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ จากการร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชน การประชุมกลุ่มสนทนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ มารวบรวม ตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูด ของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมูวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมูวิเคราะห์และพิจารณาเชิงเหตุผล พร้อมทั้งสรุปประเด็น เขียนตามกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ซึ่งจะมีการสรุปผลการดำเนินงานและนำผลการวิเคราะห์คืนสูชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาหาวิธีการแกไขและพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไขเลือดออกต่อไป

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลจากแบบสอบถามการดำเนินการปฏิบัติงานการห้องกันโรคไขเลือดออก โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ สวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบ ความรู การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ผลการดำเนินปฏิบัติงานการป้องกันโรคไขเลือดออก โดยวัดจาก ค่า HI CI ก่อนและหลังการวิจัย ด้วยสถิติทดสอบ Paired sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได จากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมูตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content) โดยการรวบรวมรวม เรียบเรียง วิเคราะห์และตีความหมายข้อมูล

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

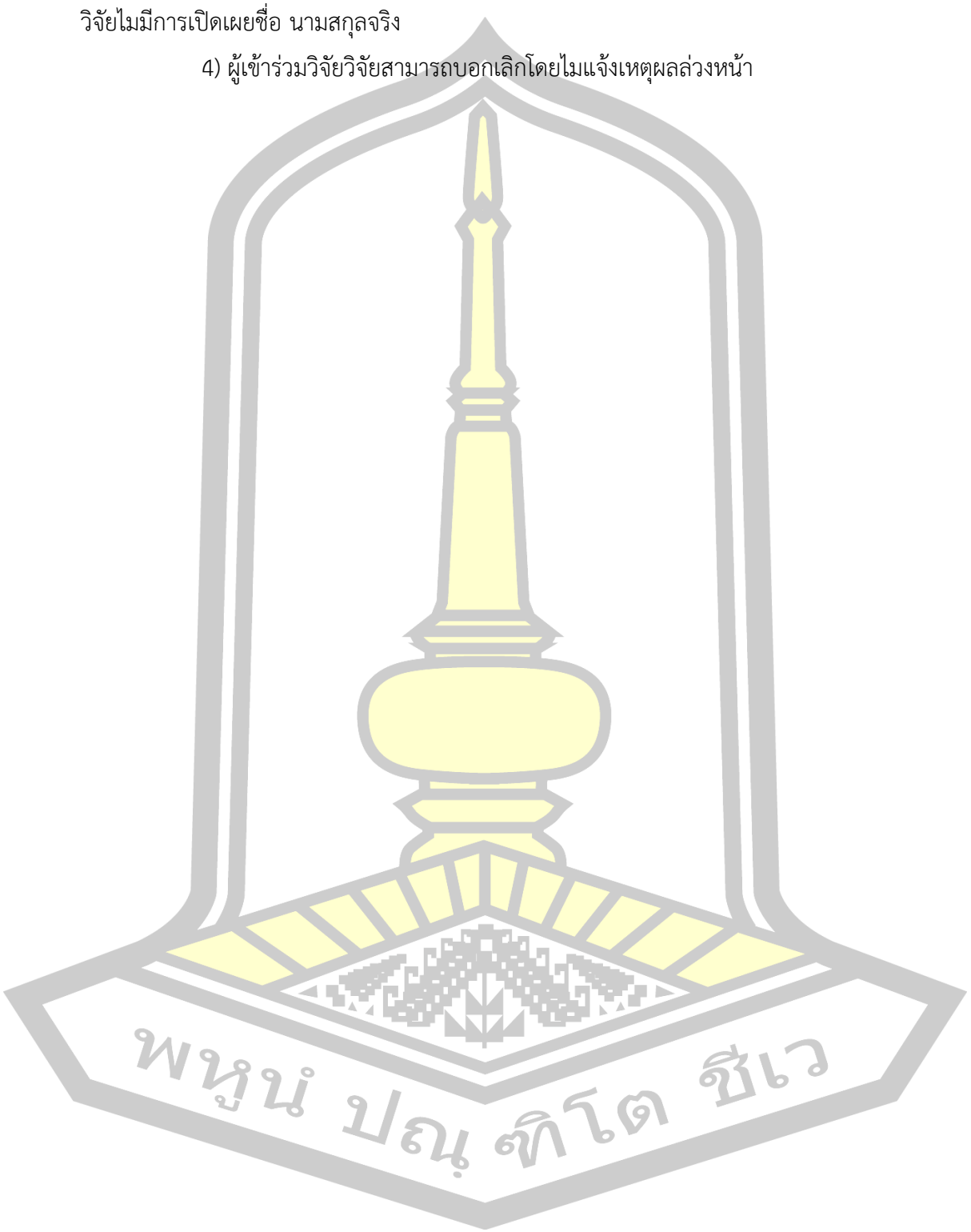
การวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยจะต้องทำงานใกล้ชิดกับประชาชน ซึ่งเป็นผู้ร่วมการวิจัยครั้งนี้และมีกิจกรรมที่ต้องเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้ร่วมวิจัยด้วย ผู้วิจัยจะเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัย ถ้าผู้ร่วมวิจัยยินดีให้ทำการศึกษาและเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงจะสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ข้อมูลที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับ พร้อมกันนี้การที่จะถ่ายภาพหรือบันทึกเทปผู้วิจัยจะขออนุญาตก่อนทุกครั้ง ผู้วิจัยจะเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นหน่วยงานที่พิจารณาอนุมัติการวิจัยในมนุษย์ในพื้นที่ที่ทำการวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในวันที่ 28 มกราคม 2563 (หมดอายุวันที่ 27 มกราคม 2564) เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2563 – 022 และผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ใบอนุมัติ 041/2563 วันที่รับรอง 19 กุมภาพันธ์ 2563 หมดอายุวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2564

2) ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และแจ้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ต่องเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของผู้ร่วมวิจัย ตามหลักเกณฑ์การวิจัยในคนที่เกี่ยวข้องทุกประการ

3) ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลจริง

4) ผู้เข้าร่วมวิจัยวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผลล่วงหน้า



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) ขั้นสองสะทอนผล (Reflection) โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชน การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบประเมิน และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เทคการทำกิจกรรมและการวางแผนปฏิบัติการร่วมกัน ใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกจากการสังเกต แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และสรุปผลการดำเนินงานใช้เทคนิคการเรียนรู้หลังปฏิบัติ (After action review) ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอในประเด็นดังต่อไปนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการพัฒนา

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{x}$ แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)

SD แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

p - value แทน ความน่าจะเป็นที่คำนวณได้จากเงื่อนไขเริ่มต้นของสมมติฐาน

Z แทน ค่าสถิติที่ใช้ทดสอบ

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) บริบทของพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรคไขเลือดออกของตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2) กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

3) ผลของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

4) ปัจจัยแหงความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 กลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

2. เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนา

3. ระดับการมีสวนรวมในกิจกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

4. ระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ส่วนที่ 2 กลุ่มประชาชนและครัวเรือนในเขตตำบลไร่ใต้

1. ขอมูลทั่วไปของกลุ่มประชาชนและครัวเรือนในเขตตำบลไร่ใต้

2. เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในเขตตำบลไร่ใต้ ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่

3. เปรียบการมีสวนรวม และการปฏิบัติการของชุมชนในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่

4. เปรียบเทียบค่า ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ (House Index : HI) ค่าร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำ (Container Index : CI) และค่า ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่

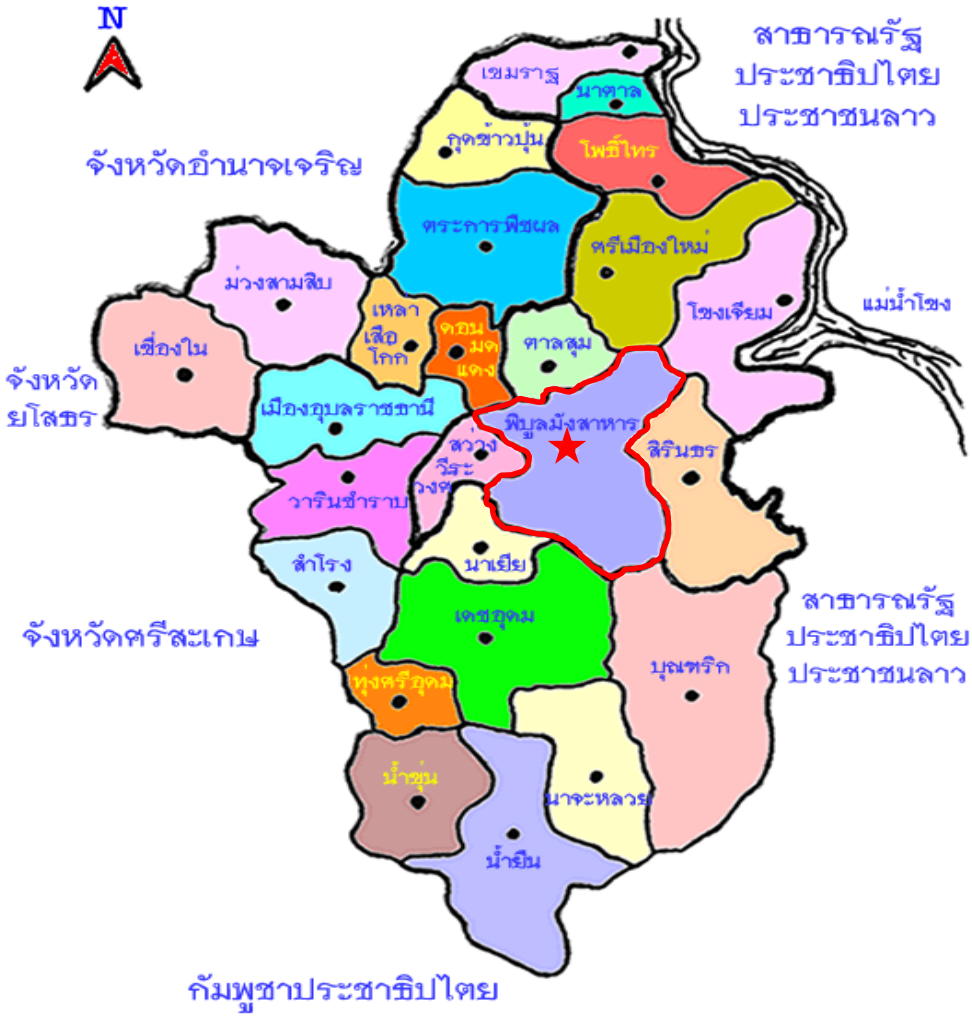
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 บริบทของพื้นที่ในการดำเนินงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1) ข้อมูลบริบททั่วไปของชุมชน

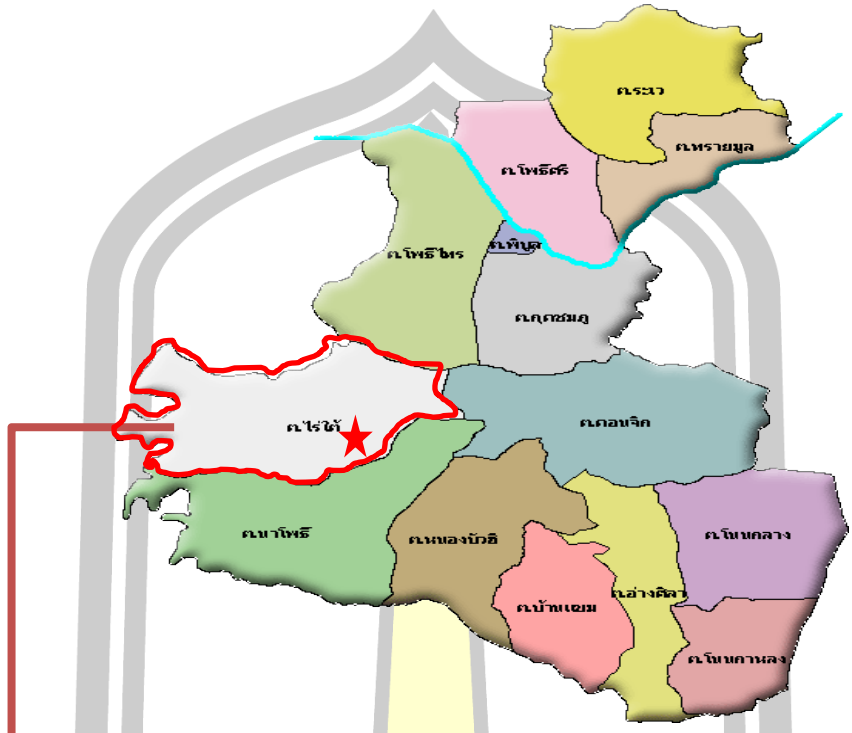
ตำบลไร่ใต้ ตั้งอยู่ทิศตะวันตกเฉียงใต้ของอำเภอพิบูลมังสาหาร ไปตามเส้นทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 217 เส้นทางอำเภอพิบูลมังสาหาร ไปยังบ้านไร่ใต้ ตำบลไร่ใต้ ระยะทาง 15 กิโลเมตร

แผนที่จังหวัดอุบลราชธานี

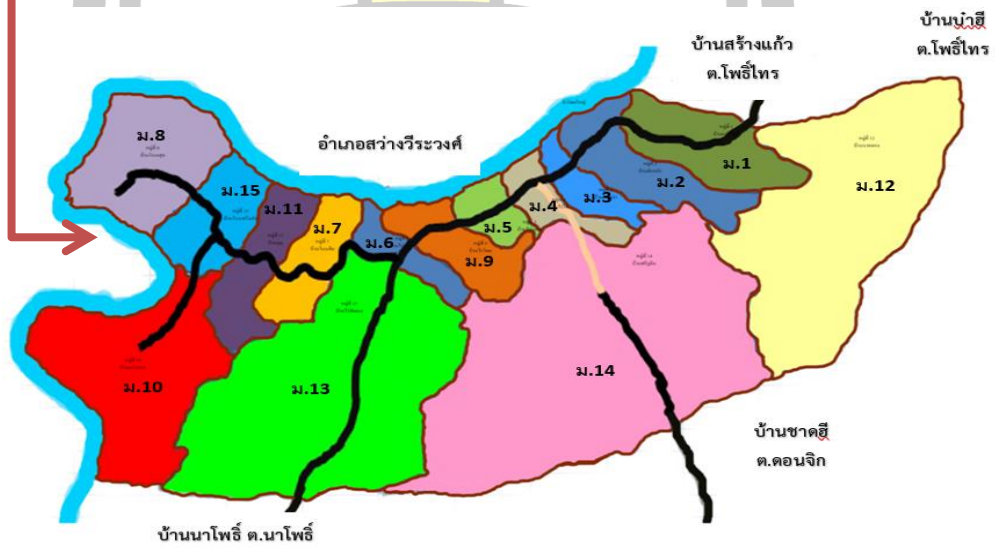


ภาพ 6 แผนที่จังหวัดอุบลราชธานี

แผนที่อำเภอพิบูลมังสาหาร



แผนที่ตำบลไร่ใต้



ภาพ 7 แผนที่ตำบลไร่ใต้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ อำเภอสว่างวีระวงศ์ โดยมีลำโดมใหญ่กั้นกลาง
ทิศใต้	ติดต่อกับ ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ ตำบลดอนจิกและตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพิบูลมังสาหาร
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ อำเภอนาเยีย โดยมีลำโดมใหญ่กั้นกลาง

สภาพภูมิศาสตร์ตำบลไร่ใต้เป็นที่ราบลุ่ม มีหนองน้ำอยู่ทั่วไป และมีแม่น้ำลำโดมใหญ่ไหลผ่านพื้นที่ตำบลไร่ใต้ สภาพดินเป็นดินเหนียวปนทราย

สภาพภูมิอากาศทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ฤดู ได้แก่ ฤดูฝน จะเริ่มในเดือนพฤษภาคม ฝนตกชุกในเดือนกรกฎาคม ฤดูหนาว จะเริ่มเดือนพฤศจิกายน อากาศหนาวจัดในช่วงเดือนมกราคม ฤดูร้อนจะเริ่มเดือนมีนาคม อากาศร้อนจัดช่วงเดือนเมษายน ของทุกปี

ประชาชนตำบลไร่ใต้ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ปลูกพืชหลักที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว มันสำปะหลัง และยางพารา ประชากรบางส่วนประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย นอกจากนี้ประชากรสวนหนึ่งไปประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัด ทำให้สภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างดีโดยมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร ประมาณ 43,430 บาท/ปี (ที่มา การสำรวจ จปฐ. องค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้, 2561)

แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 15 หมู่บ้าน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) จำนวน 1 แห่ง จำนวนหลังคาเรือน 2,125 หลังคาเรือน ประชากร 6,513 คน ชาย จำนวน 3,231 คน หญิง จำนวน 3,282 คน มีวัด 6 แห่ง สำนักสงฆ์ 3 แห่ง พระภิกษุ จำนวน 31 รูป คริสต์สถาน จำนวน 1 แห่ง เพื่อการปฏิบัติศาสนพิธีหรืองานบุญต่าง ๆ ตามขนบประเพณีชาวอีสาน โดยเฉพาะประเพณี “ฮีตสิบสองคองสิบสี่” ซึ่งเป็นประเพณีที่คนไทยชาวอีสานยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ตำบลไร่ใต้ มีโรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 3 แห่ง โรงเรียนระดับขยายโอกาส จำนวน 2 แห่ง ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 3 และโรงเรียนมัธยม จำนวน 1 แห่ง สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี สถานบริการด้านสาธารณสุขของรัฐ จำนวน 1 แห่ง คือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

การคมนาคมค่อนข้างสะดวก การติดต่อระหว่างหมู่บ้าน มีถนนลาดยาง ทางหลวงชนบท ประชาชนส่วนใหญ่ เดินทางโดยรถยนต์โดยสารประจำทาง รถยนต์และรถจักรยานยนต์ส่วนตัว การคมนาคมภายในตำบล มีถนนที่ใช้ในการเดินทางและคมนาคมขนส่งทางการเกษตร ส่วนใหญ่เป็นถนนคอนกรีตและถนนลาดยาง ติดต่อระหว่างหมู่บ้านในเขตตำบล ซึ่งสามารถติดต่อคมนาคมได้อย่างสะดวก ใช้บริการรถยนต์โดยสารประจำทางติดต่อกับอำเภอและจังหวัดได้สะดวกรวดเร็ว

2) ข้อมูลบริบทของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมตำบลไร่ใต้

2.1) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของ ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2562) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ช่วงอายุ 5-14 ปี ถึงร้อยละ 50 พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 ดังนี้ 76.92 ,138.46, 33.5 , 569.0 และ 230.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ พบว่าปี 2562 มีอัตราป่วยเกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (138.46 ต่อแสนประชากร) มีการระบาดอย่างหนัก ในปี พ.ศ. 2561 อัตราป่วยสูงถึง 569 ต่อแสนประชากร สูงเป็นอันดับ 2 ของอำเภอพิบูลมังสาหาร และพบมีการติดเชื้อในพื้นที่เดิม ซึ่งหมายความว่าจะต้องมียุงลายที่เป็นพาหะนำโรค สามารถก่อให้เกิดการระบาดของโรคได้อีก จึงถือว่าปัญหาไข้เลือดออกในพื้นที่เป็นปัญหาที่สำคัญที่จะต้องหาแนวทางในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2.2) การศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชุนตามหลักการระบาดวิทยา ซึ่งประกอบด้วย คน (Host) ตัวก่อโรค (Agent) สิ่งแวดล้อม (Environment)

คน (Host) ตำบลไร่ใต้มีประชากร ทั้งหมด 6,513 คน ชาย จำนวน 3,231 คน คิดเป็นร้อยละ 49.61 หญิง จำนวน 3,282 คน คิดเป็นร้อยละ 50.39 ประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ปลูกข้าว ปลูกมันสำปะหลัง และทำสวนยางพาราเป็นต้น กลุ่มวัยรุ่นละวัยทำงานส่วนใหญ่จะออกไปทำงานนอกบ้าน หรือตามไร่นา และสวน ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านตอนกลางวันส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุละเด็ก และพบว่าผู้สูงอายุและเด็กมีพฤติกรรมการนอนกลางวัน อย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง และส่วนใหญ่จะนอนไม่กางมุ้ง จึงทำให้ยุงลายกัดได้ และช่วงโรงเรียนเปิดเทอม เด็กช่วงวัยเรียนจะไปโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากสถิติการเกิดโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียน มากกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากอยู่รวมกันสามารถติดต่อกันได้ง่าย

ตัวก่อโรค (agent) โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งมีพาหะนำโรค คือ ยุงลาย ซึ่งในเขตตำบลไร่ใต้พบว่ามีทั้งยุงลายบ้านและยุงลายสวน เนื่องจากลักษณะบ้านเรือนส่วนใหญ่จะมีสวนและป่าละเมาะหลังบ้าน และจากการสำรวจยังพบพบยุงลายสวนที่สวนยางพาราจำนวนมาก

สิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน

สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน จากการสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนพบว่า มีภาชนะรองน้ำจำนวนมาก เช่น ใส่น้ำที่รองขาตู้เพื่อป้องกันมด ถาดรองน้ำหลังตู้เย็น ตุ่มรองน้ำในครัว และในห้องน้ำ ด้วยวิถีชีวิตของของชุมชนผู้เฒ่าผู้แก่จะเสียดายน้ำเมื่อมีน้ำฝนตกลงมา จะรองน้ำฝนเพื่อเก็บไว้ใช้อุปโภคบริโภค จึงทำให้มีตุ่มรองน้ำบ้านละจำนวนมาก และชุมชนยังพบปัญหาน้ำประปาไม่หล

บ่อยครั้งน้ำประปาจะไม่ไหล ชาวบ้านจึงจำเป็นต้องรองน้ำไว้ใช้จำนวนมาก จึงเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย และพบว่าภายในบ้านแสงสว่างไม่เพียงพอโดยเฉพาะในห้องน้ำ ซึ่งพฤติกรรมของยุงลายจะชอบอาศัยอยู่ที่มือเกาะตามเสื้อผ้า ซึ่งส่วนใหญ่ชาวบ้านจะไม่มีตู้เสื้อผ้า จะแขวนหรือพาดไว้กับราวไม้หรือเชือกซึ่งทำให้ยุงลายไปเกาะ

สิ่งแวดล้อมนอกบ้าน ตำบลไร่ใต้ มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 2,125 หลังคาเรือน ลักษณะบ้านเรือนอยู่ติกันเป็นชุมชนขนาดใหญ่ และมีบ้านเรือนกระจายอยู่ตามทุ่งนา ลักษณะสิ่งแวดล้อมรอบหมู่บ้าน ยังมีขยะเศษกระดาษ ถุงพลาสติก หรือ พวกขวดพลาสติกต่างๆ ซึ่งสามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้ นอกจากนี้รอบๆชุมชนตำบลไร่ใต้มีป่ารกหลายแห่งด้วยความอุดมสมบูรณ์มีแม่น้ำลำโดมใหญ่ไหลผ่าน และมีป่าไผ่จำนวนมาก และชาวบ้านจะไปตัดไม้ไผ่มาทำเครื่องจักสาน ทำให้ตอของต้นไผ่ มีน้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธ์ลูกน้ำยุงลาย และมีโอ่งขนาดใหญ่สีขาว ซึ่งส่วนมากไม่ได้ใช้ประโยชน์แล้ว กลายเป็นแหล่งน้ำขังมีกระจายอยู่เกือบทุกหลังคาเรือน และสาเหตุท่สำคัญอีกหนึ่งอย่างคือสวนยางพารา ซึ่งรวมแล้วมีหลายพันไร่กระจายอยู่บริเวณรอบหมู่บ้านและตามไร่นา ซึ่งจากการสำรวจลูกน้ำยุงลายพบว่า ช่วงที่ไม่ใช่หน้ากรีดยางจะมีน้ำขังที่กะลารองน้ำยางกลายเป็นแหล่งเพาะพันธ์ของยุงลาย

2.3 การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบล

ปัจจุบันตำบลไร่ใต้ ได้มีการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นประจำทุกปี โดยวิธีการรณรงค์พ่นหมอกควัน แจกจ่ายทรายอะเบทให้กับครัวเรือน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลไร่ใต้ มีการสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ครัวเรือนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนของตนเอง ซึ่งผลการดำเนินงานจากปีที่ผ่านมาก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ จากการสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชน 6 เดือน ย้อนหลัง พบว่า ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ (House Index: HI) และค่า ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำ (Container Index : CI) ซึ่งเป็นดัชนีพื้นฐานในการเฝ้าระวังแหล่งเพาะพันธุ์ยุงซึ่งเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญยังเกินมาตรฐาน โดย มีค่า HI เท่ากับ 40.00, 50.67, 56.58, 60.00, 65.00 และ 58.60 และ CI เท่ากับ 35.00, 24.00, 31.03,23.08 และ 30.77 ซึ่งค่ามาตรฐาน HI ตามเกณฑ์มาตรฐานจะต้องไม่เกิน 10 และ CI ต้องเท่ากับ 0 ด้วยเหตุนี้จึงพบอุบัติการณ์โรคในพื้นที่ดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ตำบลไร่ใต้ จากการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆและจากการสัมภาษณ์ประชาชนพบว่า ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการมีส่วนร่วมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ขยะ ป่ารกรอบหมู่บ้าน สวนยางพาราหลังการเก็บเกี่ยว ทำให้มีน้ำขังในกะลารองยาง เป็นต้น ระบบการเฝ้าระวังแหล่งนำโรคในชุมชนยังขาดความต่อเนื่องและวิธีการจัดการที่ดีพอ แม้กระทั่ง วัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมป้องกันโรคยังไม่เพียงพอ ได้แก่ ทรายอะเบท น้ำยาเคมี และเครื่องพ่นหมอกควัน เป็นต้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนและภาคี

เครือข่ายขาดการมีส่วนร่วมและขาดพลังในการดำเนินงาน ผู้มีบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่มักจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. และหน่วยงาน อปท. ที่สนับสนุนงบประมาณในการซื้อทรายอะเบทและรณรงค์พ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย แต่ภาคส่วนอื่นๆ ยังไม่มีบทบาทร่วมกันในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเท่าที่ควร โดยเฉพาะภาคประชาชน

2.4 บริบทการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพเรื่องการควบคุมโรคไข้เลือดออก

นโยบายเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในปัจจุบัน เป็นนโยบายจากรัฐมอบหมายลงมาให้หน่วยงานภาครัฐเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการจัดการปัญหา ประชาชนมองว่าเป็นเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุขต้องมาดูแล ตำบลไร่ใต้ได้ดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นประจำทุกปี โดยสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลไร่ใต้ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมกองทุกหลักประกันสุขภาพตำบลไร่ใต้ เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้งบประมาณค่อนข้างสูในแต่ละปี ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่นำมาจัดซื้อทรายอะเบท น้ำยาเคมี และน้ำมันเชื้อเพลิงในการฉีดพ่น รายละเอียด 3 ปีย้อนหลังดังนี้

ตาราง 1 แผนงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ ปี 2561-2563

ปีงบประมาณ	โครงการ	งบประมาณ (บาท)
2563	โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2563	84,500
2562	โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2562	97,000
2561	โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2561	55,000

ผลการดำเนินในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตามโครงการดังกล่าว ยังไม่สามารถควบคุมและป้องกันโรคระบาดได้ มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในอัตราที่สูงในทุกๆ ปี ดังรายงาที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ จะเห็นได้ว่าการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร นี้เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญมากของชุมชนที่ต้องเร่งหาแนวทางในการแก้ไข โดยการวิเคราะห์สาเหตุในเบื้องต้นพบว่า การมีส่วนร่วมโดยภาค

ประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งในการดำเนินงานนั้นจะต้องสร้างความร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และที่สำคัญคือภาคประชาชนเข้ามาร่วมแก้ปัญหา เพื่อกำหนดให้เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจะต้องเป็นนโยบายระดับพื้นที่สอดคล้องกับปัญหาตามบริบทของชุมชน และเป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นเองโดยชุมชน มีแนวทาง และกำหนดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีเป้าหมายที่วัดผลได้ จึงจะนำไปสู่การประกาศใช้โดยชุมชนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

4.3.2 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำหลักการและขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน

1. ขั้นวางแผน Planning

กิจกรรมที่ 1 การเตรียมการก่อนการวิจัย

1. แต่งตั้งคณะทำงาน ผู้วิจัยคัดเลือกคณะทำงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีไร่ใต้ จำนวน 2 ราย

2. ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา โดยผู้วิจัยและคณะทำงานได้โทรติดต่อประสานงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และได้ทำหนังสือราชการจากทางสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ เพื่อเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน พร้อมทั้งให้มีการตอบรับผ่าน QR code และขอข้อมูล line id ของผู้เข้าร่วม

3. ส่งแบบทดสอบและแบบสอบถามเพื่อประเมินก่อนการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามก่อนเข้าประชุม ในรูปแบบ Google form แอพพิเคชั่นไลน์ส่วนตัวของผู้ที่ตอบรับการเข้าร่วมประชุม

4. จัดเตรียมสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการประชุม

กิจกรรมที่ 2 จัดประชุมคณะกรรมการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา ครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน

จัดการประชุมขึ้นเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563 ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ มีคณะกรรมการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา เข้าร่วมประชุม ทั้งหมด 67 คน เริ่มต้นจากการเปิดประชุมโดย นายสุเวช จันทร์จิตร นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอความเป็นมาของการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายของการวิจัย จากนั้นได้นำเสนอสถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุชนตำบลไร่ใต้ และ

กล่าวเปิดประเด็นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

สรุปประเด็นการประชุมเตรียมการครั้งที่ 1

1. ผู้วิจัย นำเสนอความเป็นมาของการศึกษาวิจัย ระบุปัญหา คือปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องนโยบายสาธารระเพื่อสุขภาพ

3. ผู้วิจัยเปิดประเด็นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราธานี

4. ผู้ร่วมประชุมเสนอ การกำหนดนโยบายสาธารณะหรือจะกำหนดมาตรการใดๆ ก็ตามในสังคมควรได้ให้ประชาชนได้เสนอข้อคิดเห็นด้วยประชาชนถึงจะให้ความสำคัญเพราะเป็นมาตรการ

5. ผู้ร่วมประชุมเสนอ กำนันผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมประชุมในวันนี้ควรไปจัดกิจกรรมประชาคมชาวบ้านทำความเข้าใจรับฟังปัญหาและรวบรวมข้อเสนอแนะของชุมชนก่อนและเป็นตัวแทนของชุมชนในการประชุมกำหนดนโยบายครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการ

เพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยกระบวนการ AIC ซึ่งจัดขึ้นในรูปแบบเวทีสมัชชา ขั้นตอนการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรม 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การคัดเลือดผู้เข้าประชุม

ผู้เข้าร่วมประชุมคือกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย

1) ภาคประชาชน จำนวน 42 คน ประกอบด้วย กำนันผู้ใหญ่บ้านตำบลไร่ใต้ จำนวน 15 คน ตัวแทน อสม.ตำบลไร่ใต้ จำนวน 15 คน และตัวแทนนักเรียนในเขตตำบลไร่ใต้ จำนวน 12 คน

2) ภาคการเมือง จำนวน 17 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ จำนวน 1 คน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ จำนวน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ จำนวน 15 คน

3) ภาควิชาการ จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 6 คน ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯไร่ใต้จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 1 คน

รวมทั้งสิ้น 67 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งไว้ สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2) เตรียมประเด็น

เป็นหัวข้อเรื่องการกำหนดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ประเด็นสาเหตุของปัญญา การหาแนวทางแก้ไขได้อย่างไร และ ประเด็นหัวข้อเรื่องจะทำแผน/โครงการ

3) เขียนวัตถุประสงค์ของประเด็น

4) การเปลี่ยนกลุ่ม

โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มไว้ล่วงหน้า โดยให้มีความแตกต่างกันภายในกลุ่มให้แต่ละกลุ่มประกอบด้วย ทั้งภาคประชาชน ภาคการเมือง และภาควิชาการ รวมทั้งเตรียมผู้สนับสนุนกลุ่ม (Facilitator) มีการเตรียมซักซ้อมทำความเข้าใจกับกระบวนการ ซึ่งยึดในหลักการให้ทุกคนได้มีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น

5) การเตรียมห้องประชุม

จัดเตรียมห้องประชุมพร้อมที่นั่งครบคน จัดเป็นครึ่งวงกลม และเตรียมพื้นที่สำหรับการประชุมกลุ่มย่อย พร้อมที่นั่งตามจำนวนกลุ่มที่เตรียมไว้

6) เตรียมอุปกรณ์

จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ประกอบด้วย เครื่องคอมพิวเตอร์ ปากกาเคมี กระดาษชาร์ต กระดาษ A4

ขั้นตอนการจัดประชุม

จัดเวทีสมัชชาเฉพาะพื้นที่ เพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C และการสนทนากลุ่ม จัดขึ้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2563 ณ ห้องประชุมสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ โดยมีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการเข้าใจสถานการณ์และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (A: Appreciation)

1) การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และระบุสาเหตุของปัญหา

ในกระบวนการนี้ได้เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการของแต่ละบุคคลในกลุ่มโดยการสนทนาโดยให้ทุกคนได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นภายใต้คำถามที่ทีมวิทยากรป้อนให้ คือ ปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน สาเหตุเกิดจากอะไร แล้วเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ จากการสังเกตพบว่า ผู้ร่วมประชุมมีความสนใจ และตั้งใจแสดงความคิดเห็นและมีการซักถามกันภายในกลุ่ม พูดคุยร่วมกันแสดงความคิดเห็น และได้ให้แต่ละกลุ่มเขียนสาเหตุของปัญหาลงในกระดาษชาร์จและให้แต่ละกลุ่มได้นำเสนอแต่ที่ประชุมใหญ่ และมีผู้สรุปประเด็นในแต่ละรอบ และสรุปประเด็นสาเหตุของปัญหาของทั้ง 6 กลุ่ม โดยแบ่งสาเหตุออกเป็น 3 ประเด็นซึ่งเป็นปัจจัยก่อโรคตามหลักระบาดวิทยาและปัญหาในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา ได้ดังนี้

ตาราง 2 ปัจจัยการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้

คน	**สิ่งก่อโรค**	**สิ่งแวดล้อม**	**การดำเนินการควบคุมโรคที่ผ่านมา**
- นอนกลางวันไม่กางมุ้ง - ขาดความตระหนัก - ผู้สูงอายุอยู่บ้านไม่มีผู้ดูแล - ขาดความรู้ - ชาวบ้านชอบกักน้ำไว้ใช้โดยไม่ปิดฝา - ไม่ทำความสะอาดบ้านเรือน - ทำให้เป็นที่อยู่อาศัยของยุงลาย - ไม่ปฏิบัติตามมาตรการ 5 ป 1 ข - ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของชุมชน	- ยุงลายบ้าน - ยุงลายสวน - ยุงลายดื้อยา - ลูกน้ำเยอะ	- รอบบ้านมีป่ารก - ที่รองน้ำยางพารามีน้ำขัง - มีขยะทำให้มีน้ำขัง - แม่น้ำโดมมียุงเยอะ - ยางรถยนต์เก่ามีน้ำขัง - โอ่งขาวใหญ่ไม่ได้ใช้ประโยชน์แต่มีน้ำยัง - ภายในบ้านมืดทึบแสงสว่างไม่พอเพียง - ตากผ้าในบ้านทำให้ยุงลายไปเกาะ	- ไม่มีการประชุมพูดคุยกันก่อน มีแต่ รพ.สต. ดำเนินการ - ไม่มีแผนดำเนินงาน - ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดบทบาท - เครื่องพ่นยุงใช้ไม่ได้การพ่นยุงไม่ครอบคลุม - ไม่มีการรณรงค์กำจัดลูกน้ำก่อนการพ่น พอพ่นไปแล้วลูกน้ำก็ยังมีอยู่และเติบโตเป็นยุง

จากการแสดงความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มในประเด็นสาเหตุของปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชนสะท้อนให้เห็นว่าชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรค การดำเนินงานมีเพียงสถานีอนามัยไร่ใต้ที่ดำเนินการพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ซึ่งก็ยังพ่นได้ไม่ครอบคลุม การดำเนินการกำจัดลูกน้ำยุงลาย และการดูแลสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการป้องกันการเกิดโรค และประชาชนยังให้ความสำคัญกับเรื่องนี้น้อยมาก

2) การสร้างภาพฝันและเป้าหมายร่วมกัน

ขั้นตอนนี้ใช้วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมประกอบกับการกระตุ้นจากวิทยากรและทีมงานเพื่อให้กลุ่มมองเห็นภาพอนาคตที่ต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละกลุ่มร่วมกันวาดภาพฝัน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 “ชุมชนไร่ใต้ปลอดโรคไข้เลือดออก”

กลุ่มที่ 2 “ชุมชนไร่ใต้ร่วมแรงร่วมใจ ไม่มีโรคไข้เลือดออก”

กลุ่มที่ 3 “ไร่ใต้ปลอดภัย ห่างไกลไข้เลือดออก”

กลุ่มที่ 4 “ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก”

กลุ่มที่ 5 “ชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลาย”

กลุ่มที่ 6 “บ้านเมืองสะอาด ปราศจากลูกน้ำ”

จากนั้นให้แต่ละกลุ่มได้นำเสนอภาพฝันของกลุ่มตนเองในที่ประชุมใหญ่และให้อธิบายลักษณะของชุมชนในฝันที่อยากให้เป็นซึ่งจะเห็นได้ว่าแต่ละกลุ่มให้ความสำคัญกับการปลอดโรคไข้เลือดออกโดยเน้นที่การกำจัดลูกน้ำยุงลายแสดงให้เห็นว่าชุมชนให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากนั้นให้ร่วมกันคัดเลือกภาพฝันที่ต้องการมากที่สุด และที่ประชุมได้ลงมติคัดเลือก “ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก” (ผู้วิจัย, 3 มีนาคม 2560: การสังเกต)

ขั้นการร่วมกันค้นหาวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (I : Influence)

3) คิดค้นหาแนวทางแก้ไข้ร่วมกัน

ผู้วิจัยได้ชี้ประเด็นปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออกในชุมชน และโยงมาถึงภาพฝันที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้น จากนั้นให้ที่ประชุมร่วมกันแสดงพลัง ระดมความคิดและประสบการณ์ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข เพื่อเป้าหมายที่วาดฝันไว้ร่วมกัน คือ “ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก” โดยให้แต่ละคนแสดงความคิดเห็นในบทบาทของตนเอง โดยผู้ใหญ่บ้านและผู้นำชุมชนเป็นตัวแทนของประชาชนนำข้อเสนอที่ได้จากการประชาคมหมู่บ้านของตนเองมาร่วมเสนอความคิดเห็นในเวทีสมัชชาครั้งนี้ พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอให้มีมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้ถือเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน, ควรมีการประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจในชุมชนเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก, การประกวดหมู่บ้านสะอาด ปลอดลูกน้ำ เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนได้มีความกระตือรือร้นในการดูแลความสะอาดในหมู่บ้านของตนเอง, การสุ่มตรวจลูกน้ำไขว้หมู่บ้าน เพื่อให้ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชนร่วมกันเพื่อไม่ให้อายหมู่บ้านอื่น ,ควร

จัดทำแผนจัดทำแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน, ควรมีการกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกสัปดาห์, ควรมีกิจกรรมทำความสะอาดหมู่บ้าน Big cleaning day ทุกสัปดาห์, หน่วยงานราชการควรมอบหมายผู้รับผิดชอบให้ดูแลควบคุมลูกน้ำยุงลายด้วย เช่น โรงเรียน สถานีอนามัย และสำนักงาน อบต.ไร่ใต้ และให้มีการประกาศนโยบาย“ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก” เป็นนโยบายสาธารณะของพื้นที่ตำบลไร่ใต้ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน และมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง (ผู้วิจัย, 3 มีนาคม 2563: การบันทึก)

ขั้นการกำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ (C : Control)

ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการที่รวบเอาวิธีการสนทนากลุ่มและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเข้าด้วยกัน โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีส่วนร่วมในการเขียนแผนปฏิบัติการโดย และร่วมกันกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละภารกิจตามนโยบาย“ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก” และภายหลังการเขียนแผนปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมประชุมยังได้กำหนดมาตรการของชุมชน โดยสรุปเป็นมติการประชุมได้ ดังนี้

มติการประชุมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือด ออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 3 มีนาคม 2563 ณ ห้องประชุมสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้

1. ให้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ ตามมาตรการที่แนบมาท้ายนี้ (ผู้รับผิดชอบ ผู้นำชุมชน)

2. การรณรงค์ทำความสะอาด Big Cleaning Day หมู่บ้าน กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายก่อนการฉีดพ่นหมอกควัน (ผู้รับผิดชอบ ผู้นำชุมชนและประชาชน)

3. การพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย ตามแผนที่จัดทำไว้แล้ว (ผู้รับผิดชอบ อสม. และ จนท. สธ)

4. การสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ โดย อสม.ประจำหมู่บ้าน และมีการรายงานผลการสำรวจทุกสัปดาห์ (ผู้รับผิดชอบ อสม. จนท.สธ)

5. หน่วยงานราชการ จัดทำคำสั่งมอบหมายพื้นที่รับผิดชอบให้เจ้าหน้าที่ในการดูแลไม่ให้เกิดแหล่งเพราะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

6. แต่งตั้งคณะติดตามสุ่มลูกน้ำยุงลายระดับตำบล เพื่อควบคุมกำกับการดำเนินงาน (สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้)

7. ประสานวางแผนการพ่นหมอกควันในเขตโรงเรียน (ผู้รับผิดชอบโรงเรียนและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้)

8. จัดทำแผนปฏิบัติการการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ภารกิจ ผู้รับผิดชอบ และมาตรการต่างๆ เพื่อเป็นสื่อและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้กับชุมชน (สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้)

มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ (ตามมติการประชุมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือด ออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 3 มีนาคม 2563 ณ ห้องประชุมสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้**)**

ผู้นำชุมชน

1. ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2. จัดประชุมประชาคมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน

3. จัดกิจกรรม Big cleaning day ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบหมู่บ้าน เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ประชาชน

1. ปฏิบัติตามมาตรการ 5 ป 1 ข

ป. ที่ 1 ปิดภาชนะบรรจุน้ำเช่น โอ่ง ให้มิดชิด

ป. ที่ 2 เปลี่ยนน้ำในภาชนะที่ปิดไม่ได้ เช่น แจกัน

ป. ที่ 3 ปล่อยปลาหางนกยูง หรือ สิ่งที่มีในท้องถิ่นที่สามารถฆ่าลูกน้ำหรือลดการวางไข่ของยุงลาย เช่น ปูนแดง เกลือแกง สารส้ม

ป. ที่ 4 ปรับปรุงสภาพแวดล้อมไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

ป. ที่ 5 ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุก 7 วัน

ข. คือ การขัดผิวด้านในของภาชนะที่ใช้เก็บน้ำเพื่อกำจัดไข่ของยุงลาย

2. ให้เจ้าของสวนยางพารารับผิดชอบในการกำจัดแหล่งเพราะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในสวนยางพาราของตนเอง โดย ช่วงที่ไม่ได้มีการกรีดยางพาราให้จัดเก็บที่รองยางให้เรียบร้อย ไม่ปล่อยให้มีน้ำขังซึ่งจะกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

3. ร่วมกับผู้นำชุมชนและ อสม. ในกิจกรรมทำความสะอาดหมู่บ้าน Big cleaning day และดูแลสิ่งแวดล้อมรอบหมู่บ้าน

หน่วยงานราชการ และโรงเรียน

1. จัดแบ่งพื้นที่ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้รับผิดชอบในการดูแลไม่ให้เกิดแหล่งเพราะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

2. ปฏิบัติตามมาตรการ 5 ป 1 ข

อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

1. การสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ และ รายงานผลการสำรวจทุกสัปดาห์
2. ประชาสัมพันธ์ เคาะประตูบ้าน ถามไถ่ เฝ้าระวังการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในครอบครัวที่รับผิดชอบของตนเอง
3. ร่วมกับผู้นำชุมชนในกิจกรรมทำความสะอาดหมู่บ้าน Big cleaning day
4. รณรงค์พ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ ตามแผนการรณรงค์
5. แจกทรายอะเบทให้กับครัวเรือนที่รับผิดชอบ

สอน.ไร่ใต้

1. กำกับติดตามการดำเนินงานของ อสม. ในการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน
2. จัดทำแผนปฏิบัติการ และกำกับติดตามให้การดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้
3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้อย่างต่อเนื่อง

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

ตาราง 3 แผนการดำเนินงานตามนโยบาย “ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก”

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย	**ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน**	**ระยะเวลา /สถานที่**	**ผู้รับผิดชอบ**	**ตัวชี้วัด**	**การประเมินผล**
กิจกรรมสร้างความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออกและมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน วัตถุประสงค์ 1.ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออกและมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน	*1.รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ โดยวิธีการดังนี้* *- ผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่าน หอกระจายข่าว* *- อสม.ตำบลไร่ใต้เคาะประตูบ้านประชาสัมพันธ์ความรู้กับครัวเรือนที่รับผิดชอบ* *- จนท.สธ ให้ความรู้ในชุมชน*	ระยะเวลา เดือน มีนาคม 2563 สถานที่ หมู่บ้านในเขตตำบลไร่ใต้ 15 หมู่บ้าน	ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออกและมาตรการการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน	การสังเกต การสอบถาม

ตาราง 3 แผนการดำเนินงานตามนโยบาย “ชุมชนไร้ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก” (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา /สถานที่	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัด	การประเมินผล
กิจกรรม Big Cleaning Day **วัตถุประสงค์** - เพื่อทำความสะอาดหมู่บ้าน และสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ไม่เป็นแหล่งเพราะพันธ์ของลูกน้ำ	1.รณรงค์ทำความสะอาดหมู่บ้านและสิ่งแวดล้อมรอบหมู่บ้าน	**ระยะเวลา** ทุกสัปดาห์ **สถานที่** หมู่บ้านในเขตตำบลไร่ใต้ 15 หมู่บ้าน	1.ผู้นำชุมชน 2 ประชาชน	1.หมู่บ้านสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย 2.ค่า Hi ไม่เกิน 10 3.ค่า CI เท่ากับ 0	-การสังเกต -การสำรวจลูกน้ำยุงลาย
กิจกรรม กำจัดยุงลายตัวแก่ วัตถุประสงค์ เพื่อกำจัดยุงลายตัวแก่ไม่ให้เพาะพันธุ์ต่อไปได้	1.รณรงค์ทำความสะอาด Big cleaning day ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายก่อนมีการฉีดพ่นทำลายยุงตัวแก่ 2.ใส่ทรายอะเบทในภาชนะที่มีน้ำขังนานๆ 3.รณรงค์พ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ ตามแผนการรณรงค์	**ระยะเวลา** ช่วงเดือนมีนาคม 2563 วันเวลาตามแผนรณรงค์ฉีดพ่นหมอกควัน ปี 2563 สถานที่ หมู่บ้านในเขตตำบลไร่	1.Big cleaning day ผู้ใหญ่บ้านและประชาชน 2. พ่นหมอกควัน อสม. จนท.สธ	1.มีการรณรงค์พ้นหมอกควันครบทั้ง 15 หมู่บ้าน	1.การสำรวจ

ตาราง 3 แผนการดำเนินงานตามนโยบาย “ชุมชนไร้ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก”(ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา /สถานที่	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัด	การประเมินผล
กิจกรรม อสม.เคาะประตูบ้านสำรวจลูกน้ำยุงลาย วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์	1.สำรวจลูกน้ำยุงลายตามภาชนะน้ำขังทั้งในบ้านและนอกบ้านในครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ 2.รายงานผลการสำรวจทุกสัปดาห์	**ระยะเวลา** ทุกสัปดาห์ **สถานที่** หลังคาเรือนที่ อสม. รับผิดชอบ	อสม.ตำบลไร่ใต้ทุกคน	1.ร้อยละ 80 ของหลังคาเรือนในเขตตำบลไร่ใต้ได้รับการสำรวจลูกน้ำยุงลายโดย อสม.	รายงานค่าผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย
กิจกรรม X-ray ลูกน้ำยุงลายแบบสุ่มไขว้ วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนโดยการสุ่มไขว้อย่างต่อเนื่องทุกเดือน	1.อสม. ออกสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายตามภาชนะน้ำขังทั้งในบ้านและนอกบ้าน ในชุมชนอื่นตามแผนการสุ่มไขว้ที่ได้รับมอบหมาย 2.รายงานผลการสำรวจ	**ระยะเวลา** หมู่บ้านละ 1 ครั้งต่อเดือน **สถานที่** หมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายตามแผนการออกสุ่มไขว้	อสม.ตำบลไร่ใต้ร่วมกับจนท.สธ	1.ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านในเขตตำบลไร่ใต้ได้รับการสำรวจลูกน้ำยุงลายโดย อสม.	รายงานค่าผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตาราง 3 แผนการดำเนินงานตามนโยบาย “ชุมชนไร้ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก” (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา /สถานที่	ผู้รับผิดชอบ	ตัวชี้วัด	การประเมินผล
กิจกรรมกำกับติดตามและประเมินผล **วัตถุประสงค์** เพื่อกำกับติดตามและประเมินผลการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน	1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอน.ไร้ใต้ ออกสุ่มลูกน้ำยุงลาย ตามภาชนะน้ำขังทั้งในบ้านและนอกบ้าน ในชุมชน และประเมินสิ่งแวดล้อมรอบหมู่บ้าน 2. รายงานผลการสำรวจ	**ระยะเวลา** ทุกสัปดาห์ **สถานที่** หลังคาเรือนที่อสม. รับผิดชอบ	จนท.สธ สอน.ไร้ใต้	1.หมู่บ้านสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย 2.ค่า Hi ไม่เกิน 10 3.ค่า CI เท่ากับ 0	รายงานผลการสำรวจ
สรุปอภิปรายผลและถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาในปีต่อไป	จัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ถอดบทเรียน	**ระยะเวลา** หมู่บ้านละ 1 ครั้งต่อเดือน **สถานที่** หมู่บ้านในเขตตำบลไร้ใต้ 15 หมู่บ้าน	คณะกรรมการดำเนินงานประกอบด้วย อบต. ผู้นำชุมชน อสม. จนท.สธ โรงเรียน และตัวแทนภาคประชาชน	ได้แนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานปีต่อไป	รายงานผลการอภิปรายและถอดบทเรียน

ข้อสรุปการจัดประชุมเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเวทีสมัชชา ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ ได้ร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ ทำให้ผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ชุมชนไร่ใต้ ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก ตามภาพฝันที่ร่วมกันวาดไว้ จนสุดท้ายได้ มาตรการของชุมชนและแผนกิจกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน มีระยะเวลาที่ชัดเจน มีการมอบหมายภารกิจที่ชัดเจน และทุกฝ่ายมีความพร้อมที่จะปฏิบัติภารกิจของตนให้สำเร็จ และมีแผนกำกับติดตามทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action)

หลังจากนั้นได้มีการประกาศใช้นโยบายสาธารณะลงนามโดยนายกองการบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ และได้ให้ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้นำชุมชน ได้ประชาสัมพันธ์ทำกับเข้าใจกับประชาชนในชุมชน โดยการจัดประชุมประชาคมในระดับหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนระดับพื้นที่ได้รับรู้ร่วมกันพร้อมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้รับทราบแนวทางปฏิบัติร่วมกัน และดำเนินการตามแผนตารางกิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมสร้างความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออกและมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน 2) กิจกรรม Big Cleaning Day 3) กิจกรรม พ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ 4) อสม. เคาะประตูบ้านสำรวจลูกน้ำยุงลาย 5) X-ray ลูกน้ำยุงลายแบบสุ่มไขว้ 6) กำกับติดตามและประเมินผล 7) สรุปอภิปรายผลและถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาในปีต่อไป

จัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกในชุมชนตามแผนกิจกรรมนโยบายสาธารณะ “ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก” ผู้วิจัยได้จดบันทึกรายงาน การบันทึกเสียง การบันทึกภาพถ่าย การสัมภาษณ์ และการสังเกตระหว่างการดำเนินงาน สามารถสรุปผลภาพรวมกิจกรรมได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสร้างความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออกและมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออกและมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

การดำเนินกิจกรรมนี้ ได้รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ ผู้ใหญ่บ้าน

ประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่าน หอกระจายข่าว อสม.ตำบลไร่ใต้ เคาะประตูบ้านประชาสัมพันธ์ความรู้กับครัวเรือนที่รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ ให้ความรู้ในชุมชนผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน ดำเนินการช่วงเดือน มีนาคม 2563 ผลการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าโดยประเมินจากการสัมภาษณ์ ประชาชนที่เข้าร่วมประชุมประจำเดือน ปัญหาและอุปสรรคในกิจกรรมนี้พบว่า หอกระจายข่าวบางหมู่บ้านเสียงไม่ชัดเจน เวลาผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ให้ความรู้บางครัวเรือนจะไม่ได้ยิน แต่ยังสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อสม. เคาะประตูบ้าน จึงสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารอีกทางหนึ่ง

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรม Big Cleaning Day

วัตถุประสงค์ : เพื่อทำความสะอาดหมู่บ้าน และสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ไม่เป็นแหล่งเพราะพันธ์ของลูกน้ำยุงลาย

โดยกิจกรรมจะนำโดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชมชนระดมรวมกำลังกับประชาชนในหมู่บ้านจัดกรรมกรรมทำความสะอาดหมู่บ้าน และสิ่งแวดล้อมรอบหมู่บ้าน โดยจัดทำทุกสัปดาห์ เริ่มปฏิบัติการตั้งแต่วันประกาศ นโยบาย คือตั้งแต่ วันศุกร์ที่ 6 เดือน มีนาคม 2563 โดยดำเนินการทุกวันศุกร์ ผลการดำเนินกิจกรรมพบว่า ทั้ง 15 หมู่บ้านในเขตตำบลไร่ใต้ร่วมกันทำความสะอาดทุกวันศุกร์ โดยมีการส่งรายงานภาพถ่ายมาที่ไลน์กลุ่มผู้นำชุมชนตำบลไร่ใต้ จากการสังเกตพบว่าสิ่งแวดล้อมตำบลไร่ใต้มีความสะอาดขึ้นไม่มีป่ารก และปริมาณขยะตามหมู่บ้านลดลง สิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านมีความสะอาดเรียบร้อย และจากการสำรวจลูกน้ำยุงลายพบว่า ตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 เป็นต้นมาค่า HI CI ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงกำหนด

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรม พ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่

วัตถุประสงค์ : เพื่อกำจัดยุงลายตัวแก่ไม่ให้เพาะพันธุ์ต่อไปได้

โดยกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นทุกปีโดยได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตำบลไร่ใต้ ซึ่งยังเป็นความต้องการของชุมชนที่ให้มีการฉีดพ่น แต่ปีนี้ตามมติการประชุมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือด ออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 3 มีนาคม 2563 ณ ห้องประชุมสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ก่อนมีการฉีดพ่นทำลายยุงตัวแก่ จึงมีการรณรงค์ทำความสะอาด Big cleaning day ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ก่อน ใส่ทรายอะเบทในภาชนะที่มีน้ำขังนานๆ จากนั้นรณรงค์พ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ ตามแผนการรณรงค์ ดังนี้

ตาราง 4 กิจกรรมการรณรงค์ฉีดพ่นเคมีควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ ปี 2563

หมู่ที่	บ้าน	วันที่	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
1	แก่งโพธิ์	10-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		11-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม. หมู่ 1 จนท.สธ
2	ผักหย่าใต้	12-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		13-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม.หมู่ 2 จนท.สธ
3	ผักหย่าเหนือ	14-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		15-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม. หมู่ 3 จนท.สธ
4	ไร่ใต้	16-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		17-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม.หมู่ 4 จนท.สธ
5	ไร่กลาง	18-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		19-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม. หมู่ 5 จนท.สธ
6	ไร่เหนือ	20-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		21-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม.หมู่ 6 จนท.สธ
7	โนนค้อ	22-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		23-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม. หมู่ 7 จนท.สธ
8	โนนสุข	24-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		25-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม.หมู่ 8 จนท.สธ
9	ไร่โดม	26-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		27-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม. หมู่ 9 จนท.สธ
10	แก่งกอก	28-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		29-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม.หมู่ 10 จนท.สธ

ตาราง 4 กิจกรรมการรณรงค์ฉีดพ่นเคมีควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ ปี 2563 (ต่อ)

หมู่ที่	บ้าน	วันที่	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
11	ลุคุ	30-มี.ค.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		31-มี.ค.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม. หมู่ 11 จนท.สธ
12	นาคลอง	1-เม.ย.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		2-เม.ย.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม.หมู่ 12 จนท.สธ
13	ไร่พัฒนา	3-เม.ย.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		4-เม.ย.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม. หมู่ 13 จนท.สธ
14	ศรีภูดิน	5-เม.ย.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		6-เม.ย.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม.หมู่ 14 จนท.สธ
15	โนนสร้างคำ	7-เม.ย.-63	big cleaning day	ผู้นำชุมชน, ประชาชน
		8-เม.ย.-63	พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่	อสม. หมู่ 15 จนท.สธ

ผลการดำเนินงานพบว่า จากการณ์สรุปรายงานการฉีดพ่นหมอกควันจำกัดยุงลายมีการฉีดพ่นครบทั้ง 15 หมู่บ้าน และครอบคลุมหลังคาเรือน ร้อยละ 100.0

กิจกรรมที่ 4 อสม.เคาะประตูบ้านสำรวจลูกน้ำยุงลาย

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์

กิจกรรมนี้รับผิดชอบโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านตำบลไร่ใต้ ทั้ง 15 หมู่ บ้าน จำนวน อสม. 176 คน ขั้นตอนกิจกรรมคือ สำรวจลูกน้ำยุงลายตามภาชนะน้ำขังทั้งในบ้านและนอกบ้านในครัวเรือนที่ตนเอรับผิดชอบ และรายงานผลการสำรวจทุกสัปดาห์กับสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ พร้อมทั้งกระตุ้นให้เจ้าบ้านได้ทำความสะอาดบ้านตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า อสม. ปฏิบัติงานอย่างแข็งขัน

และส่งรายงานเป็นประจำทุกสัปดาห์โดยส่งข้อมูลผ่าน google form ครบถ้วน ร้อยละ 100.0 จากการสุ่มสอบถามประชาชนที่อาศัยในชุมชนพบว่า มี อสม. มาสุ่มลูกน้ำยุงลายครบ ร้อยละ 100.0 และผลการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ค่า HI CI ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงกำหนด

กิจกรรมที่ 5 X-ray ลูกน้ำยุงลายแบบสุ่มไขว้

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนโดยการสุ่มไขว้อย่างต่อเนื่องทุกเดือน เป็นการกระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัว

กิจกรรมนี้รับผิดชอบโดย อสม.ตำบลไร่ใต้ร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน ออกสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายตามภาชนะน้ำขังทั้งในบ้านและนอกบ้าน ในชุมชนอื่นตามแผนการสุ่มไขว้ที่ได้รับมอบหมาย และรายงานผลการสำรวจ ผ่านเวทีการประชุมผู้ใหญ่บ้านสัญจร ประจำทุกเดือน จากการสังเกตพบว่ากิจกรรมนี้ทำให้ประชาชนตื่นตัว เพราะจะทำให้ชุมชนเสียชื่อเสียง เนื่องจากมีการประกาศในเวทีประชุมประจำเดือน และผลการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ค่า HI CI ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงกำหนด

3. ขั้นตอนการสังเกตผล (Observation)

ในขั้นตอนการสังเกตผล แบ่งระยะการติดตามผล ดังนี้

1. การติดตามระยะสั้น ได้จากการสังเกตการณ์ทำกิจกรรม
2. การติดตามระยะ 1 เดือน ได้จากการประเมินสิ่งแวดล้อม และสำรวจลูกน้ำยุงลาย ทุก 1 เดือน
3. การติดตามประเมินผลภายหลังกระบวนการวิจัยโดยผลจากการตอบแบบสอบถามของผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยและคณะกรรมการผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้ติดตามผลการดำเนินงานความสำเร็จของกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรค์ โดยมีการติดตามประเมินผลตามระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม ตามแผนกิจกรรมนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ “ชุมชนไร่ใต้ ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก”

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสร้างความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออกและมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออกและมาตรการควบคุมและ

ผลการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าโดยประเมินจากการสัมภาษณ์ประชาชนที่เข้าร่วมประชุมประจำเดือน ปัญหาและอุปสรรคในกิจกรรมนี้พบว่า หอกระจายข่าวบางหมู่บ้านเสียงไม่ชัดเจน เวลาผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ให้ความรู้บางครัวเรือนจะไม่ได้ยิน แต่ยังสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อสม. เคาะประตูบ้าน จึงสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารอีกทางหนึ่ง

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรม Big Cleaning Day

วัตถุประสงค์ : เพื่อทำความสะอาดหมู่บ้าน และสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ไม่เป็นแหล่งเพราะพันธ์ของลูกน้ำยุงลาย

จากการสังเกตพบว่าสิ่งแวดล้อมตำบลไร่ใต้มีความสะอาดขึ้นไม่มีป่ารก และปริมาณขยะตามหมู่บ้านลดลง สิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านมีความสะอาดเรียบร้อย และจากการสำรวจลูกน้ำยุงลายพบว่า ตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 เป็นต้นมา ค่า HI CI ไม่เกนเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงกำหนด

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรม พ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่

วัตถุประสงค์ : เพื่อกำจัดยุงลายตัวแก่ไม่ให้เพาะพันธุ์ต่อไป

ผลการดำเนินงานพบว่า จากการณ์สรุปรายงานการฉีดพ่นหมอกควันจำกัดยุงลายมีการฉีดพ่นครบทั้ง 15 หมู่บ้าน และครอบคลุมหลังคาเรือน ร้อยละ 100 และจากการสัมภาษณ์คนในชุมชนพบว่าจำนวนยุงลดลงตามคำบอกเล่าของประชาชน

กิจกรรมที่ 4 อสม.เคาะประตูบ้านสำรวจลูกน้ำยุงลาย

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์

จากการสุ่มสอบถามประชาชนที่อาศัยในชุมชนพบว่า มี อสม. มาสุ่มลูกน้ำยุงลายครบ ร้อยละ 100 และผลการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ค่า HI CI ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงกำหนด

กิจกรรมที่ 5 X-ray ลูกน้ำยุงลายแบบสุ่มไขว้

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนโดยการสุ่มไขว้อย่างต่อเนื่องทุกเดือนเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัว

ผลการสุ่มสำรวจ X-ray ลูกน้ำยุงลายแบบสุ่มไขว้ มีการดำเนินงานครบทั้ง 15 หมู่บ้าน โดยสุ่มหมู่บ้านละ 20 หลัง รอบการสุ่ม ช่วงกลางเดือน มีนาคม กลางเดือน เมษายน และกลางเดือน พฤษภาคม 2563 ผลการสุ่มได้ดังนี้ ค่า HI CI ของแต่ละหมู่ ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงกำหนด

จากการติดตามหลังการดำเนินกิจกรรม ทุก 1 เดือนโดยสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ วัตถุประสงค์ เพื่อกำกับติดตามและประเมินผลการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ในชุมชน โดยการสำรวจสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านและ สำรวจค่า HI CI ในชุมชน พร้อมทั้งการติดตามรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน ดำเนินการช่วงเดือน มีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม โดยการกำกับติดตามสรุปเป็นภาพรวมดังนี้

ตาราง 5 ผลการสำรวจสิ่งแวดล้อม, ค่า HI CI และ BI เดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2563

เดือน	สภาพแวดล้อม	ค่า HI เฉลี่ย 15 หมู่บ้าน	ค่า CI เฉลี่ย วัด ,โรงเรียน	จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
มีนาคม	หมู่บ้านสะอาดน่าอยู่ มีสิ่งแวดล้อมที่ดี เป็นระเบียบ สวยงาม ปราศจากขยะ	9.72	1.88	0.00
เมษายน	หมู่บ้านสะอาดน่าอยู่ มีสิ่งแวดล้อมที่ดี เป็นระเบียบ สวยงาม ปราศจากขยะ	6.11	0.00	0.00
พฤษภาคม	หมู่บ้านสะอาดน่าอยู่ มีสิ่งแวดล้อมที่ดี เป็นระเบียบ สวยงาม ปราศจากขยะ	6.67	0.00	0.00

จากตาราง 5 พบว่า ผลการดำเนินงาน เดือน มีนาคม ถึงเดือนเมษายน หมู่บ้านสะอาดน่าอยู่ มีสิ่งแวดล้อมที่ดี เป็นระเบียบ สวยงาม ปราศจากขยะ และค่าเฉลี่ย HI CI ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงกำหนด

4. ขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินการ (Reflection)

กิจกรรมที่ 1 จัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องถอดบทเรียนในการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอ

พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยและคณะทำงานได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการทำ Focus group ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย ภาคการเมือง ภาคประชาชน และภาควิชาการ เพื่อให้คณะที่ร่วมพัฒนาการขับเคลื่อนนโยบายได้มาร่วมกันทบทวนกิจกรรมโครงการทั้งหมดที่ดำเนินการมา หาข้อเสนอแนะ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแนวทางการพัฒนาต่อไป

เริ่มต้นโดย ผู้วิจัยได้รายงานผลการดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ได้ดำเนินการตามนโยบายสาธารณะ “ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก” โดยผู้วิจัยได้แจ้งผลการประเมินความรู้ความเข้าใจของประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ การมรส่วนร่วมของชุมการปฏิบัติการประเมินสิ่งแวดล้อมของชุมชน ผลการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI CI และอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกของตำบลไร่ใต้ ตลอดระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงปัจจุบันผู้เข้าร่วมประชุมถอดบทเรียนได้แสดงความคิดเห็นดังนี้

“จากที่ดิฉันสังเกตเบิ่งความร่วมมือของไทบ้านเฮา ปีนี้คือจั่งให้ความร่วมมือดี เวลาผู้นำประกาศให้ทำความสะอาดก็จะพากันทำความสะอาดหมู่บ้าน อาจเป็นเพราะว่ามีการประชุมรับฟังปัญหา และสร้างข้อตกลงกันภายในชุมชนก่อนตั้งแต่แรก” (ผู้ใหญ่บ้าน ม.9, 2563: กิจกรรม Focus groups)

“ผมว่าปีนี้ชาวบ้านเพิ่นให้ความร่วมมือดี ให้ เวลา อสม.ไปสุ่มลูกน้ำจะเปิดบ้านให้เข้าสุ่ม และถ้าเจอลูกน้ำก็จะกำจัดทันที แต่ก่อนมีแต่ว่าให้ อสม.ทำให้” ” (อสม. ม.7, 2563: กิจกรรม Focus groups)

“ เว้าง่ายๆ คือปีก่อนเฮาบ่มีแผน ปีนี้เฮามาคุยกันวางแผนก่อน มอบหมายภารกิจให้แต่ละฝ่าย ไปดำเนินการ ทุกคนช่วยกันจึงประสบความสำเร็จ รอบสามเดือนนี้ไม่มีไข้เลือดออกเลย” (นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้, 2563 : กิจกรรม Focus groups)

“ปีที่ผ่านมาเราไม่ได้คุยกันก่อนเหมือนปีนี้ ก็มีแต่ อนามัยเพิ่นดำเนินการ หน่วยงานอื่นๆ ไม่ได้เข้ามาร่วมด้วยช่วยกัน โรคไข้เลือดออกก็เลยระบาดหนัก ปีนี้เป็นเรื่องที่ดีมากที่เรามาคุยกันก่อน (ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้, 2563: กิจกรรม Focus groups)

“คุณหมอรายงานผลดีแฮง ทำให้รู้ว่าหมู่บ้านแต่ละหมู่เขาทำอะไร มีลูกน้ำหลายซ่ำบ้านเฮาบ่มีผลรายงานให้ทราบทุกอาทิตย์ ผมกะได้ เอาข้อมูลจากคุณหมอไปประกาศผ่านหอกระจายข่าวให้

ชาวบ้านผมได้ทราบ ทำให้ชุมชนผมมีความตื่นตัวว่า บ้านอื่นเพิ่นบ่มีลูกน้ำ บ้านเฮายังมีอยู่ ดีหลายครับ" (กำนันตำบลไร่ใต้, 2563: กิจกรรม Focus groups)

"ดิฉันว่าแผนกิจกรรมเราชัดเจน ถึงกิจกรรมน้อยดูแล้วไม่มีอะไรแค่การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และเน้นกิจกรรมในการกำจัดลูกน้ำ แต่มันเป็นกิจกรรมที่เราทำได้จริง และทุกคนทุกฝ่ายช่วยกันทำ ซึ่งมันก็ได้ผลอย่างดี ดัชนีลูกน้ำเราไม่เกินเกณฑ์ ที่สำคัญตำบลเรายังไม่พบผู้ป่วย และเราควรทำอย่างเข้มข้นต่อไป" (ผอ.สอน. ไร่ใต้, 2563: กิจกรรม Focus groups)

"การรายงานผลสุ่มลูกน้ำในเวทีการประชุมสัญจรกำนันผู้ใหญ่บ้านและรายงานนายอำเภอทำให้ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน ทำให้ผู้นำชุมชนแต่ละหมู่บ้านตื่นตัวและกลับมาพัฒนาหมู่บ้านตนเอง" (ผู้ใหญ่บ้าน ม.5, 2563: กิจกรรม Focus groups)

"ปีนี้เฮาคุยกันช้าแน่อยู่ครับ ปีหน้าเฮามาคุยกันเร็วกว่านี้ จะได้วางแผนเรื่องงบประมาณที่จะนำมาดำเนินกิจกรรม เช่นโครงการประกวดหมู่บ้านสะอาด กิจกรรมนี้กะน่าสนใจแต่อาจต้องใช้งบประมาณนิดหน่อย ปีหน้าเฮามาคุยกันวางแผนแต่ต้นๆ ปีงบประมาณจะดีมากครับ" (ประธาน อสม. ตำบลไร่ใต้, 2563: กิจกรรม Focus groups)

สรุปประเด็นการสะท้อนผลของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ที่มีส่วนร่วมในการะบวนการขับเคลื่อนมีความพึงพอใจในกระบวนการ แผนการดำเนินการตลอดจนผลสำเร็จของการดำเนินงานและมีข้อเสนอแนะในที่ประชุมสำหรับการขับเคลื่อนในปีต่อๆ ไป ให้มีการจัดประชุมวางแผนตั้งแต่ต้นปีงบประมาณจะสามารถวางแผนและจัดสรรการใช้งบประมาณได้

ข้อสรุปของกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบนไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมทีมดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 สร้างความรู้ความเข้าใจ จัดประชุมคณะกรรมการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ สร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 รับฟังความคิดเห็นจากชุมชนระดับหมู่บ้าน กิจกรรมรับฟังความคิดเห็นจากชุมชนโดยการประชาคมชาวบ้านทำความเข้าใจรับฟังปัญหาและรวบรวมข้อเสนอแนะของชุมชนก่อนและให้มีตัวแทนของชุมชนในการประชุมกำหนดนโยบายในบทบาทภาคประชาชน

ขั้นตอนที่ 5 กำหนดนโยบายสาธารณะโดยการจัดเวทีสมัชชา

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยกระบวนการ AIC ซึ่งจัดขึ้นในรูปแบบเวทีสมัชชา

ขั้นตอนที่ 6 กำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ

กำหนดกิจกรรมและมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกัน โดยมอบหมายงานให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 7 ประกาศใช้นโยบาย และสื่อสารผ่านเวทีชุมชน โดยการจัดประชุมประชาคมในระดับหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนระดับพื้นที่ได้รับรู้ร่วมกันพร้อมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้รับทราบแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 8 ดำเนินปฏิบัติงานตามแผนและข้อตกลงร่วมกันในแผน โดยผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่ายจัดกิจกรรมตามแผนนโยบายทุกฝ่ายได้ร่วมกันขับเคลื่อน “ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดไข้เลือดออก”

ขั้นตอนที่ 9 ติดตามและประเมินผล

ผู้วิจัยและคณะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารระ เป็นผู้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานซึ่งระบุไว้ในแผนปฏิบัติการอย่างชัดเชน โดยการประเมินผลของแต่ละกิจกรรม การสังเกตสิ่งแวดล้อม การสำรวจลูกน้ำยุงลาย และการสังเกตการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในขั้นตอนการสังเกตผล แบ่งระยะการติดตามผล ดังนี้

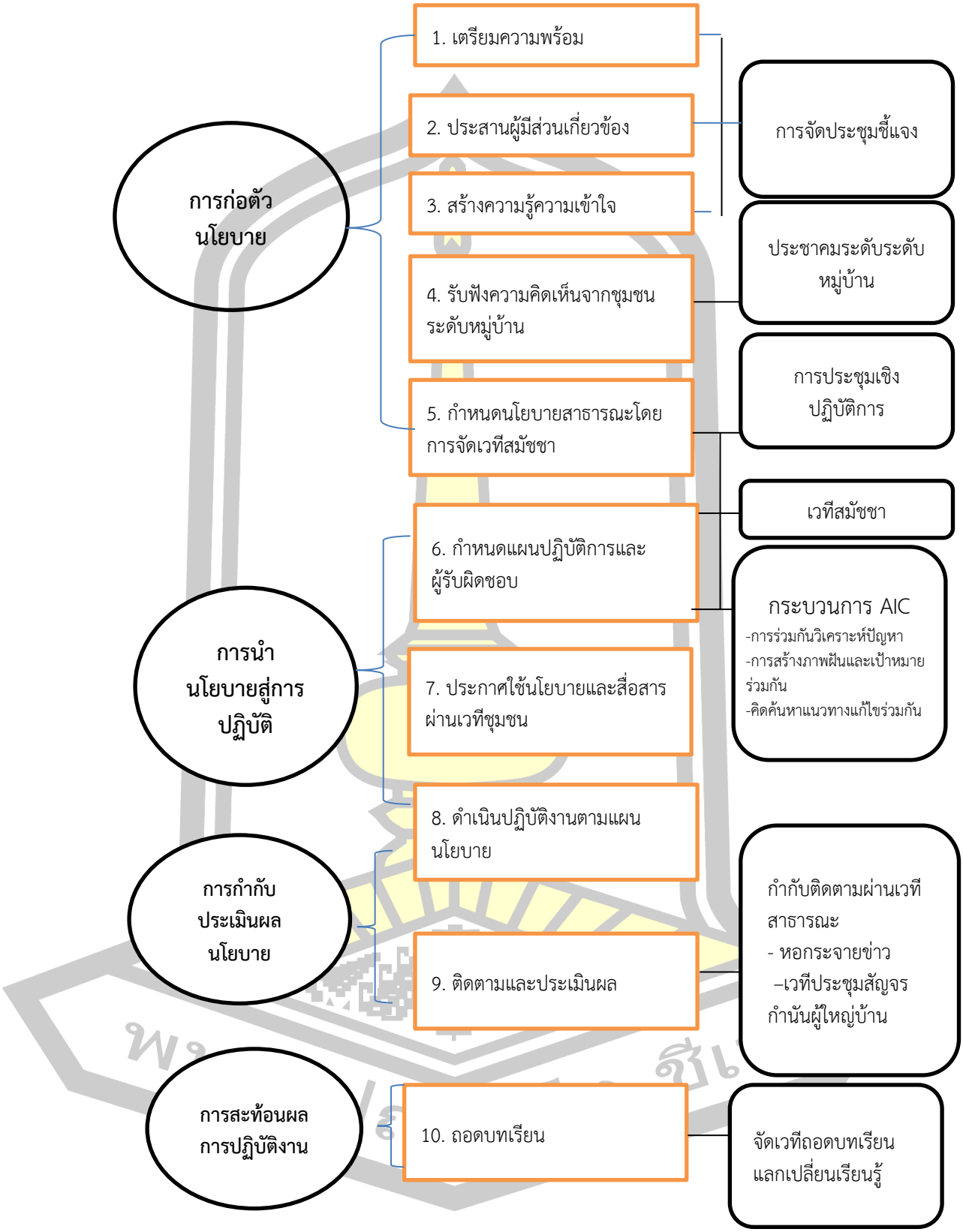
1) การติดตามระยะสั้น ได้จากการสังเกตการณ์ทำกิจกรรม

2) การติดตามระยะ 1 เดือน ได้จากการประเมินสิ่งแวดล้อม และสำรวจลูกน้ำยุงลาย ทุก 1 เดือน

3) การติดตามประเมินผลภายหลังกระบวนการวิจัยโดยผลจากการตอบแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 10 จัดเวทีการประชุมถอดบทเรียนโดยกระบวนการ Focus group หาปัจจัยแห่งความสำเร็จสรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน แนวทางพัฒนาต่อยอด

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาพ 8 รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

4.2.3 ผลของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

หลังการผ่านขั้นตอนการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ ดำเนินการระยะเวลา 3 เดือน จึงได้ประเมินผลการดำเนินงาน โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายคนเดิมโดยแบบประเมินชุดเดิม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการให้เห็นความแตกต่างทางสถิติและนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อสะท้อนความคิดเห็น ดังนี้

ส่วนที่ 1 กลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

1) ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 67)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	12	17.91
หญิง	55	82.09
2.อายุ		
19 – 30 ปี	17	25.37
31 - 40 ปี	19	28.36
41 – 50 ปี	22	32.84
51- 60 ปี	9	13.43
60 ปีขึ้นไป	0	0.00
$\bar{x}$= 39.16, *SD*= 10.78		
3. สถานภาพ		
โสด	18	26.87
สมรส	44	65.67
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	7.46

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 67) (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2	2.99
ประถมศึกษา	13	19.40
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	13	19.40
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	12	17.91
อนุปริญญา/ปวส.	3	4.48
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	24	35.82
5. อาชีพ		
เกษตรกร	31	46.27
รับจ้างทั่วไป	4	5.97
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	10.45
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของรัฐ	21	31.34
อื่นๆ	4	5.97
6. รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000	29	43.28
5,001-10,000	15	22.39
10,001 15,000	6	8.96
15,001 – 20,000	10	14.93
20,000 บาทขึ้นไป	7	10.45
$\bar{X}$= 10831.34, *SD*= 10979.07		
7. ตำแหน่งของท่านในชุมชนในงานควบคุมโรคไข้เลือดออก		
หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร	4	5.97
ผู้ปฏิบัติ	15	22.39
ผู้นำชุมชน	6	8.96
อสม.	32	47.76
สมาชิกชมรม	2	2.99
อื่นๆ	8	11.94

จากตาราง 6 พบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.09) ช่วงอายุ 41- 50 ปี (ร้อยละ 32.84) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.67) จบการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 35.82) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 46.27) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 43.28) ตำแหน่งในงานควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่เป็น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 47.76)

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ของประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้ด้านนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและการป้องกันโรคไข้เลือดออก	**ก่อนการพัฒนา (n=67)**		**หลังการพัฒนา (n=67)**	
	ตอบถูก (คน)	**ร้อยละ**	**ตอบถูก (คน)**	**ร้อยละ**
1. นโยบายสาธารณะ หมายถึง ทิศทางหรือข้อปฏิบัติที่ผู้นำหรือผู้บริหารกำหนดไว้ล่วงหน้าว่าจะดำเนินการอย่างไรเพื่อให้บรรลุตามความต้องการ	4	5.97	62	92.54
2. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เป็นนโยบายจากภาครัฐสั่งให้ทุกคนต้องปฏิบัติตาม เพราะเป็นปัญหาระดับประเทศ	10	14.93	63	94.03
3. ลักษณะของนโยบายสาธารณะที่ดี จะต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น มีความเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนส่วนใหญ่และต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนส่วนใหญ่ในชุมชน	65	97.01	66	98.51
4. กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ จัดประชุมสมัชชาเลือกเรื่องที่ต้องการกำหนด และประกาศใช้	61	91.04	66	98.51

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ความรู้ด้านนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและการป้องกันโรคไข้เลือดออก	ก่อนการพัฒนา (n=67)		หลังการพัฒนา (n=67)	
	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ
5. นโยบายสาธารณะที่ประกาศใช้แล้ว สามารถนำมาทบทวนแก้ไขภายหลังได้ แต่ไม่สามารถยุตินโยบายที่ประกาศใช้ไปแล้วได้	25	37.31	61	91.04
6. การกำหนดนโยบายสาธารณะจะมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วน ซึ่งประกอบด้วยภาคการเมือง ภาคประชาชน และภาควิชาการ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด	63	94.03	65	97.01
7. การกำหนดนโยบายสาธารณะ ในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกจะทำให้อัตราป่วย ด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนลดลง	65	97.01	66	98.51
8. การกำหนดนโยบายสาธารณะ เป็นเรื่องที่ยากลำบาก และไม่จำเป็นสำหรับประชาชน ควรเป็นเรื่องของรัฐ ที่จะต้องจัดการกำหนดขึ้น เพราะต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดำเนินงาน	51	76.12	51	76.12
9. ข้อตัดสินว่านโยบายมีสาธารณะ มีสมรรถนะมากน้อยเพียงใด ตัวชี้วัดสำคัญอันดับแรก นั่นคือ มาตรฐาน และวัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องสอดคลองกับความเป็นจริง	63	94.03	65	97.01
10. นโยบายสาธารณะจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน ร่วมให้ข้อมูล ร่วมให้ข้อคิดเหนร่วมวางแผน ร่วมมือปฏิบัติ ร่วมประเมินผล จนกระทั้งเสริมพลังอำนาจ	63	94.03	66	98.51

จากตาราง 7 หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ มีความรู้ด้านนโยบายสาธารระระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา โดยข้อที่มีคนตอบถูกมากที่สุด คือ ลักษณะของนโยบายสาธารณะที่ดี จะต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น มีความเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนส่วนใหญ่และต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนส่วนใหญ่ในชุมชน (ร้อยละ 98.51) กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ จัดประชุม สมัชชา เลือกเรื่องที่ต้องการกำหนด และประกาศใช้ (ร้อยละ 98.51) การกำหนดนโยบายสาธารณะในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกจะทำให้อัตราป่วย ด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนลดลง (ร้อยละ 98.51) และ นโยบายสาธารณะจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน ร่วมให้ข้อมูล ร่วมให้ข้อคิดเห็น ร่วมวางแผน ร่วมมือปฏิบัติ ร่วมประเมินผล จนกระทั่งเสริมพลังอำนาจ (ร้อยละ 98.51) และพบว่าคะรายข้อเพิ่มขึ้นทุกข้อคำถาม

ตาราง 8 ระดับความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 67)

ระดับความรู้ (10 ข้อ 10 คะแนน)	**ก่อน**		**หลัง**	
	จำนวน (n = 67)	**ร้อยละ**	**จำนวน (n = 67)**	**ร้อยละ**
ระดับสูง 8.00- 10.00 คะแนน (ร้อยละ 80)	23	34.3	67	100.0
ระดับปลานกลาง 6.00-7.99 คะแนน (ร้อยละ 60.00-79.99)	38	56.7	0	0.0
ระดับต่ำ 0.00 – 5.99 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60)	6	9.0	0	0.0
ค่าเฉลี่ยคะแนน	7.0		9.4	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.18		0.72	

จากกตาราง 8 ระดับความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนพัฒนามีความรู้อยู่ระดับสูง (ร้อยละ 34.3) มีความรู้อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.7) มีความรู้อยู่ระดับต่ำ (ร้อยละ 9.0) หลังการพัฒนามีระดับความรู้อยู่ระดับสูง (ร้อยละ 100.0) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการพัฒนา ($\bar{X}$=7.0, *SD*=1.18) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการพัฒนา ($\bar{X}$=9.4, SD=0.72)

3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการคิดและเสนอแนวทางการดำเนินงาน
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลัง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ (n = 67)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n = 67)			หลังการพัฒนา (n = 67)		
	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ
การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา						
1. ท่านได้มีส่วนร่วมในการประชุมในการกำหนดนโยบายสาธารณะตามนัดหมาย	3.75	1.00	มาก	4.24	0.43	มากที่สุด
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขปัญหา	3.72	0.79	มาก	4.37	0.51	มากที่สุด
3. ท่านได้มีส่วนร่วมในการซักถาม ทักท้วง หรือให้คำแนะนำ ในการแก้ไขปัญหา	3.64	0.80	มาก	4.03	0.79	มาก
4. ท่านได้มีส่วนร่วมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้	3.66	1.09	มาก	4.09	0.81	มาก
การมีส่วนร่วมในการคิดและเสนอแนวทางการดำเนินงาน						
5. ท่านได้รับทราบข้อมูล ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลหรือรับทราบผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาโรคไข้เลือดออกในตำบลไร่ใต้	3.78	0.91	มาก	4.64	0.48	มากที่สุด
7. ท่านได้บอกต่อ หรือประชาสัมพันธ์ถึงเป้าหมาย และทิศทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้	3.82	0.93	มาก	4.57	0.52	มากที่สุด

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ (ต่อ)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n = 67)			หลังการพัฒนา (n = 67)		
	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ
8. ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ร่วมในการขับเคลื่อนพลังในการตัดสินใจกำหนดนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้	3.51	0.89	มาก	4.13	0.73	มาก
การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม						
9. ท่านไดเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้	3.67	1.03	มาก	5.00	0.00	มากที่สุด
10. ท่านได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้	3.87	0.96	มาก	4.96	0.21	มากที่สุด
11. ท่านเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ ให้ประสบความสำเร็จ	3.76	0.90	มาก	4.46	0.50	มากที่สุด
12. ท่านได้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะปรับปรุงนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้	3.73	1.00	มาก	4.42	0.60	มากที่สุด
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์						
13. ท่านได้ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบบ้านของท่านให้สะอาด เรียบร้อย	3.61	0.90	มาก	4.52	0.50	มากที่สุด
14. ท่านได้รับการสำรวจลูกน้ำยุงลายจากทีมสำรวจอย่างต่อเนื่อง	4.52	0.61	มากที่สุด	4.96	0.21	มากที่สุด

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ (ต่อ)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n = 67)			หลังการพัฒนา (n = 67)		
	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ
15. ค่า HI (ร้อยละค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำ) ในชุมชนของท่านไม่เกินมาตรฐาน	4.18	0.67	มาก	4.96	0.21	มากที่สุด
16. ท่านมีความภาคภูมิใจในชุมชนของท่านในการควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออก	3.79	0.78	มาก	4.82	0.38	มากที่สุด
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล						
17. ท่านร่วมประเมินผลการตัดสินใจในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้	4.28	0.77	มากที่สุด	4.78	0.42	มากที่สุด
18. ท่าร่วมในการประเมินผลการจำทำโครงการเพื่อขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้	3.90	0.88	ปานกลาง	4.54	0.50	มากที่สุด
19. ท่านร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานตาม โครงการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้	3.69	0.88	มาก	4.72	0.45	มากที่สุด
20. ท่านร่วมในการประเมินผลกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้	3.69	0.76	มาก	4.66	0.47	มากที่สุด

จากตาราง 9 หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนา แต่ละด้านดังนี้

การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา พบว่าการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขปัญหา ($\bar{x}$ =4.37, *SD*=0.51) รองลงมาคือ มีส่วนร่วมในการประชุมในการ

กำหนดนโยบายสาธารณะตามนัดหมาย ($\bar{X}$ =4.24, *SD*=0.43) รองลงมาคือ มีส่วนร่วมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้ ($\bar{X}$ =4.09, *SD*=0.81)

การมีส่วนร่วมในการคิดและเสนอแนวทางการดำเนินงาน พบว่าการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ รับทราบข้อมูล ร่วมวิเคราะห์ข้อมูล หรือรับทราบผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาโรคไข้เลือดออกในตำบลไร่ใต้ ($\bar{X}$ =4.64, SD=0.48) รองลงมาคือ ได้บอกต่อ หรือประชาสัมพันธ์ถึงเป้าหมาย และทิศทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้ ($\bar{X}$ =4.57, SD=0.52) รองลงมาคือ แสดงความคิดเห็นต่อเวทีสมัชชา ในการกำหนดเป้าหมาย และทิศทาง ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ ($\bar{X}$ =4.43, SD=0.52)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม พบว่าการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ เข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ ($\bar{X}$ =5.00, SD=0.00) รองลงมาคือ มีส่วนร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ ($\bar{X}$=4.96, SD=0.21) รองลงมาคือเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ ให้ประสบความสำเร็จ ($\bar{X}$=4.46, SD=0.50)

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ พบว่าการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ รับการสำรวจลูกน้ำยุงลายจากทีมสำรวจอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$=4.96, SD=0.21) รองลงมาคือ ทราบค่า HI (ร้อยละค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำ) ในชุมชนของท่านไม่เกินมาตรฐาน ($\bar{X}$=4.96, SD=0.21) รองลงมาคือมีความภาคภูมิใจในชุมชนของท่านในการควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออก ($\bar{X}$=4.82, SD=0.38)

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่าการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ ร่วมประเมินผลการตัดสินใจในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้ ($\bar{X}$=4.78, SD=0.42) รองลงมาคือ ร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานตาม โครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ ($\bar{X}$=4.72, SD=0.45) รองลงมาคือ ร่วมในการประเมินผลกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้ ($\bar{X}$=4.66, SD=0.47)

ตาราง 10 ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลัง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (n = 67)

ระดับการมีส่วนร่วม (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (n = 67)	ร้อยละ	จำนวน (n = 67)	ร้อยละ
มีส่วนร่วมระดับมากที่สุด (4.21 –5.00 คะแนน)	25	37.3	67	100.0
มีส่วนร่วมระดับมาก (3.41 –4.20 คะแนน)	34	50.7	0	0.0
มีส่วนร่วมระดับปานกลาง (2.61 –3.40 คะแนน)	8	11.9	0	0.0
มีส่วนร่วมระดับน้อย (1.81 –2.60 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
แทบไม่มีส่วนร่วม (1.00 –1.80 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.79		4.56	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.87		0.46	

จากกตาราง 10 ระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ เพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนพัฒนามีส่วนร่วมอยู่ระดับมาก (ร้อยละ 50.7) ระดับมากที่สุด (ร้อยละ 37.3) หลังการพัฒนามีส่วนร่วมอยู่ระดับมากที่สุด (ร้อยละ 100.0) มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนา ($\bar{X}$=3.79, *SD*=0.87) มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนา ($\bar{X}$=4.56, SD=0.46)

4) ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตาราง 11 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 67)

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา (n = 67)			หลังการพัฒนา (n = 67)		
	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ
1. ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ในครั้งนี้	4.18	0.43	มาก	4.90	0.31	มากที่สุด
2. ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้	3.97	0.69	มาก	4.78	0.42	มากที่สุด
3. ความพึงพอใจที่ได้ร่วมปรึกษาพูดคุยเกี่ยวกับโครงการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้	4.06	0.75	มาก	4.66	0.47	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจต่อการร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาของโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้	3.94	0.71	มาก	4.79	0.41	มากที่สุด
5. ความพึงพอใจต่อเทคนิควิธีการที่คณะผู้จัดทำนำมาใช้ในการจัดประชุม	3.81	0.70	มาก	4.36	0.48	มากที่สุด
6. ระยะเวลาในการจัดโครงการมีความเหมาะสม	3.69	0.76	มาก	4.15	0.36	มาก

ตาราง 11 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา (n = 67)			หลังการพัฒนา(n = 67)		
	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ
7. ความพึงพอใจต่อวิทยากร	4.01	0.82	มาก	4.01	0.82	มาก
8. สถานที่ใช้ในการจัดประชุมมีความเหมาะสม	3.84	0.76	มาก	4.54	0.50	มากที่สุด
9. ความพึงพอใจต่อนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ที่ได้มา	4.07	0.80	มาก	4.91	0.29	มากที่สุด
10. โดยภาพรวม ความพึงพอใจต่อการจัดประชุมการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะมากเพียงใด	3.99	0.72	มาก	4.73	0.44	มากที่สุด
รวม	**3.96**	**0.71**	**มาก**	**4.58**	**0.45**	**มากที่สุด**

จากตาราง 11 หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ พอใจต่อนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ที่ได้มา ($\bar{x}$ =4.91, SD=0.29) รองลงมาคือ พอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ ($\bar{x}$ =4.90, SD=0.31) รองลงมาคือ พอใจต่อการร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาของโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ ($\bar{x}$ =4.79, SD=0.41)

ตาราง 12 ระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 67)

ระดับการความพึงพอใจ (10 ข้อ 50 คะแนน)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (n = 67)	ร้อยละ	จำนวน (n = 67)	ร้อยละ
พึงพอใจระดับมากที่สุด (4.21 –5.00 คะแนน)	28	47.8	65	97.0
พึงพอใจระดับมาก (3.41 –4.20 คะแนน)	32	47.8	2	3.0
พึงพอใจระดับปานกลาง (2.61–3.40 คะแนน)	7	10.4	0	0.00
พึงพอใจระดับน้อย (1.81 –2.60 คะแนน)	0	0	0	0.00
ไม่มีความพึงพอใจ (1.00 –1.80 คะแนน)	0	0	0	0.00
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.96		4.58	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.71		0.45	

จากกตาราง 12 ระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนการพัฒนา มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (ร้อยละ 47.8) มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (ร้อยละ 47.8) มีความพึงพอใจระดับน้อย (ร้อยละ 10.4) และ หลังการพัฒนา มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (ร้อยละ 97.0) มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (ร้อยละ 3.0) มีความพึงพอใจระดับน้อย (ร้อยละ 0.00) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนการพัฒนา ($\overline{x}$=3.96, *SD*=0.71) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการพัฒนา ($\overline{x}$=4.58, SD=0.45)

พหุน ปณฺฑิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 กลุ่มประชาชนและครัวเรือนในเขตตำบลไร่ใต้

1) ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

ตาราง 13 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในเขตตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 360)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	53	17.26
หญิง	307	85.28
2.อายุ		
19 – 30 ปี	35	9.72
31 - 40 ปี	78	21.67
41 – 50 ปี	138	38.33
51- 60 ปี	91	25.28
60 ปีขึ้นไป	18	5.00
$\bar{X}$= 45.13, *SD*= 10.69		
3. สถานภาพ		
โสด	47	13.06
สมรส	282	78.33
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	31	8.61
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	9	2.50
ประถมศึกษา	138	38.33
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	125	34.72
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	39	10.83
อนุปริญญา/ปวส.	15	4.17
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	34	9.44

ตาราง 13 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในเขตตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 360) (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
เกษตรกร	249	4.17
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25	69.17
รับจ้างทั่วไป	63	17.50
พนักงานบริษัทเอกชน	8	6.94
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	2.22
อื่นๆ	15	4.17
6. รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000	287	79.72
5,001-10,000	58	16.11
10,001 15,000	12	3.33
15,001 – 20,000	1	0.28
20,000 บาทขึ้นไป	2	0.56
$\bar{X}$= 4142.77, *SD*= 3774.73		
7. ตำแหน่งของท่านในชุมชนในงานควบคุมโรคไข้เลือดออก		
ไม่มีบทบาทใดๆ	0	0.00
หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร	0	0.00
ผู้ปฏิบัติ	4	1.11
ผู้นำชุมชน	7	1.94
อสม.	173	48.06
สมาชิกชมรม	6	1.67
อื่นๆ (ประชาชนทั่วไป)	170	47.22

จากตาราง 13 พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.28) อายุระหว่าง 40 - 50 ปี (ร้อยละ 38.33) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.33) ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 38.33) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 69.17) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 79.72) ตำแหน่งของท่านในชุมชนในงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนส่วนมากเป็น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 48.06)

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้ไข้เลือดออก ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปของโรคไข้เลือดออก การควบคุมและการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	ก่อนการพัฒนา (n=360)		หลังการพัฒนา (n=360)	
	ตอบถูก	ร้อยละ	ตอบถูก	ร้อยละ
1. โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค	349	96.94	360	100.00
2. ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกมักออกหากินเวลากลางคืน	241	66.94	343	95.28
3. อาการของโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีไข้สูงไม่ลด 2-7 วัน ปวดศีรษะ หน้าแดง ซึม	358	99.44	360	100.00
4. โรคไข้เลือดออกเกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย	188	52.22	224	62.22
5. เมื่อมีไข้และสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออก ควรเช็ดตัวลดไข้ใช้ยาพาราเซตามอลเท่านั้น และดื่มน้ำมากๆ	275	76.39	309	85.83

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	ก่อนการพัฒนา (n=360)		หลังการพัฒนา (n=360)	
	ตอบถูก	ร้อยละ	ตอบถูก	ร้อยละ
6. ถ้ามีไข้สูงติดต่อกันเกิน 2 วัน ควรไปสถานพยาบาล ไปรัดแขน เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก	342	95.00	342	95.00
7. เมื่อมีไข้สูง ไม่ควรใช้ยาแอสไพรินลดไข้ เพราะจะทำให้เลือดออกง่ายขึ้น	306	85.00	338	93.89
8. การตัดวงจรการเจริญเติบโตของยุงลาย ที่จะเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ที่ง่ายที่สุด ควรทำในระยะที่เป็นตัวเต็มวัย (ตัวยุงลาย)	234	65.00	325	90.28
9. การกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยการคว่ำภาชนะไม่ให้มีน้ำขัง ควรทำเป็นประจำทุก 7 วัน	350	97.22	355	98.61
10. ยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออก มีทั้งยุงลายบ้านและยุงลายสวน	338	93.89	346	96.11
11. การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ ใส่ลงในน้ำจานรองตู้กับข้าว ไม่สามารถป้องกันยุงลายมาวางไข่ได้	139	38.61	297	82.50
12. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทำได้โดยการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายหรือปล่อยปลากินลูกน้ำในภาชนะที่มีน้ำขัง	339	94.17	351	97.50
13. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วสามารถติดเชื้อซ้ำได้	314	87.22	342	95.00
14. ภูมิปัญญาชาวบ้านในการป้องกันการเพาะพันธุ์ยุงลาย คือการใส่ปูนแดงในโอ่งน้ำ เป็นต้น	251	69.72	332	92.22
15. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นหน้าที่ของ อสม.	197	54.72	335	93.06

จากตาราง 14 หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างประชาชนตำบลไร่ใต้ มีความรู้ความรู้ทั่วไปของโรคไข้เลือดออก การควบคุมและการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา โดยข้อที่มีคนตอบถูกมากที่สุด คือ โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค (ร้อยละ 100) อาการของโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีไข้สูงไม่ลด 2-7 วัน ปวดศีรษะ หน้าแดง ซึม (ร้อยละ 100) รองลองมา คือการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยการคว่ำภาชนะไม่ให้มีน้ำขัง ควรทำเป็นประจำทุก 7 วัน (ร้อยละ 98.61) และพบว่าคะรายข้อเพิ่มขึ้นทุกข้อคำถาม

ตาราง 15 ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (n = 360)	ร้อยละ	จำนวน (n = 360)	ร้อยละ
ระดับสูง 12.00 – 15.00 คะแนน (ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป)	287	79.72	356	98.89
ระดับปลานกลาง 9.00 – 11.99 คะแนน (ร้อยละ 60.00-79.99)	73	20.28	4	1.11
ระดับต่ำ 0.00 – 8.99 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60.00)	0	0.00		0.00
ค่าเฉลี่ยคะแนน	11.69		13.74	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.57		1.24	

จากกตาราง 15 ระดับความรู้เกี่ยวกับระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลไร่ใต้ ก่อนพัฒนามีความรู้อยู่ระดับสูง (ร้อยละ 79.72) มีความรู้อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.28) มี หลังการพัฒนามีระดับความรู้อยู่ระดับสูง (ร้อยละ 98.89) มีความรู้อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 1.11) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการพัฒนา ($\bar{x}$=11.69, SD=1.58) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการพัฒนา ($\bar{x}$=13.74, SD=1.24)

ตาราง 16 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (n = 360)

คะแนนความรู้	ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านการปฏิบัติของประชาชนในชุมชน								
	N	mean	S.D.	D	S.D.d	95%CI	t-test	df	p - value
ก่อนดำเนินงาน	360	11.69	1.57	2.04	1.45	1.894-2.195	26.78	359	< 0.001
หลังดำเนินงาน	360	13.74	1.24						

* p ≤ 0.05

จากตาราง 16 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนดำเนินการ ($\bar{x}$=11.69, *SD*=1.58) หลังดำเนินการ ($\bar{x}$=13.74, *SD*=1.24) เมื่อเปรียบเทียบด้วยด้วยค่าสถิติ (Paired t-Test) พบว่าหลังการพัฒนามีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำนวน 20 ข้อ

ตาราง 17 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (n = 360)

การปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา (n = 360)			หลังการพัฒนา (n = 360)		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. นอนในห้องที่มีมุ้งลวด/นอนกางมุ้ง	2.93	0.26	สูง	2.97	0.16	สูง
2. สองตรวจหาลูกน้ำยุงลายเมื่อพบภาชนะที่มีน้ำขังหรือบริเวณบ้าน	2.79	0.60	สูง	2.96	0.19	สูง

ตาราง 17 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ (ต่อ)

การปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา (n = 360)			หลังการพัฒนา (n = 360)		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
3. กำจัดเศษวัสดุ-ภาชนะที่จะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านเมื่อพบเห็น	2.92	0.35	สูง	2.98	0.13	สูง
4. ปรับปรุงบริเวณบ้านเพื่อกำจัดแหล่งน้ำขัง อาจเป็นแหลงเพาะพันธุ์ หรือที่อาศัยของยุง	2.56	0.60	สูง	2.97	0.17	สูง
5. ตักหรือกำจัดลูกน้ำเมื่อพบเห็น	2.82	0.51	สูง	2.94	0.23	สูง
6. ปิดฝาโอ่งน้ำหรือภาชนะใสน้ำดื่มน้ำใช้ทันที เมื่อไมไดใช้น้ำ เพื่อป้องกันกันยุงวางไข่	2.86	0.49		2.96	0.21	
7. ขัดทำความสะอาดผิวด้านในโอ่งน้ำหรือ ภาชนะเก็บน้ำในบ้านทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน	2.74	0.53	สูง	2.94	0.23	สูง
8.ปองกันยุงกัดโดยไล่ ตบ ตี หรือใช้เครื่องไฟฟ้าช๊อต เมื่อยุงบินเขาใกล้	2.63	0.52	สูง	2.91	0.28	สูง
9. ใสเกลือ ผงซักฟอก น้ำส้มสายชูหรือสิ่งของอื่นๆที่ไมสามารถให้ยุงลงวางไขในภาชนะที่ มีน้ำขังภายในบ้าน เช่น ขาตูกับข้าว แจกัน ดอกไม้	2.44	0.76	สูง	2.61	0.75	สูง
10. เปิดประตูบ้าน หน้าต่าง ให้ลมพัดแสงแดดส่อง เพื่อระบายอากาศไม่ให้อับชื้น ปองกันยุงอาศัยอยู่ในบ้าน	2.88	0.33	สูง	2.98	0.13	สูง

ตาราง 17 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ (ต่อ)

การปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา (n = 360)			หลังการพัฒนา (n = 360)		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
11.ดัดแปลงภาชนะที่ไม่มีประโยชนนำมาใช้ เพื่อลดแหล่งเพาะพันธุยุง เช่น ทำกระถางต้นไมจากยางรถยนต์เก่า	2.59	0.57	สูง	2.63	0.48	สูง
12. แยกขยะ เก็บขวดแกว/ขวดพลาสติกนำไปขาย กะลา ทำเชื้อเพลิงเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	2.84	0.36	สูง	2.95	0.21	สูง
13. เก็บเสื้อผ้าในตู้ ไมแขวนหรือตากนอกตู เพื่อไมให้ยุงเกาะอาศัย	2.76	0.46	สูง	2.85	0.40	สูง
14. อยู่ในบ้านบริเวณที่มีแสงสว่างเพียงพอ มีลมพัด เพื่อป้องกันกันยุงกัด	2.88	0.32	สูง	2.96	0.19	สูง
15. แนะนำคนในครอบครัว ให้ปองกันตนเอง ไมให้ยุงกัดและแนะนำวิธีป้องกันโรคไขเลือดออก เช่น การใสทรายกำจัดลูกน้ำ เผาหรือฝังขวดแกว/พลาสติก กะลา	2.84	0.43	สูง	2.94	0.30	สูง
16.แนะนำเพื่อนบ้านเกี่ยวกับวิธีการควบคุม กำจัดลูกน้ำ เช่น การใสทรายกำจัดลูกน้ำ เผา หรือฝังขวดแกว/ขวดพลาสติก กะลา	2.67	0.53	สูง	2.76	0.45	สูง
17. ให้ความร่วมมือในการสำรวจลูกน้ำภายในบ้านและบริเวณบ้านโดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.90	0.30	สูง	3.00	0.00	สูง

ตาราง 17 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ (ต่อ)

การปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา (n = 360)			หลังการพัฒนา (n = 360)		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
18. ขอรับทรายกำจัดลูกน้ำจาก อสม. หรือเจาหน้าที่สาธารณสุข	2.86	0.37	สูง	2.96	0.19	สูง
19. ติดตามข่าวสาร สอบถาม อสม./ ผู้นำชุมชน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับสถานการณโรคไขเลือดออกในหมูบ้าน/ชุมชน	2.89	0.31	สูง	2.89	0.31	สูง
20. ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือวัสดุภายในชุมชน กำจัดลูกน้ำยุงลายและปองกันโรคไขเลือดออก เช่น ใช้สมุนไพรไล่ยุง	2.71	0.45	สูง	2.74	0.44	สูง
เฉลี่ยรวม	**2.78**	**0.44**	**สูง**	**2.90**	**0.27**	**สูง**

จากตาราง 17 หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่าง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน มีปฏิบัติมากที่สุด คือ ให้ความร่วมมือในการสำรวจลูกน้ำภายในบ้านและบริเวณบ้านโดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{x}$ =3.00, SD=0.00) รองลงมาคือ กำจัดเศษวัสดุ-ภาชนะที่จะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านเมื่อพบเห็น ($\bar{x}$ =2.98, *SD*=0.31) และ เปิดประตูบ้าน หน้าต่าง ผ้าม่าน ให้ลมพัดแสงแดดส่อง เพื่อระบายอากาศไม่ให้มืดอับชื้น ปองกันยุงอาศัยอยู่ในบ้าน ($\bar{x}$ =2.98, *SD*=0.31)

ตาราง 18 ระดับการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 360)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (n = 360)	ร้อยละ	จำนวน (n = 360)	ร้อยละ
การปฏิบัติระดับสูง (2.34 - 3.00 คะแนน)	329	91.38	360	100.00
การปฏิบัติระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	31	8.62	0	0.00
การปฏิบัติระดับต่ำ (1.00 - 1.66 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
ค่าเฉลี่ยคะแนน	2.78		2.90	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.25		0.12	

จากกตาราง 18 การปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนการพัฒนา มีการปฏิบัติระดับสูง (ร้อยละ 91.38) มีการปฏิบัติระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.62) การปฏิบัติระดับน้อย (ร้อยละ 0.00) และ หลังการพัฒนา มีการปฏิบัติระดับสูง (ร้อยละ 100) ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนการพัฒนา ($\bar{X}$=2.78, SD=0.25) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการพัฒนา ($\bar{X}$=2.90, *SD*=0.12)

ตาราง 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 360) เปรียบเทียบโดยสถิติ Paired t-test

คะแนนการปฏิบัติ	ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านการปฏิบัติของประชาชนในชุมชน								
	n	mean	S.D.	D	S.D.d	95%CI	t-test	df	p - value
ก่อนดำเนินการ	360	2.78	0.25	0.12	0.15	0.103-0.135	14.86	359	< 0.001
หลังดำเนินการ	360	2.90	0.12						

* p ≤ 0.05

จากตาราง 19 การปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา ก่อนดำเนินการ ($\bar{X}$=2.78, *SD*=0.25) หลังดำเนินการ ($\bar{X}$=2.90, *SD*=0.12) เมื่อเปรียบเทียบด้วยค่าสถิติ (Paired t-Test) พบว่าหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

4) เปรียบเทียบค่า ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ (House Index : HI) ค่าร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำ (Container Index : CI) และค่า (Breteau. Index) ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบาย

ตาราง 20 ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการพัฒนา กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2563

หมู่ที่	เดือนกุมภาพันธ์ (ก่อนดำเนินการ)			เดือนมีนาคม			เดือนเมษายน			เดือนพฤษภาคม		
	HI	CI	BI	HI	CI	BI	HI	CI	BI	HI	CI	BI
1	63.64	41.67	136.36	9.09	16.67	54.55	4.55	13.89	45.45	0.00	13.89	45.45
2	54.55	53.33	145.45	13.64	16.67	45.45	9.09	18.33	50.00	0.00	20.00	54.55
3	45.45	32.26	90.91	13.64	19.35	54.55	4.55	17.74	50.00	9.09	19.35	54.55
4	64.29	35.38	82.14	7.14	18.46	42.86	0.00	16.92	39.29	7.14	16.92	39.29
5	68.18	74.58	200.00	18.18	22.03	59.09	9.09	18.64	50.00	9.09	18.64	50.00
6	39.29	39.66	82.14	10.71	17.24	35.71	7.14	20.69	42.86	7.14	18.97	39.29
7	50.00	43.10	89.29	7.14	17.24	35.71	7.14	20.69	42.86	7.14	18.97	39.29
8	50.00	75.00	137.50	12.50	22.73	41.67	4.17	25.00	45.83	8.33	25.00	45.83
9	55.00	91.67	220.00	15.00	25.00	60.00	10.00	25.00	60.00	10.00	22.92	55.00
10	50.00	80.36	204.55	9.09	19.64	50.00	9.09	23.21	59.09	9.09	19.64	50.00
11	54.55	40.00	90.91	4.55	22.00	50.00	4.55	20.00	45.45	9.09	24.00	54.55
12	57.69	33.33	84.62	7.69	21.21	53.85	3.85	22.73	57.69	7.69	19.70	50.00
13	60.71	55.56	89.29	3.57	31.11	50.00	7.14	33.33	53.57	7.14	24.44	39.29

ตาราง 20 ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการพัฒนา กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2563 (ต่อ)

หมู่ที่	เดือนกุมภาพันธ์ (ก่อนดำเนินการ)			เดือนมีนาคม			เดือนเมษายน			เดือนพฤษภาคม		
	HI	CI	BI	HI	CI	BI	HI	CI	BI	HI	CI	BI
14	75.00	65.22	125.00	4.17	32.61	62.50	8.33	32.61	62.50	4.17	23.91	45.83
15	68.18	28.57	90.91	13.64	21.43	68.18	4.55	21.43	68.18	4.55	15.71	50.00
รวม	**56.94**	**50.76**	**121.11**	**9.72**	**21.07**	**50.28**	**6.11**	**21.42**	**51.11**	**6.67**	**19.67**	**46.94**

จากตาราง 20 แสดงค่า HI CI BI ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ พบว่าก่อนการพัฒนาได้แก่ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ค่า (HI=56.94, CI=50.76, BIช่วงดำเนินการเดือนมีนาคม ค่า (HI=9.72, CI=21.07, B Iเดือนเมษายน ค่า (HI=6.11, CI=21.42, BI=51.11และเดือน พฤษภาคม ค่า (HI=6..7, CI=19.67, BI = 46.94) ซึ่งลดลงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

ตาราง 21 เปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ค่า HI , CI , BI ในชุมชนตำบลไร่ใต้ก่อนและหลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ผลการเปรียบเทียบ	จำนวนบ้านที่สำรวจ (A)	จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ (B)	จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด (C)	จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ (D)	HI (B*100/A)	CI (D*100/C)	BI (D*100/A)
ก่อนการพัฒนา	360	205	859	436	56.94	50.76	121.11
หลังการพัฒนา	360	24	859	169	6.67	19.67	46.94

หมายเหตุ เก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (เดือน มีนาคม 2563) เก็บข้อมูลหลังการพัฒนา (เดือนพฤษภาคม 2563)

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

จากการจัดประชุมถอดบทเรียนในขั้นตอนของการสะท้อนผล ของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี สามารถสรุปเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จได้ดังนี้

1) กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะครั้งนี้เป็นกระบวนการที่มีการรับฟังความคิดเห็นของชุมชน จากกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็นระดับหมู่บ้านก่อน จากนั้นให้มีตัวแทนคือผู้นำชุมชนและตัวแทนภาคประชาชนของแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมกำหนดนโยบายในเวทีสมัชชาระดับตำบล

2) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติมีแผนปฏิบัติการ ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ และกิจกรรมที่ชัดเจน โดยผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติตามภารกิจของตนเองอย่างเข้มแข็ง

3) มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องและรายงานผลการดำเนินงานผ่านเวทีสาธารณะในชุมชนได้แก่ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารผ่านหอกระจายข่าวชุมชน และ เวทีประชุมสัญจรกำนันผู้ใหญ่บ้าน มีการรายงานผลต่อนายอำเภอทำให้ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอ

การศึกษาวิจัยเรื่องการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล และสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

5.1.1 บริบทด้านพื้นที่ในการทำวิจัยและสภาพปัญหาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหารจังหวัดอุบลราชธานี

1) บริบททั่วไป

ตำบลไร่ใต้เป็นที่ราบลุ่ม มีหนองน้ำอยู่ทั่วไป และมีแม่น้ำลำโดมใหญ่ไหลผ่านพื้นที่ตำบลไร่ใต้ สภาพภูมิอากาศทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ฤดู ได้แก่ ฤดูฝน จะเริ่มในเดือนพฤษภาคม ฝนตกชุกในเดือนกรกฎาคม ฤดูหนาว จะเริ่มเดือนพฤศจิกายน อากาศหนาวจัดในช่วงเดือนมกราคม ฤดูร้อนจะเริ่มเดือนมีนาคม อากาศร้อนจัดช่วงเดือนเมษายน ของทุกปี ประชาชนตำบลไร่ใต้ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ปลูกพืชหลักที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว มันสำปะหลัง และยางพารา ประชากรบางส่วนประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย

แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 15 หมู่บ้าน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) จำนวน 1 แห่ง จำนวนหลังคาเรือน 2,125 หลังคาเรือน ประชากร 6,513 คน ชาย จำนวน 3,231 คน หญิง จำนวน 3,282 คน มีวัด 6 แห่ง สำนักสงฆ์ 3 โรงเรียนจำนวน 6 แห่ง สถานบริการด้านสาธารณสุขของรัฐ จำนวน 1 แห่ง คือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2) ข้อมูลบริบทของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมตำบลไร่ใต้

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของ ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2562) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ช่วงอายุ 5-14 ปี ถึงร้อยละ 50 พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 ดังนี้ 76.92 ,138.46, 33.5 , 569.0 และ 230.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

2.3 การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบล

ปัจจุบันตำบลไร่ใต้ ได้มีการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นประจำทุกปี โดยวิธีการรณรงค์พ่นหมอกควัน แจกจ่ายทรายอะเบทให้กับครัวเรือน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลไร่ใต้ มีการสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนของตนเอง ซึ่งผลการดำเนินงานจากปีที่ผ่านมาก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ จากการสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชน 6 เดือน ย้อนหลัง พบว่า ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ (House Index : HI) และค่า ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำ (Container Index : CI) ซึ่งเป็นดัชนีพื้นฐานในการเฝ้าระวังแหล่งเพาะพันธุ์ยุงยังเกินมาตรฐาน โดย มีค่า HI เท่ากับ 40.00, 50.67, 56.58, 60.00, 65.00 และ 58.60 และ CI เท่ากับ 35.00, 24.00, 31.03, 23.08 และ 30.77 ด้วยเหตุนี้จึงพบอุบัติการณ์โรคในพื้นที่ดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ตำบลไร่ใต้ จากการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ และจากการสัมภาษณ์ประชาชนพบว่า ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการมีส่วนร่วมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ขยะ ป่ารกรอบหมู่บ้าน สวนยางพาราหลังการเก็บเกี่ยว ทำให้มีน้ำขังในกะลารองยาง เป็นต้น ระบบการเฝ้าระวังแหล่งนำโรคในชุมชนยังขาดความต่อเนื่องและวิธีการจัดการที่ดีพอ แม้กระทั่ง วัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมป้องกันโรคยังไม่เพียงพอ ได้แก่ ทรายอะเบท น้ำยาเคมี และเครื่องพ่นหมอกควัน เป็นต้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนและภาคีเครือข่ายขาดการมีส่วนร่วมและขาดพลังในการดำเนินงาน ผู้มีบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่มักจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. และหน่วยงาน อปท. ที่สนับสนุนงบประมาณในการซื้อทรายอะเบทและรณรงค์พ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย แต่ภาคส่วนอื่นๆ ยังไม่มีบทบาทร่วมกันในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเท่าที่ควร โดยเฉพาะภาคประชาชน

2.4 บริบทการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะสุขภาพเรื่องการควบคุมโรคไข้เลือดออก

นโยบายเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในปัจจุบัน เป็นนโยบายจากรัฐมอบหมายลงมาให้หน่วยงานภาครัฐเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการจัดการปัญหา ประชาชนมองว่าเป็นเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุขต้องมาดูแล ตำบลไร่ใต้ได้ดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นประจำทุกปี โดยสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน

หลักประกันสุขภาพตำบลไร่ใต้ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมกองทุกหลักประกันสุขภาพตำบลไร่ใต้ เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้งบประมาณค่อนข้างสูในแต่ละปี ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่นำมาจัดซื้อทรายอะเบท น้ำยาเคมี และน้ำมันเชื้อเพลิงในการฉีดพ่น ซึ่งจากผลการดำเนินในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนยังไม่สามารถควบคุมและป้องกันโรคระบาดได้ มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในอัตราที่สูงในทุกๆ ปี ดังรายงาที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ จะเห็นได้ว่าการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร นี้เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญมากของชุมชนที่ต้องเร่งหาแนวทางในการแก้ไข โดยการวิเคราะห์สาเหตุในเบื้องต้นพบว่า การมีส่วนร่วมโดยภาคประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งในการดำเนินงานนั้นจะต้องสร้างความร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และที่สำคัญคือภาคประชาชนเข้ามาร่วมแก้ปัญหา เพื่อกำหนดให้เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจะต้องเป็นนโยบายระดับพื้นที่สอดคล้องกับปัญหาตามบริบทของชุมชน และเป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นเองโดยชุมชน มีแนวทาง และกำหนดกิจกรรมบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีเป้าหมายที่วัดผลได้ จึงจะนำไปสู่การประกาศใช้โดยชุมชนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

5.1.2 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหารจังหวัดอุบลราชธานี

ภายใต้กรอบแนวคิดการดำเนินงานวิจัยผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพโดยมีประเด็นในการจัดทำแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหารจังหวัดอุบลราชธานี กระบวนการตามลำดับขั้นตอน คือ เตรียมการประเมินสถานการณ์และบริบท การก่อตัวของนโยบาย ผู้วิจัยได้ศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นวางแผน Planning มีการเตรียมความพร้อมทีมดำเนินงาน แต่งตั้งคณะทำงาน ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา ประชุมคณะกรรมการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ สร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและร่วมกันวางแผนการดำเนินงานวางแผนการดำเนินงานและกิจกรรมรับฟังความคิดเห็นจากชุมชนโดยการประชาคมชาวบ้านทำความเข้าใจรับฟังปัญหาและรวบรวมข้อเสนอแนะของชุมชนก่อนและให้มีตัวแทนของชุมชนในการประชุมกำหนดนโยบายในบทบาทภาคประชาชน จากนั้น จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยกระบวนการ AIC ซึ่งจัดขึ้นในรูปแบบเวทีสมัชชา ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างความเข้าใจ

สถานการณ์และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (A : Appreciation) ขั้นการร่วมกันค้นหาวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (I : Influence) ขั้นตอนการกำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ (C : Control) 2) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนนี้ได้ประกาศใช้นโยบาย โดยการจัดประชุมประชาคมในระดับหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนระดับพื้นที่ได้รับรู้ร่วมกันพร้อมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้รับทราบแนวทางปฏิบัติร่วมกัน และดำเนินปฏิบัติงานตามแผนและข้อตกลงร่วมกันในแผน โดยผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่ายจัดกิจกรรมตามแผนนโยบายทุกฝ่ายได้ร่วมกันขับเคลื่อน “ชุมชนไร่ใต้ปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดไข้เลือดออก” 3) ขั้นการสังเกตการปฏิบัติงาน (Observation) ผู้วิจัยและคณะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารระเป็นผู้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานซึ่งระบุไว้ในแผนปฏิบัติการอย่างชัดเชน โดยการประเมินผลของแต่ละกิจกรรม การสังเกตสิ่งแวดล้อม การสำรวจลูกน้ำยุงลาย และการสังเกตการมีส่วนร่วมของชุมชน 4) ขั้นสะท้อนผลกลับ (Reflect) จัดเวทีการประชุมถอดบทเรียนโดยกระบวนการ Focus group หาปัจจัยแห่งความสำเร็จ สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน แนวทางพัฒนาต่อยอด

5.1.3 ผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนดำเนินการ ($\bar{X}$=11.69, SD=1.58) หลังดำเนินการ ($\bar{X}$=13.74, SD=1.24) เมื่อเปรียบเทียบด้วยด้วยค่าสถิติ (Paired t-Test) พบว่าหลังการพัฒนามีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

การปฏิบัติของประชาชนในชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา ก่อนดำเนินการ ($\bar{X}$=55.54, SD=4.91) หลังดำเนินการ ($\bar{X}$=57.91, SD=2.39) เมื่อเปรียบเทียบด้วยค่าสถิติ (Paired t-Test) พบว่าหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

และค่า HI CI BI ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานหลังดำเนินการ อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้เท่ากับศูนย์ตลอดระยะเวลาดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีดังนี้

1) กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะครั้งนี้เป็นกระบวนการที่มีการรับฟังความคิดเห็นของชุมชน จากกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็นระดับหมู่บ้านก่อน จากนั้นให้มี

ตัวแทนคือผู้นำชุมชนและตัวแทนภาคประชาชนของแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมกำหนดนโยบายในเวทีสมัชชาระดับตำบล

2) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติมีแผนปฏิบัติการ ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ และกิจกรรมที่ชัดเจน โดยผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติตามภารกิจของตนเองอย่างเข้มแข็ง

3) มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องและรายงานผลการดำเนินงานผ่านเวทีสาธารณะในชุมชนได้แก่ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารผ่านหอกระจายข่าวชุมชน และ เวทีประชุมสัญจรกำนันผู้ใหญ่บ้าน มีการรายงานผลต่อนายอำเภอทำให้ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน

5.2 อภิปรายผล

ผลการวิจัยการศึกษากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมี 10 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อม 2) ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) สร้างความรู้ความเข้าใจ 4) รับฟังความคิดเห็นจากชุมชนระดับหมู่บ้าน 5) กำหนดนโยบายสาธารณะโดยการจัดเวทีสมัชชา 6) กำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ 7) ประกาศใช้นโยบายและสื่อสารผ่านเวทีชุมชน 8) ดำเนินปฏิบัติงานตามแผนนโยบาย 9) ติดตามประเมินผล 10) ถอดบทเรียน โดยการจัดประชุมในรูปแบบสมัชชาสุขภาพ ซึ่งให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วย ภาคการเมือง ภาคประชาชน และภาควิชาการ และประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control) ในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม และมีประเด็นที่จะอภิปรายดังนี้

5.2.1 บริบทของชุมชนตำบลไร่ใต้ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ประชาชนยังมองว่าเป็นปัญหาของภาคราชการและหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งความเป็นจริงแล้วปัญหาโรคไข้เลือดออกถือเป็นปัญหาสาธารณะที่ทุกคนในชุมชนต้องร่วมกันในดำเนินการควบคุมและป้องกัน สอดคล้องกับ (Gómez-Dantés, & Willoquet, 2009) ที่ชี้ว่า การควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ไข้เลือดออกถูกมองว่าเป็นปัญหาของ คนอื่น (เป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม) ดังนั้นความรับผิดชอบในการควบคุมจึงถูกส่งต่อไปยังผู้อื่น (เพื่อนบ้านชุมชนเทศบาลสถาบันสุขภาพหรือหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐ) จากการสำรวจลูกน้ำยุงลายซึ่งเป็นตัวพยากรณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกพบว่าในเขตตำบลไร่ใต้ มีดัชนีลูกน้ำยุงลายเกินค่ามาตรฐาน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในเขตตำบลไร่ใต้ ซึ่งสอดคล้องกับ Malina Jasamai et al (2019) ได้ศึกษาทางเลือกในการป้องกันและการรักษาการติดเชื้อไข้เลือดออกในปัจจุบันในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจุบันการรักษาโรคไข้เลือดออกยังไม่มียาต้านไวรัสหรือวัคซีนที่พร้อม วิธีที่จะลดลดการติดเชื้อไข้เลือดออก คือการควบคุมยุงลาย ซึ่งการ

ป้องกันและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก รวดเร็ว ทุกคนสามารถทำได้และประหยัดงบประมาณมากที่สุด โดยการวิเคราะห์สาเหตุในเบื้องต้นพบว่า การมีส่วนร่วมโดยภาคประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งในการดำเนินงานนั้นจะต้องสร้างความร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และที่สำคัญคือภาคประชาชนเข้ามาร่วมแก้ปัญหา เพื่อกำหนดให้เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจะต้องเป็นนโยบายระดับพื้นที่สอดคล้องกับปัญหาตามบริบทของชุมชน และเป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นเองโดยชุมชน มีแนวทาง และกำหนดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีเป้าหมายที่วัดผลได้ จึงจะนำไปสู่การประกาศใช้โดยชุมชนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับ (วิสุทธิ บุญญะโสภิตและ นิรชา อัศวธีรากุล, 2555) ที่ชี้ว่า การลดความเสี่ยงของการเกิดโรคในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ด้วยกระบวนการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งเป็นการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพหรือการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยการนำกลยุทธ์และวิธีการเชิงสังคมมาใช้ในการแก้ปัญหา ด้วยการสร้างกฎระเบียบ หรือนโยบายที่เหมาะสมมาใช้ในการแก้ปัญหาเป็นการควบคุมปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ

5.2.2 รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยดำเนินการขับเคลื่อนนโยบาย โดยยึดขั้นตอนของกระบวนการนโยบาย ซึ่งมี 10 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อม 2) ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) สร้างความรู้ความเข้าใจ 4) รับฟังความคิดเห็นจากชุมชนระดับหมู่บ้าน 5) กำหนดนโยบายสาธารณะโดยการจัดเวทีสมัชชา 6) กำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ 7) ประกาศใช้นโยบายและสื่อสารผ่านเวทีชุมชน 8) ดำเนินปฏิบัติงานตามแผนนโยบาย 9) ติดตามประเมินผล 10) ถอดบทเรียน เพื่อให้กระบวนการนโยบายบายครบถ้วนและเป็นไปตามแบบแผนและประสบผลสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับ พิรุฬห์ ศิริทองคำและคณะ (2561) ได้ศึกษากระบวนการ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและปัจจัยส่งผลกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับท้องถิ่นพบว่ากระบวนการนโยบายสาธารณะประกอบด้วย การก่อตัวของนโยบาย การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายได้แก่ ผู้แสดงทางนโยบาย ภารกิจของนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่น กระบวนการนโยบาย ปัจจัยที่ส่งต่อกระบวนการนโยบาย และกระบวนการนโยบาย และสอดคล้องกับ พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ `(2555) ซึ่งพบว่านโยบายสาธารณะมีบทบาทสำคัญในฐานะที่เป็นกระบวนการแห่งการเรียนรู้ของสังคม เป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชี้ทิศทางของสังคม และเป็นกระบวนการที่ทำให้ทราบถึงคุณค่าที่แตกต่างกันในสังคม การกระบวนการประกอบด้วย ขั้นตอน คือ 1) การก่อตัวของนโยบายสาธารณะ (Public policy formation) 2) การกำหนดทางเลือกและการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ

(Public policy alternative development and decision making) 3) การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (Public policy implementation) 4) การประเมินผลนโยบายสาธารณะ (Public policy evaluation) 5) ความต่อเนื่องการทดแทนและการสิ้นสุดนโยบายสาธารณะ (Public policy maintenance succession & termination)

ผู้วิจัยได้จัดประชุมในรูปแบบสมัชชาสุขภาพ ซึ่งได้ให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วย ภาคการเมือง ภาคประชาชน และภาควิชาการ เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันรับผิดชอบและมองเห็นปัญหาร่วมกัน และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา จึงเกิดการขับเคลื่อนให้เป็นนโยบายสาธารณะที่ทุกหน่วยงานทุกฝ่ายทุกภาคส่วนรวมถึงประชาชนทุกคนต้องยึดปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ กนกวรรณ เอี่ยมชัย, เฉลิมพล ก่ำใจ และอัมพร ยานะ (2561) ที่ชี้ว่า กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เป็นการดำเนินงานในลักษณะการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนแต่ละประเด็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนา ได้แก่ อปท. ผู้นำชุมชน หน่วยงานราชการ โรงเรียน รพ.สต.และองค์กรภาคประชาชน เริ่มด้วยการมองเห็นปัญหาร่วมกัน มองเห็นแนวทางและประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ เทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control) เพื่อใช้ในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ร่วมเวทีสมัชชาได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางเพื่อนำไปเป็นแนวทางควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ตำบลไร่ใต้เป็นชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลายปลอดโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับ สุรศักดิ์ บุญเทียน (2555) ที่ชี้ว่า กระบวนการที่ก่อให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน หาทางออกร่วมกัน หรือมีข้อเสนอในการปฏิบัติร่วมกัน ของฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องจนเกิดกระบวนการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อสุขภาวะร่วมกัน ภายใต้หลักการของสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเป็นหลักการขับเคลื่อนร่วมกันบนพื้นฐานของการสร้างความรู้ของภาควิชาการ การเคลื่อนไหวทางสังคมของภาคประชาชนและการเชื่อมโยงหนุนเสริมกับภาครัฐและการเมือง อย่างสอดคล้องและสมดุลนำไปสู่การเสริมพลังซึ่งกันและกัน

5.2.3 ผลของการศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าภายหลังการขับเคลื่อน ประชาชนตำบลไร่ใต้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ วราภรณ์ อำพันกาญจน์ (2554) ชี้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกใน ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และสอดคล้องกับ ภานรินทร์ ณัฏฐากรกุล (2561) ที่ชี้ว่ากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ส่งผลให้ วัยรุ่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความเข้าใจค่านิยมเปลี่ยนแปลงดีขึ้น และผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนมี เจตคติที่ดีต่อกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนเปลี่ยนแปลงดีขึ้น

และยังเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อค้นหาสาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกันในที่สุด และมีผลการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ เมธี สุทธศิลป์และคณะ ที่ชี้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ทัศนคติต่อการปฏิบัติ การรับรู้บทบาทหน้าที่ และการรับรู้นโยบาย และส่งผลให้ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายตลอดระยะเวลาการดำเนินงานลดลงและมีค่าไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน และอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเป็นศูนย์ ซึ่งสอดคล้องกับ นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี และคณะ (2560) ที่ชี้ว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกออก โดยชุมชนมี ส่วนร่วม ตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นนโยบายสาธารณสุขที่เน้นให้ชุมชนมีการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบ ด้วยขั้นตอนต่าง ๆ คือ จัดตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ วางแผนงาน ปฏิบัติตามแผนที่กำหนด และสรุปผลการดำเนินงานเป็นระยะเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรค เพื่อหาแนวทางการแก้ไข จนกระทั่งเกิดผลลัพธ์เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลออนใต้อย่างเป็นรูปธรรม จากผลการดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้จำนวนผู้ที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลออนใต้ลดลงอย่างชัดเจน ตำบลออนใต้ยังได้รับรางวัลในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออออย่างต่อเนื่อง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับพื้นที่ควรจัดให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเพื่อให้ทุกภาคส่วนได้เสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ซึ่งประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ ควรจัดทำทั้งในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล

2) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ควรมีกระบวนการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนและมีส่วนร่วมของชุมชน

3) มีกระบวนการกำกับติดตามมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องและมีการรายงานผลผ่านเวทีสาธารณะในชุมชน เช่น หอกระจายข่าวหมู่บ้าน เวทีประชุมสัญจรกำนันผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษางานวิจัยต่อไป

1) พัฒนาแกนนำสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะโดยเน้นความรู้ด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะ และมีการส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งกับองค์กรภาคประชาชนให้มาเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชน

2) กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยเน้นให้มีกิจกรรมเพื่อให้เกิดการซักถาม ทักท้วงวง และเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา

3) ควรให้ความสำคัญเรื่องการดำเนินกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นเรื่องการจัดหาหรือพัฒนาทีมวิทยากรผู้ดำเนินรายการ พัฒนาเทคนิคและวิธีการต่างๆ เพื่อให้กิจกรรมมีความน่าสนใจและผู้เข้าร่วมประชุมมีความพึงพอใจในกิจกรรม

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กนกวรรณ เอี่ยมชัย, เฉลิมพล ก๋ำใจ และอัมพร ยานะ. (2561). กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ระดับตำบล จังหวัดพะเยา. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ . วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา*, 11(3), 317-324.

กนกวรรณ เอี่ยมชัยและคณะ. (2561). *กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ระดับตำบล จังหวัดพะเยา*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา.

กรมควบคุมโรค. (2558 ก). *คู่มือวิชาการโรคติดต่อเชื้อเดงกีและไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้ง). สำานักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค.

กรมควบคุมโรค. (2558 ข). *แนวทางการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2561). *รายงานพยากรณ์ โรคไข้เลือดออก ปี 2562*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กฤษณชัย กิมชัย. (2551). *30 ปี การสาธารณสุขมูลฐาน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

คนึงนิจ ศรีบัวเอี่ยม. (2545). *รายงานการวิจัยแนวทางการเสริมสร้างประชาธิปไตย การมีส่วนร่วมทางรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ปัญหาอุปสรรคและทางออก.* กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

ถวิลวดี บุรีกุล และปัทมา สูบกำปัง. (2554). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะ*. รายงานการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยและพัฒนา สถาบันพระปกเกล้า.

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). *กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข็มแข็ง.* พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, เครือข่ายประชาคมสุขภาพในท้องถิ่น.

นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี และคณะ. (2560). *ถอดบทเรียนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: กรณีศึกษาการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม* (Issue December). รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประเวศ วะสี. (2546). *การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ. (2555). *นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy).* สงขลา: สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พงศ์พันธ์ แก้วหาวงศ์. (2550). *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลช่วยเหลือนักเรียน ในสถานศึกษาอำเภอหนองสองห้อง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ขอนแก่น เขต 3.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย.

พิรุฬห์ ศิริทองคำ และคณะ. (2561). *รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับท้องถิ่นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย.* รายงานการวิจัย. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.

พีระ สมบัติดี และคณะ. (2558). ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก. ขอนแก่น: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์.

ภานรินทร์ ณัฏฐากรกุล. (2561). *การพัฒนารูปแบบการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในเขตชุมชนใกล้กับสถานศึกษาของชุมชนดงปอ ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เมธี สุทธศิลป์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี*, 18(1).

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่. (2561). *ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561.* กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.

รัชนี มิตกิตติ. (2559). การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(3), 26-36.

วราภรณ์ อำพันกาญจน์. (2554). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าข้าม อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร*. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 6(2).

วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย เสนารัตน, แ. ข. น. (2557). *นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ.* สำนักสนับสนุนพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสภาการพยาบาล.

วิสุทธิ บุญญะโสภิต และนิรชา อัศวธีรากุล. (2555). *นโยบายสาธารณะ : เครื่องมือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน.* กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.).

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2552). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิทยพัฒน์.

ศิริเพ็ญ กัลป์ยาณรุจ และคณะ. (2556). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.* กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมเกียรติ บุญญะบัญชา. (2535). *ชีวิทยาและนิเวศวิทยาของยุงลายในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กองกฎวิทยาทางการแพทย์, กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์.

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2545). *สิทธิ หน้าที่พลเมือง: ระบบสุขภาพภาคประชาชน*. กรุงเทพฯ: บริษัทเรดิเอชั่น จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง. (2555). *แนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์แห่งประเทศไทย.

สำนักงานระบาดวิทยา. (2562). *สถานการณ์ โรคไข้เลือดออก*. กรุงเทพฯ: สำนักงานระบาดวิทยา.

สำนักงานโรคติดต่อนำโดยแมลง. (2554). *บันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วันที่ 15 มิถุนายน 2554 – 15 มิถุนายน 2558 ระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและสำนักอนามัย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2562). *สถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี*. ข้อมูลจาก รง.506 ข้อมูล ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2562. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.

สุรศักดิ์ บุญเทียน. (2555). รูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่. *วารสารมนุษศาสตร์สังคมศาสตร์*, 29(2), 133-163.

สุรศักดิ์ บุญเทียน และศิริธร อรไชย. (2553). การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

อรพินท์ สพโชคชัย. (2537). *คู่มือการจัดการประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ่าน : การพัฒนาหมู่บานโดยพลังประชาชน.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2551). *การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2554). *เหลียวหลัง แลหน้า สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ 2*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

อุทัย เลาหวิเชียร. (2544). *รัฐประศาสนศาสตร์ลักษณะวิชาและมิติต่าง ๆ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เสมาธรรม.

Anderson, A., Duraton, H.B., & Poole, M. E. (1975). Policy Experiments Selected Analytic Issues. *Sociological Methods & Research*, 4(1), 13-30.

Bloom, B. S. T. J. and M. G. F. (1971). *Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.* New York : Mc Graw Hill Book Company.

Cohen, J.M., & Uphooff, N. T. (1977). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evolution. Ithaca,* New York: Rural development committee, Center for International Studies, Cornell University.

David, E. & Jack, D. (1965). The child's image of government. *Annals of the American Academy of Political and Social Science. 361 (1), 40-57.*

Dye, T. R. (1998a). *Understanding Public policy* (9th ed). NJ: Prentice-Hall.

Dye, T. R. (1998b). *Understanding Public policy.* 9th ed. Upper Saddle River: NJ: Prentice-Hall.

Gómez-Dantés, H. & Willoquet, J. R. (2009). Dengue in the Americas: Challenges for prevention and control. *Cadernos de Saude Publica, 25(SUPPL.1), 19–31. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001300003*.

Gómez-Dantés, H., & Willoquet, J. R. (2009). *Dengue in the Americas: Challenges for prevention and control. Cadernos de Saude Publica*, *25*(SUPPL. 1), 19–31. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001300003

Jasamai, M., Yap, W. B., Sakulpanich, A., & Jaleel, A. (2019). Current prevention and potential treatment options for dengue infection. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, *22*, 440–456. https://doi.org/10.18433/jpps30216

Oakley, P. (1991). *Project with People.* Geneva : ILO.

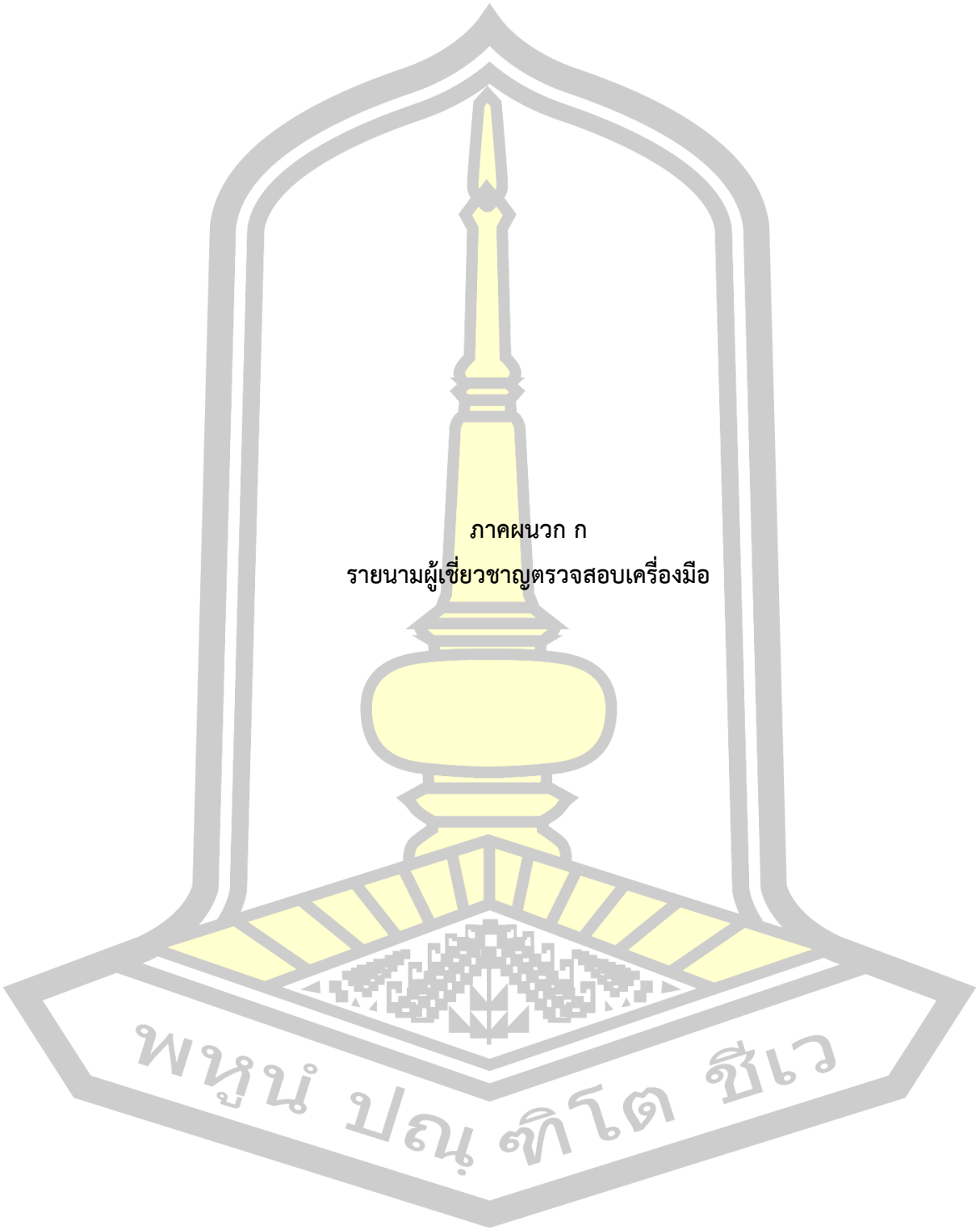
WHO. (2019). *Dengue and severe dengue*. WHO.

WHO WPRO. (2019). Update on the dengue situation in the Western Pacific Region. *Dengue Situation Update 453*, *453*, 1–5.

William, E. (1976). *participation Mandgement : Concept Theory and Implemeentation.* Atlanla G : Georgia Stae University.

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ภาคผนวก



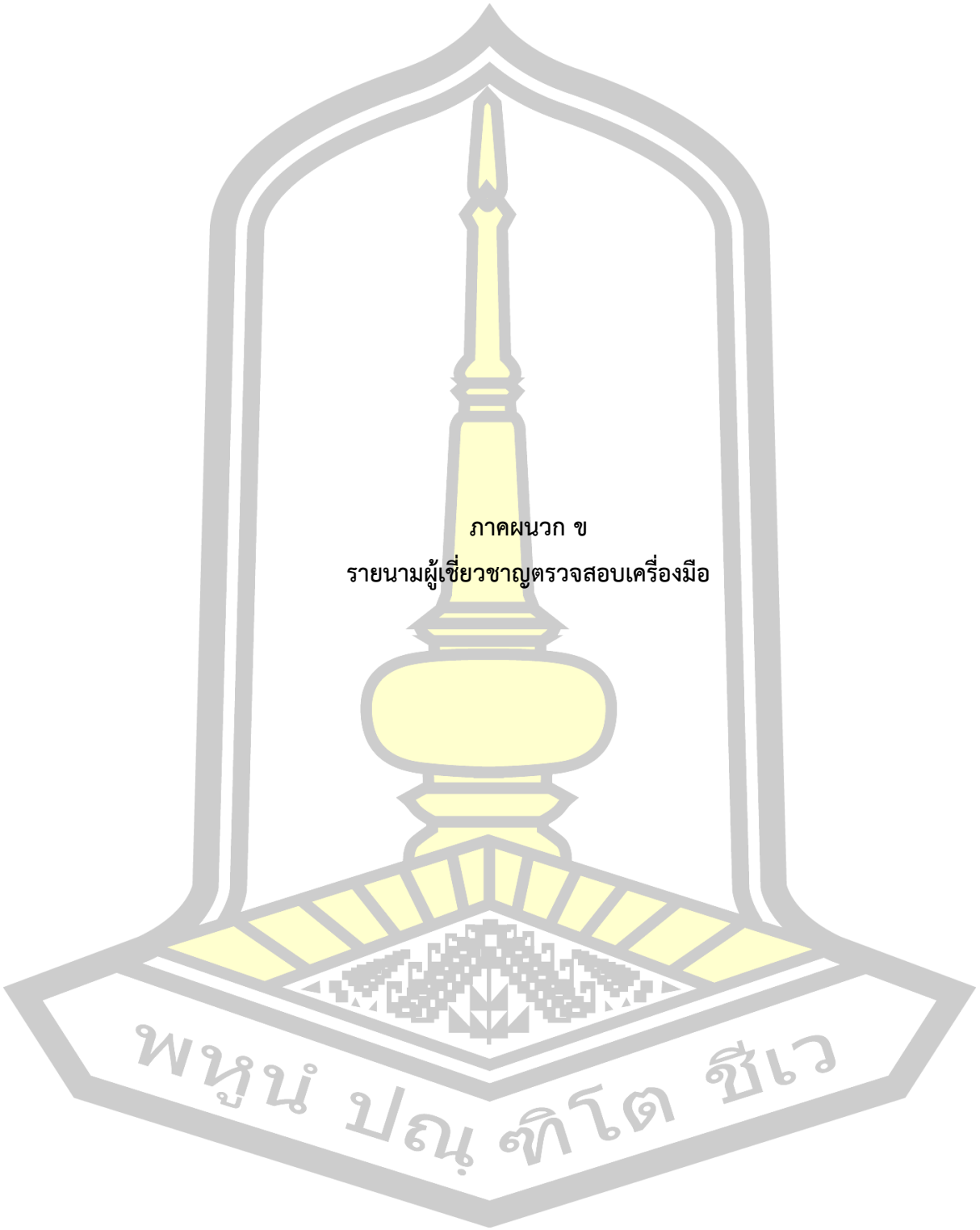
ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

นายชวน จันทร์เลื่อน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
นายวีรพล เพริศแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯบ้านขาม จังหวัดสกลนคร
นายประพนธ์ บุญไชย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว



ภาคผนวก ข

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เลขที่แบบสอบถาม ID_ _ _

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เรื่องการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคเลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ (Test) ความรู้ ลักษณะคำถามเป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับประชาชนตำบลไร่ใต้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดเพื่อประเมินการมีส่วนร่วม และการปฏิบัติการของชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำนวน 20 ข้อ

ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามฉบับนี้จะถูกนำเสนอเป็นผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างใดต่อผู้ตอบแบบสอบถามและสถาบันที่เกี่ยวข้อง จึงขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อผลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

นางสาวฉัตรวิไล ลีสาวงษ์
นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกัน โรคเลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

โปรดเติมเครื่องหมาย √ ลงใน ☐หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ .....ปี

3. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา☐ มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า

☐ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ☐ อนุปริญญา/ปวส. ☐ ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพ

☐ เกษตรกร ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ รับจ้างทั่วไป

☐ พนักงานบริษัทเอกชน☐ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของรัฐ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ต่อเดือน.....บาท

7. ตำแหน่งของท่านในชุมชนในงานควบคุมโรคไข้เลือดออก (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

☐ ไม่มีบทบาทใดๆ

☐ ภาครัฐ

☐ หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร ☐ ผู้ปฏิบัติ ☐ ผู้นำชุมชน ☐ อื่นๆ.....

☐ ภาคประชาชน

☐ อสม. ☐ สมาชิกชมรม..... ☐ อื่นๆ.....

พหุน ปณ ฑิโต ชีโว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ นโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ความรู้ด้านนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและการป้องกันโรคไข้เลือดออก	ใช่	ไม่ใช่
1. นโยบายสาธารณะ หมายถึง ทิศทางหรือข้อปฏิบัติที่ผู้นำหรือผู้บริหารกำหนดไว้ล่วงหน้า ว่าจะดำเนินการอย่างไร เพื่อให้บรรลุตามความต้องการ		
2. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชน เป็นนโยบายจากภาครัฐสั่งให้ทุกคนต้องปฏิบัติตาม เพราะเป็นปัญหาระดับประเทศ		
3. ลักษณะของนโยบายสาธารณะที่ดี จะต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ สิ่งที่ดีขึ้น มีความเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนส่วนใหญ่และต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนส่วนใหญ่ในชุมชน		
4. กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ จัดประชุมสมัชชา เลือกเรื่องที่ต้องการกำหนด และประกาศใช้		
5. นโยบายสาธารณะที่ประกาศใช้แล้ว สามารถนำมาทบทวนแก้ไขภายหลังได้ แต่ไม่สามารถยุตินโยบายที่ประกาศใช้ไปแล้วได้		
6. การกำหนดนโยบายสาธารณะจะมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วน ซึ่งประกอบด้วยภาคการเมือง ภาคประชาชน และภาควิชาการ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด		
7. การกำหนดนโยบายสาธารณะ ในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกจะทำให้อัตราป่วย ด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนลดลง		
8. การกำหนดนโยบายสาธารณะ เป็นเรื่องที่ยากลำบาก และไม่จำเป็นสำหรับประชาชน ควรเป็นเรื่องของรัฐ ที่จะต้องจัดการกำหนดขึ้น เพราะต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดำเนินงาน		
9. ข้อตัดสินว่านโยบายมีสาธารณะ มีสมรรถนะมากน้อยเพียงใด ตัวชี้วัดสำคัญอันดับแรก นั่นคือ มาตรฐาน และวัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องสอดคลองกับความเป็นจริง		
10. นโยบายสาธารณะจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน ร่วมให้ข้อมูล ร่วมให้ข้อคิดเห ร่วมวางแผน ร่วมมือปฏิบัติ ร่วมประเมินผล จนกระทั่งเสริมพลังอำนาจ		

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา					
1. ท่านได้มีส่วนร่วมในการประชุมในการกำหนดนโยบายสาธารณะตามนัดหมาย					
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขปัญหา					
3. ท่านได้มีส่วนร่วมในการซักถาม ทักท้วง หรือให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา					
4. ท่านได้มีส่วนร่วมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้					
การมีส่วนร่วมในการคิดและเสนอแนวทางการดำเนินงาน					
5. ท่านได้รับทราบข้อมูล ร่วมวิเคราะห์ข้อมูล หรือรับทราบผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาโรคไข้เลือดออกในตำบลไร่ใต้					
6. ท่านมีโอกาสแสดงความคิดเห็นต่อเวทีสมัชชา ในการกำหนดเป้าหมาย และทิศทาง ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้					

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
7. ท่านได้บอกต่อ หรือประชาสัมพันธ์ถึงเป้าหมาย และทิศทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้					
8. ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ร่วมในการขับเคลื่อนพลังในการตัดสินใจกำหนดนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้					
การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม					
9. ท่านไดเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้					
10. ท่านได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้					
11. ท่านเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้ ให้ประสบความสำเร็จ					
12. ท่านได้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะปรับปรุงนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้					
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์					
13. ท่านได้ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบบ้านของท่าน ให้สะอาดเรียบร้อย ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย					
14. ท่านได้รับการสำรวจลูกน้ำยุงลายจากทีมสำรวจอย่างต่อเนื่อง					
15. ค่า HI (ร้อยละค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำ) ในชุมชนของท่านไม่เกินมาตรฐาน					

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
16. ท่านมีความภาคภูมิใจในชุมชนของท่านในการควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออก					
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล					
17. ท่านร่วมประเมินผลการตัดสินใจในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้					
18. ท่าร่วมในการประเมินผลการจำทำโครงการเพื่อขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้					
19. ท่านร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานตามโครงการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้					
20. ท่านร่วมในการประเมินผลกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลไร่ใต้					

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

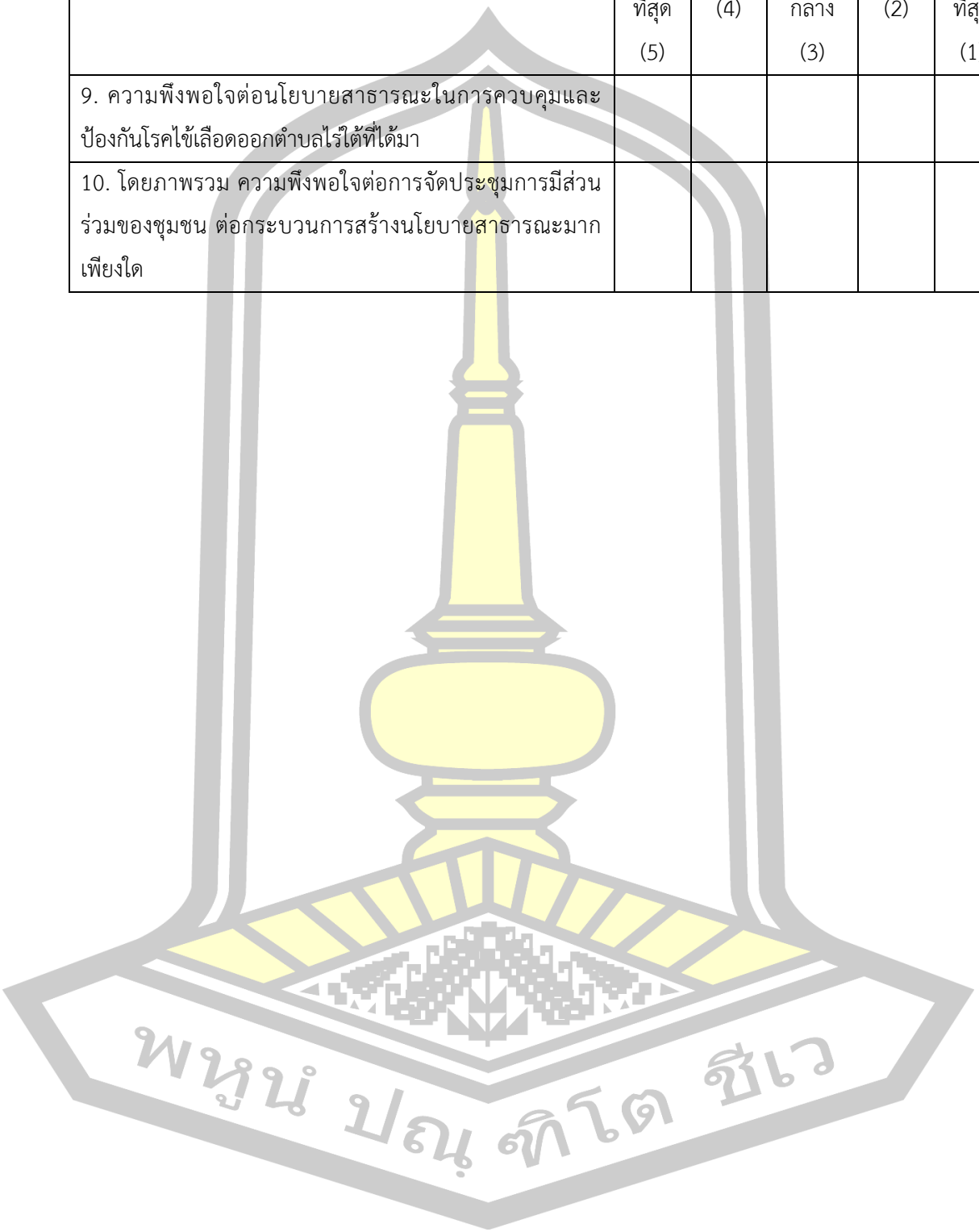
ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในการสร้างนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจกับกิจกรรมนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจกับกิจกรรมนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจกับกิจกรรมนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจกับกิจกรรมนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจกับกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ในครั้งนี้					
2. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้					
3. ความพึงพอใจที่ได้ร่วมปรึกษาพูดคุยเกี่ยวกับโครงการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้					
4. ความพึงพอใจต่อการร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาของโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้					
5. ความพึงพอใจต่อเทคนิควิธีการที่คณะผู้จัดทำนำมาใช้ในการจัดประชุม					
6. ระยะเวลาในการจัดโครงการมีความเหมาะสม					
7. ความพึงพอใจต่อวิทยากร					
8. สถานที่ใช้ในการจัดประชุมมีความเหมาะสม					
ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				

	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
9. ความพึงพอใจต่อนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลไร่ใต้ที่ได้มา					
10. โดยภาพรวม ความพึงพอใจต่อการจัดประชุมการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะมากเพียงใด					



แบบสอบถามชุดที่ 2 เลขที่.....

กลุ่มประชาชน

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

ข้าพเจ้า นางสาวฉัตรวิไล ลีสาวงษ์ นิสิตหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินงานวิจัยเรื่อง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ในการนี้ข้าพเจ้าใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ตอบทุกข้อตรงกับความจริงของท่าน แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางศึกษา เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ ต่อไป

คำแนะนำ

1. แบบสอบถาม ที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดเพื่อประเมินการมีส่วน และการปฏิบัติการของชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำนวน 20 ข้อ

2. โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ หากท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่ จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ซึ่งข้อมูลนี้จะนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้นโดยไม่ส่งผล กระทบต่อตัวท่าน และจะนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านต่างๆ ต่อไป

ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง ที่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในครั้งนี้

นางสาวฉัตรวิไล ลีสาวงษ์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับประชาชนตำบลไร่ใต้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

โปรดเติมเครื่องหมาย √ ลงใน ☐หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ .....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ☐ มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

☐ อนุปริญญา/ปวส. ☐ ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพ

☐ เกษตรกร ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ รับจ้างทั่วไป

☐ พนักงานบริษัทเอกชน ☐ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของรัฐ

6. รายได้ต่อเดือน.....บาท

7. บทบาทของท่านในชุมชนในงานควบคุมโรคไข้เลือดออก (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

☐ ไม่มีบทบาทใดๆ

☐ ภาครัฐ

☐ หัวหน้าหน่วยงาน องค์กร ☐ ผู้ปฏิบัติ ☐ ผู้นำชุมชน ☐ อื่นๆ.....

☐ ภาคประชาชน

☐ อสม. ☐ สมาชิกชมรม..... ☐ อื่นๆ.....

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (√) ลงใน ( ) ตามความเป็นจริง

คำถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไป การควบคุมและการป้องกันโรคไข้เลือดออก	ความรู้	
	ถูก	ผิด
1. ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค		
2. ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกมักออกหากินเวลากลางคืน		
3. อาการของไข้เลือดออกที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีไข้สูงไม่ลด 2-7 วัน ปวดศีรษะ หน้าแดง ซึม		
4. โรคไข้เลือดออกเกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย		
5. เมื่อมีไข้และสงสัยเป็นไข้เลือดออก ควรเช็ดตัวลดไข้ ใช้ยาพาราเซตามอลเท่านั้น และดื่มน้ำมากๆ		
6. ถ้ามีไข้สูงติดต่อกันเกิน 2 วัน ควรไปสถานพยาบาล เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก		
7. เมื่อมีไข้สูง ไม่ควรใช้ยาแอสไพรินลดไข้ เพราะจะทำให้เลือดออกง่ายขึ้น		
8. การตัดวงจรการเจริญเติบโตของยุงลาย ที่จะเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ที่ง่ายที่สุด ควรทำในระยะที่เป็นตัวเต็มวัย (ตัวยุงลาย)		
9. การกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยการคว่ำภาชนะไม่ให้มีน้ำขัง ควรทำเป็นประจำทุก 7 วัน		
10. ยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออก มีทั้งยุงลายบ้านและยุงลายสวน		
11. การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำใส่ลงในน้ำจานรองตู้กับข้าว ไม่สามารถป้องกันยุงลายมาวางไข่ได้		
12. การทำลายแหล่งเพาะพันธ์ลูกน้ำยุงลายทำได้โดยการใส่ทรายกำจัด ลูกน้ำยุงลายหรือปล่อยปลากินลูกน้ำในภาชนะที่มีน้ำขัง		
13. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วสามารถติดเชื้อซ้ำได้		
14. ภูมิปัญญาชาวบ้านในการป้องกันการเพาะพันธุ์ยุงลาย คือ การใส่ ปูนแดงในโอ่งน้ำ เป็นต้น		
15. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยังลายเป็นหน้าที่ของ อสม.		

ส่วนที่ 3 แบบวัดเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติการของชุมชนในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น

ข้อความ	ความสอดคล้อง		
	ปฏิบัติเป็นประจำ (3)	ปฏิบัติบางครั้ง (2)	ไม่เคยปฏิบัติ (1)
1. นอนในห้องที่มีมุ้งลวดหรือนอนกางมุ้ง			
2. ส่องตรวจหาลูกน้ำยุงลายเมื่อพบภาชนะที่มีน้ำขังในบ้านหรือบริเวณบ้าน			
3. กำจัดเศษวัสดุ-ภาชนะที่จะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านเมื่อพบเห็น			
4. ปรับปรุงบริเวณบ้านเพื่อกำจัดแหล่งน้ำขังที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์หรือที่อาศัยของยุง			
5. ตักหรือกำจัดลูกน้ำเมื่อพบเห็น			
6. ปิดฝาโอ่งน้ำหรือภาชนะใส่น้ำดื่มน้ำใช้ทันทีเมื่อไม่ได้ใช้น้ำเพื่อป้องกันยุงลงวางไข่			
7. ขัดทำความสะอาดผิวด้านในโอ่งน้ำ หรือ ภาชนะเก็บน้ำในบ้านทุกครั้ง เมื่อเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน			
8.ปองกันยุงกัดโดย ไล่ ตบ ตี หรือใช้ ไฟฟ้าช็อตยุง เมื่อยุงบินเข้าใกล้			
9. ใสเกลือ ผงซักฟอก น้ำส้มสายชูหรือสิ่งของ อื่นๆที่ไมสามารถให้ยุงวางไข่ ในภาชนะที่ มีน้ำขังภายในบ้าน เช่น ขาตู้กับข้าว แจกัน ดอกไม้			
10. เปิดประตูบ้าน หน้าต่าง ผ้าม่าน ให้ลมพัด แสงแดดส่อง เพื่อระบายอากาศ ไม่ให้มืดและอับชื้น ป้องกันยุงอาศัยอยู่ในบ้าน			

ข้อความ	ความสอดคล้อง		
	ปฏิบัติเป็นประจำ (3)	ปฏิบัติบางครั้ง (2)	ไม่เคยปฏิบัติ (1)
11. ดัดแปลงภาชนะที่ไม่มีประโยชน์ นำมาใช้ เพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น ทำกระถางต้นไม้จากยางรถยนต์เก่า			
12. แยกขยะ เก็บขวดแกว/พลาสติกขาย กะลา ทำเชื้อเพลิงเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุลูกน้ำยุงลาย แยกขยะ เก็บขวดแก้ว/พลาสติก			
13. เก็บเสื้อผ้าในตู้ ไมแขวนหรือตากนอกตู เพื่อไมให้ยุงเกาะอาศัย			
14. อยู่ในบ้านบริเวณที่มีแสงสว่างเพียงพอ มีลมพัด เพื่อป้องกันกันยุงกัด			
15. แนะนำคนในครอบครัว ให้ปองกันตนเอง ไมให้ยุงกัดและแนะนำวิธีป้องกันโรคไขเลือดออก เช่น การใสทรายกำจัดลูกน้ำ เผาหรือฝังขวดแกว/พลาสติก กะลา			
16.แนะนำเพื่อนบ้านเกี่ยวกับวิธีการควบคุม กำจัดลูกน้ำ เช่น การใสทรายกำจัดลูกน้ำ เผา หรือฝังขวดแกว/ขวดพลาสติก กะลา			
17. ให้ความร่วมมือในการสำรวจลูกน้ำภายในบ้านและบริเวณบ้านโดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
18. ขอรับทรายกำจัดลูกน้ำจาก อสม. หรือเจาหน้าที่สาธารณสุข			
19. ติดตามข่าวสาร สอบถาม อสม./ผู้นำชุมชน/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับสถานการณโรคไขเลือดออกในหมูบ้าน/ชุมชน			
20. ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือวัสดุภายในชุมชน กำจัดลูกน้ำยุงลายและ ป้องกันโรคไขเลือดออก เช่น ใช้สมุนไพรไล่ยุง			

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

1. สภาพแวดล้อม

.....

.....

.....

2. ความเต็มใจและความพร้อมของผู้ร่วมสนทนา

.....

.....

.....

3. ความเต็มใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล

.....

.....

.....

4. ความพร้อมของพิธีกร

.....

.....

.....

5. ความพร้อมของผู้จัดการสนทนา

.....

.....

.....

6. ความพร้อมของอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล

.....

.....

.....

7. ความพร้อมของอุปกรณ์เสริมการสนทนา

.....

.....

พหุน ปญฺ ฑิโต ชีเว

8. ความพร้อมของเจ้าหน้าที่บริการทั่วไป

.....

.....

.....

9. ความพร้อมของสถานที่จัดการสนทนา

.....

.....

.....

10. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินการสนทนา

.....

.....

.....

11. ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคลในกลุ่ม

.....

.....

.....

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

.....

.....

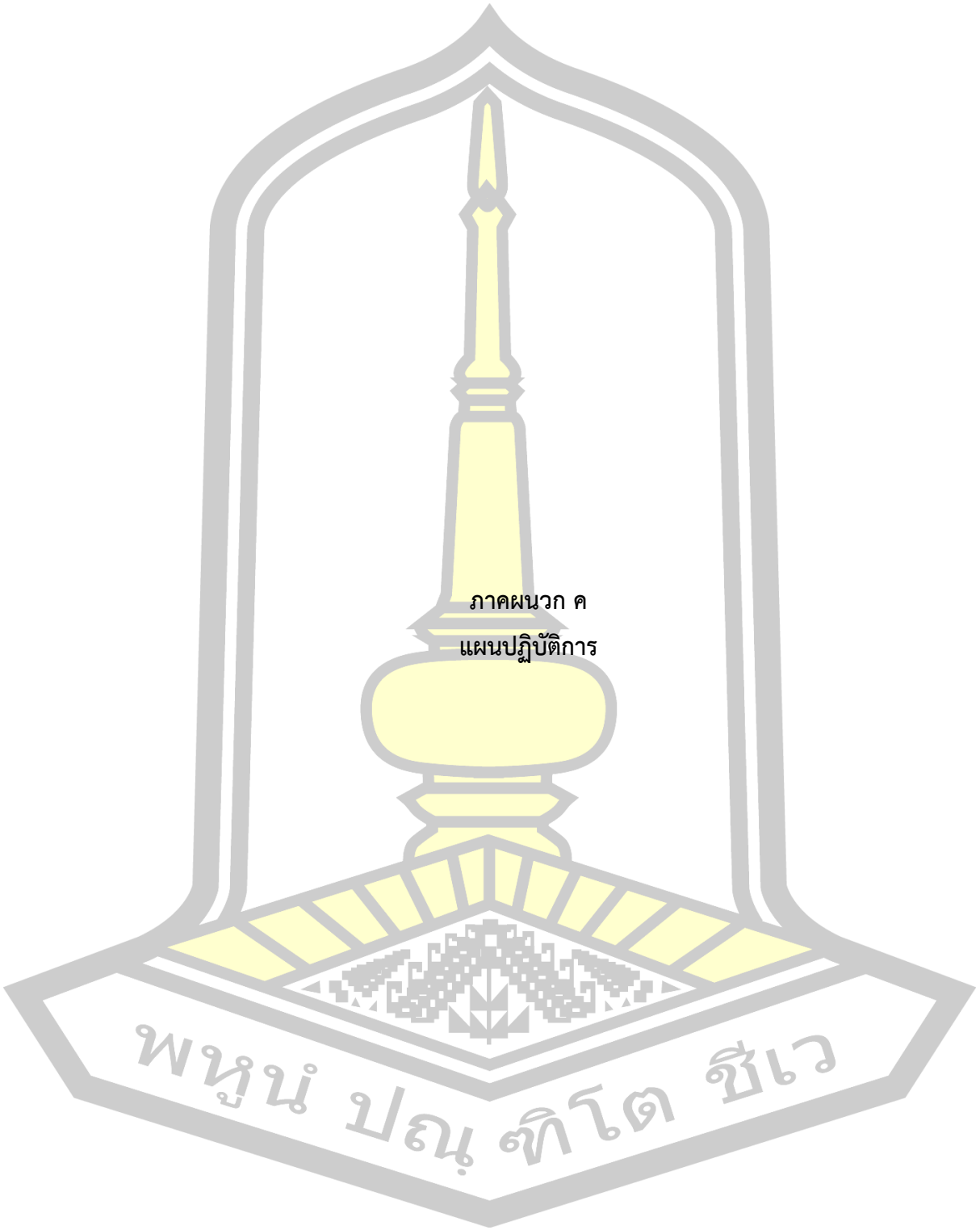
.....

ข้อคิดเห็นของผู้วิจัย

.....

.....

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก ค

แผนปฏิบัติการ

แผนปฏิบัติการ (Action Plan)

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
ขั้นที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)							
กิจกรรมที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ วัตถุประสงค์ 1.เพื่อวิเคราะห์บริบททั่วไปของชุมชนตำบลไร่ใต้ 2.เพื่อศึกษาข้อมูลบริบทของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมตำบลไร่ใต้ 3.เพื่อสรุปประเด็นปัญหาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของตำบลไร่ใต้ 4.เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานวิจัยโดยกระบวนการนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน	1.ศึกษาข้อมูลบริบททั่วไปของชุมชนตำบลไร่ใต้ 2.ศึกษาข้อมูลบริบทของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมตำบลไร่ใต้ ได้แก่ สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในปัจจุบัน 3.สรุปประเด็นปัญหาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน	ระยะเวลา เดือน มีนาคม 2563 สถานที่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ วัสดุอุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ note book	ผู้วิจัย	1.การซักถาม 2.การสังเกต 3.การบันทึก 4.ฐานข้อมูลระบาดวิทยา รง.506 ของอำเภอพิบูลมังสาหาร 5.การสำรวจพื้นที่จริงสิ่งแวดล้อม สำรวจลูกน้ำยุงลาย 6.บันทึกการประชุม	1.แบบสอบถาม 2.สมุดจดบันทึก 3.เครื่องบันทึกเสียง 4.แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย 5.ไฟฉาย 6.คอมพิวเตอร์ note book	1.ทราบบริบททั่วไปของชุมชนตำบลไร่ใต้ 2.ทราบข้อมูลบริบทของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมตำบลไร่ใต้ 3.ทราบประเด็นปัญหาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของตำบลไร่ใต้ 4.ทราบรูปแบบการดำเนินงานวิจัยโดยกระบวนการนโยบายสาธารณะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน	1.มีข้อมูลบริบททั่วไป ข้อมูลบริบทของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมตำบลไร่ใต้ และสรุปประเด็นปัญหา 2.รูปแบบและหัวข้อการวิจัยผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ จากคณะสาธารณะสุขศาสตร์

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
	4.ศึกษาค้นคว้าเอกสาร วารสารต่างๆและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน						
กิจกรรมที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงานและจัดการประชุมคณะทำงาน วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้มีคณะทำงานวิจัย 2.เพื่อประชุมชี้แนวทางการดำเนินงานวิจัยแก่คณะทำงานวิจัยก่อนลงมือปฏิบัติจริง	1.แต่งตั้งคณะทำงานวิจัยโดยการประสานด้วยวาจาและทำหนังสือแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วย ผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯไร่ใต้ จำนวน 2 คน	ระยะเวลา เดือน มีนาคม 2563 สถานที่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ อ.พิบูลมังสาหาร จ.อุบลราชธานี วัสดุอุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ note book สมุดบันทึก	ผู้วิจัยและคณะทำงาน	1.บันทึกการประชุม 2.การสังเกต	1.แบบบันทึกการประชุม 2.คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานวิจัย	

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด ป[illegible]
กิจกรรมที่ 3 จัดทำเครื่องมือในการวิจัย วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ได้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย	1.ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือ 2.นำเครื่องมือไปให้ผู้เชียวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 3.นำเครื่องมือมาสร้างเป็น google form 3.นำเครื่องมือไปทดลองใช้	ระยะเวลา เดือน มีนาคม 2563 สถานที่ ทดลองใช้เครื่องมือที่ ต.โพธิ์ไทร อ.พิบูลมังสาหาร จ.อุบลราชธานี วัสดุอุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ note book สมุดบันทึก ปากกา	1.ผู้วิจัย คณะทำงาน และ/2.ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพ 3.กลุ่มตัวอย่างทดลองเครื่องมือ	1.นำเครื่องมือที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบมาหาค่าความความตรงของเนื้อหา 2.นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้เครื่องมือมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)	1.คอมพิวเตอร์ note book 2.โปรแกรม SPSS	1.ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพในงานวิจัย	1.ค่า IOC แต่ละข้อมากกว่า 0.6 2.ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มากกว่า 0.7
กิจกรรมที่ 4 ประสานงานกับหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัย วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ผู้มีส่วยเกี่ยวข้องได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์	1.ประสานงานหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยโดยแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนการดำเนินงาน และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	ระยะเวลา มีนาคม 2563 สถานที่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ อ.พิบูลมังสาหาร จ.อุบลราชธานี	ผู้วิจัย คณะทำงาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัย ประกอบด้วย ตัวแทนภาครัฐ		1.หนังสือเชิญ 2.โทรศัพท์มือถือ	ตัวชี้วัด จำนวนผู้ตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย	

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
ของการวิจัย2.เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้มีส่วยเกี่ยวข้องทุกฝ่าย กลุ่มเป้าหมาย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย	2.จัดทำหนังสือเชิญผู้ร่วมวิจัยเข้าร่วมประชุมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ 3.จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการจัดประชุม	วัสดุอุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ note book สมุดบันทึก ปากกา	ท้องถิ่น วิชาการและภาคประชาชน				
กิจกรรมที่ 5 จัดเวทีสมัชชา กำหดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน แบบมีส่วนร่วม โดยกระบวนการ AIC วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยรับรู้สภาพ	1.ขั้นตอนการสร้างความรู้โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับฟังความคิดเห็น และหาข้อสรุปร่วมกันในการพัฒนา ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง 2.ขั้นตอนการสร้าง	ระยะเวลา มีนาคม 2563 สถานที่ ห้องประชุมสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ วัสดุอุปกรณ์ 1.แบบลงทะเบียน 2.จอฉายและเครื่อง	1.ผู้วิจัย 2.คณะทำงาน 3.ผู้ร่วมวิจัย	1.สังเกต 2.บันทึกภาพ 3.บันทึกสียง 4.บันทึกรายชื่อผู้ร่วมกิจกรรม 5.จดบันทึกคำพูดที่ได้จากการสนทนา	1.แบบทดสอบ 2.แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 3.แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 4.ทะเบียนรายชื่อผู้เข้าร่วม	1.ผู้ร่วมวิจัยรับรู้สภาพปัญหาวิเคราะห์สถานการณ์ ของโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ 2.ได้แนวทางพัฒนาให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการควบคุม	1.จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม 2.เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน 3.เกิดแผนปฏิบัติการ

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีประเมิน
ปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ ของโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ 2.เพื่อสร้างแนวทางพัฒนาให้ เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนแบบมีส่วนร่วม 3.เพื่อร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลไร่ใต้ 4.เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเรียนรู้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม	แนวทางพัฒนา เป็นหาการวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ซึ่งเป็นการร่วมกันหามาตรการและวิธีการ	ฉาย power point 3. คอมพิวเตอร์โน๊ตบุ๊ค 4.แบบทดสอบ และแบบสอบถาม4.เครื่องบันทึกเสียง 5.สมุดบันทึกการประชุม				และป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน แบบมีส่วนร่วม	ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Action)							
กิจกรรมที่ 6 ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหน	1.ปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดในแผน	ระยะเวลา มีนาคม – พฤษภาคม 2563 สถานที่ หมู่บ้านในเขตตำบลไร่ใต้ จำนวน 15 หมู่บ้าน วัสดุอุปกรณ์ 1.แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย 2.ไฟฉาย 3.เครื่องบันทึกเสียง 4.กล้องถ่ายรูป 5.สมุดจดบันทึก 6.ยานพาหนะ	1.ผู้วิจัย 2.คณะทำงาน 3.ผู้ร่วมวิจัย 4.ประชาชน	1.การสังเกต 2.การสำรวจ 3.การจดบันทึก 4.การบันทึกเสียง	1.แบบสังเกต	มีการปฏิบัติตามแผน	รายงานการปฏิบัติงาน

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation)							
กิจกรรมที่ 7 ติดตามประเมินผล วัตถุประสงค์ 1.เพื่อติดตามดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้ 2.เพื่อให้มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตามแผนอย่างจริงจัง	1.ผู้ร่วมวิจัยดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้รับผิดชอบ 2.ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยออกติดตามการดำเนินงาน ดังนี้ 2.1 ออกประชาคมหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน 2.2 ออกติดตาม สำรวจลูกน้ำยุงลาย ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายที่กำหนดขึ้น และค้นหา อุปสรรคในการดำเนินงาน ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา มีนาคม – พฤษภาคม 2563 สถานที่ หมู่บ้านในเขตตำบลไร่ใต้ จำนวน 15 หมู่บ้าน วัสดุอุปกรณ์ 1.แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย 2.ไฟฉาย 3.เครื่องบันทึกเสียง 4.กล้องถ่ายรูป 5.สมุดจดบันทึก 6.ยานพาหนะ	1.ผู้วิจัย 2.คณะทำงาน 3.ผู้ร่วมวิจัย 4.ประชาชน	1.การสังเกต 2.การสำรวจ 3.การจดบันทึก 4.การบันทึกเสียง	1.แบบสรุปผลการประชาคม 2.แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 3.แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย 4.แบบสังเกต	1.รับทราบผลการดำเนินงานจากแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ 2.รับทราบปัญหาและอุปสรรค์ในการดำเนินงาน 3.ประชาชนมีส่วนร่วม	ตัวชี้วัด 1.ประชาชนมีส่วนร่วม 2.ค่า HI CI ไม่เกินมาตรฐาน

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
ขั้นที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินการ (Reflection)							
กิจกรรมที่ 8 สรุปอภิปรายผลและถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาในปีต่อไป	จัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องถอดบทเรียน Focus groups	ระยะเวลา พฤษภาคม 2563 สถานที่ สอน.ไร่ใต้	คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย อบต. ผู้นำชุมชน อสม. จนท.สธ โรงเรียน และตัวแทนภาคประชาชน	1.การสังเกต 2.การสัมภาษณ์ 3.การบันทึกเสียง	1.แบบสังเกต 2.แบบสัมภาษณ์	ได้แนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานปีต่อไป	รายงานผลการอภิปรายและถอดบทเรียน

ภาคผนวก ง
ภาพประกอบกิจกรรม





ภาพ 9 ภาพกิจกรรมประชุมเตรียมการวางแผนการดำเนินงาน

วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563

ณ ห้องประชุม องค์การบริหารส่วนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาพ 10 ภาพกิจกรรมการประชาคมหมู่บ้าน เพื่อรับฟังความคิดเห็นในระดับชุมชนตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพ 11 ภาพกิจกรรมการประชุมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้
ณ ห้องประชุม สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาพ 12 ภาพกิจกรรม Big cleaning day .ในชุมชน นำโดยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสา และประชาชนแต่ละหมู่บ้าน จัดกิจกรรมทุกสัปดาห์



ภาพ 13 ภาพกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน
ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาพ 14 ภาพกิจกรรมการสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชน
ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวฉัตรวิไล ลีสาวงษ์
วันเกิด	วันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2534
สถานที่เกิด	อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้าเลขที่ 889/9 หมู่บ้านอนันตรา หมู่ที่ 6 บ้านดอนแค ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34110
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีไร่ใต้ ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34110
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2553 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนอ่างศิลา อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาตรบัณฑิต (ส.บ.) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สมทบ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว