

รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยกระบวนการ ห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะ อำเภอเมืองยโสธร

พรพิไล วรรณสัมพันธ์ ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยกระบวนการห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะ อำเภอเมืองยโสธร ในช่วงเดือนตุลาคม 2555 ถึงธันวาคม 2556 โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและกำหนดแนวทางการดำเนินงานในชุมชน ระยะที่ 2 ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยกระบวนการ ห้าเครือข่าย (ท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา สาธารณสุข) ห้าร่วม (ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมประเมินผล ร่วมพัฒนา) ห้าคุณลักษณะ (คณะกรรมการระบบระบาดวิทยา การวางแผน การระดมทุน และผลการควบคุมโรค) ระยะที่ 3 ประเมินผลด้านกระบวนการ และประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรค ระยะที่ 4 สะท้อนข้อมูลผลการดำเนินการ โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระภิกษุ เจ้าหน้าสาธารณสุข จำนวน 526 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย การสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบรายงานทางระบาดวิทยา แบบประเมินกระบวนการดำเนินงาน คณะกรรมการประกวดหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย แบบประเมินสถานบริการด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า (1) กระบวนการบริหารจัดการ ทั้ง 21 หมู่บ้าน มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยกระบวนการห้าเครือข่ายห้าร่วมห้าคุณลักษณะ (2) ประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (house index และ container index) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทุกหมู่บ้าน ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกในหมู่บ้าน ร้อยละ 61.90 และไม่พบผู้ป่วยที่เป็น second generation.

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, การป้องกันและควบคุมโรค, การมีส่วนร่วมของชุมชน

บทนำ

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2553 ทั้งอัตราป่วยและอัตราตาย ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2549 มีอัตราป่วย 74.89 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 183.59 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2553 ส่วนอัตราตายในปี 2549 จาก 0.09 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 0.22 ต่อแสน

ประชากรในปี 2553⁽¹⁾ ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์การควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี พ.ศ. 2554 - 2559 มีเป้าหมายลดอัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.12⁽²⁾ ในขณะที่จังหวัดยโสธร เป็นอีกพื้นที่ที่พบผู้ป่วยต่อเนื่องทุกปี และมีความรุนแรงจนถึงเสียชีวิตในบางปี โดยใน พ.ศ. 2549 - 2554 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 16.51, 47.48, 22.26, 46.74, 74.93, 31.28 และในปี พ.ศ. 2553

พบผู้ป่วยตาย ร้อยละ 0.25⁽³⁾ โดยเฉพาะในอำเภอเมือง-ยโสธร พบปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยพบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 -2554 เท่ากับ 13.84, 84.69, 17.89, 74.58, 84.57 และ 42.29 ตามลำดับ โดยในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา สูงกว่าค่าอัตราป่วยของจังหวัด⁽⁴⁾

โรคไข้เลือดออกก็ยังคงเป็นปัญหาของจังหวัด และอำเภอเมืองยโสธร เนื่องจากมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น พบผู้ป่วยเสียชีวิต จากการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นจะไม่ประสบความสำเร็จได้ถ้าหากการดำเนินงานยังขาดการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่⁽⁷⁻¹⁰⁾ โดยเฉพาะจากท้องถิ่น ท้องที่ สถานการศึกษา ศาสนา สาธารณสุข รวมทั้งประชาชน ซึ่งเป็นเครือข่ายสำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยรูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่โดยใช้กระบวนการทำเครือข่าย ทำร่วม ทำคุณลักษณะของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยกระบวนการ ทำเครือข่าย ทำร่วม ทำคุณลักษณะ อำเภอเมืองยโสธร

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในช่วงเดือนตุลาคม 2555 ถึงธันวาคม 2556 เลือกพื้นที่ในการศึกษาโดยคัดเลือกหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค^(5, 7) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 1 หมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 21 หมู่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พระภิกษุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวนหมู่บ้านละประมาณ 25 คน รวม 526 คน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานในชุมชน ประกอบด้วยการ

ประเมินกระบวนการจัดการ ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนที่ผ่านมา โดยการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สังกัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายในการแสดงบทบาทและการมีส่วนร่วมทั้งกิจกรรมป้องกันก่อนเกิดโรค และเมื่อเกิดโรค เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายและออกแบบแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน รวมทั้งสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนจากท้องที่ ตัวแทนจากสถานการศึกษา ตัวแทนจากพระภิกษุ ตัวแทนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเลือกแบบเจาะจงจาก 21 หมู่บ้านๆ ละ 2 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน

ระยะที่ 2 ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยกระบวนการ ทำเครือข่าย (ท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา สาธารณสุข) ทำร่วม (ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมประเมินผล ร่วมพัฒนา) ทำคุณลักษณะ (คณะกรรมการ ระบบระบาดวิทยา การวางแผน การระดมทุน และผลสำเร็จของการควบคุมโรค) กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนจากท้องที่ ตัวแทนจากสถานการศึกษา ตัวแทนจากพระภิกษุ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 20 คน รวม 420 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 106 คน รวมทั้งสิ้น 526 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยกระบวนการทำเครือข่าย ทำร่วม ทำคุณลักษณะ ประกอบด้วยการประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และการประกวดหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย

ระยะที่ 4 สะท้อนข้อมูลผลการดำเนินการ โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน กลุ่มตัวอย่าง

คือ ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ สถานการศึกษา พระภิกษุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม (2) แบบรายงานทางระบาดวิทยา (3) แบบประเมินกระบวนการดำเนินงาน (4) แบบให้คะแนนการประกวดหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย (5) แบบประเมินสถานบริการด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (6) แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล (1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ลักษณะพื้นที่ดำเนินการ เป็นหมู่บ้านที่มีจำนวนหลังคาเรือนโดยเฉลี่ย 108.10 หลังคาเรือน (ระหว่าง 80 ถึง 160 หลังคาเรือน) ประชากรเฉลี่ย 418.52 คน (ระหว่าง 302 ถึง 663) หมู่บ้านร้อยละ 19.00 อยู่ในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบล ร้อยละ 81.00 อยู่ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล

คุณลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.68 ส่วนใหญ่อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 69.28 รองลงมา อายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 18.74 ส่วนใหญ่อาศัยประเภทกรรม ร้อยละ 71.86 รองลงมา อาชีพ รับราชการ ร้อยละ 24.15 และพระภิกษุ ร้อยละ 3.99 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.30 รองลงมา ระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 33.65

รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยกระบวนการ หัวเครือข่าย หัวร่วม หัวคุณลักษณะ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานในชุมชน

การประเมินกระบวนการดำเนินงานป้องกันควบคุม

โรคไข้เลือดออก โดยการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และสังเกตการณ์ขณะร่วมดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่าที่ผ่านมา การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ยังไม่มีโครงสร้างหรือคณะกรรมการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังขาดเครือข่ายในชุมชนที่จะช่วยในการสร้างความตระหนัก และให้ความร่วมมือของประชาชน เช่น ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ครู และพระภิกษุ ขาดการวางแผนและการดำเนินงานป้องกันก่อนเกิดโรคที่ชัดเจน ขาดการนำข้อมูลข่าวสารและระบาดวิทยา มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินงาน งบประมาณวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่มาจากเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และศึกษาจากเอกสารแบบประเมินสถานบริการด้านการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า กรณีการป้องกันก่อนเกิดโรค ส่วนใหญ่ มีแผนปฏิบัติการรณรงค์เพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สำรวจความชุกลูกน้ำลาย แต่ในการดำเนินการเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่นๆ ในชุมชน กรณีการควบคุมป้องกันเมื่อเกิดโรค พบว่าการรายงานข้อมูลผู้ป่วยตามระบบที่มีอยู่ ค่อนข้างล่าช้า ส่งผลทำให้การควบคุมโรคในพื้นที่ที่มีการระบาดล่าช้าไปด้วย คือ ได้รับรายงานผู้ป่วยในพื้นที่หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแล้วนานกว่า 2 วัน คิดเป็นร้อยละ 56.23 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานทั้งหมด และเมื่อพื้นที่ได้รับรายงาน มีการดำเนินการควบคุมป้องกันภายใน 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 49.78 ของจำนวนผู้ป่วยที่พื้นที่ได้รับรายงานทั้งหมด

การดำเนินงานตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง

แบบยั่งยืนจากการสัมภาษณ์ พบว่า มีการนำเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนตามคุณลักษณะทั้ง 5 ด้าน⁽⁶⁾ มาใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของเครือข่ายระดับอำเภอเมืองยโสธร ซึ่งประกอบด้วย (1) คณะกรรมการจากภาคีเครือข่าย 3 ภาค ได้แก่ ภาครัฐ ท้องถิ่น และภาคประชาชน (2) การวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอำเภอเมืองยโสธร คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้มีกระบวนการและขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศในระดับอำเภอและพื้นที่ในการวิเคราะห์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพเพื่อกำหนดทิศทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการ รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้เพื่อให้ได้สภาพปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในพื้นที่ (3) การระดมทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน เป็นการดำเนินงานที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รวมทั้งการระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนเพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตอำเภอเมืองยโสธร โดยอาศัยแหล่งงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล งบสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบสาธารณสุขมูลฐาน งบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลยโสธร) (4) การพัฒนาระบบระบาดวิทยา ได้วิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้ทราบแนวทางในการแก้ไข และพัฒนาระบบระบาดวิทยาที่รองรับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ (ก) มาตรการตั้งรับก่อนการเกิดโรค โดยสร้างการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการเฝ้าระวังโรคเชิงรุกในชุมชน จัดทำแผนและปฏิทินการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชน (ข) มาตรการเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้น โดยใช้มาตรการ “ยโสธร 331 ปราบไข้เลือดออก” (5) ผลลัพธ์การดำเนินงาน คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพมีมติเลือกผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรค 2

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอเมืองมาโดยตลอด รวมทั้งถือเป็นงานตามนโยบายเน้นหนักของกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอดเช่นเดียวกัน ซึ่งได้แก่ โรคไข้เลือดออกและโรคฉี่หนู ซึ่งสามารถดำเนินการผ่านตัวชี้วัดตามเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบอย่างยั่งยืน

กำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

1) เกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนตามคุณลักษณะทั้ง 5 ด้าน เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่สามารถนำไปบูรณาการเป็นกระบวนการหลักในการทำงานได้ทุกงาน และสามารถนำสู่การปฏิบัติในระดับตำบล และในชุมชน แต่หากจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

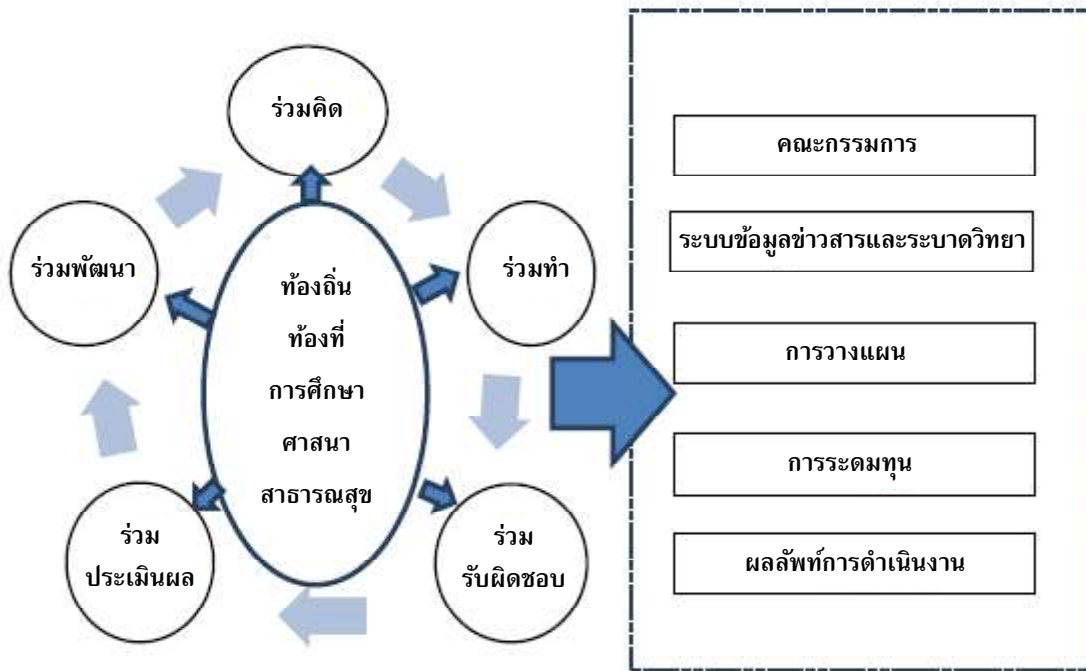
2) คุณลักษณะด้านคณะกรรมการ ต้องประกอบด้วยเครือข่ายที่สำคัญในชุมชน ได้แก่ ท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา สาธารณสุข

3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทุกขั้นตอน ได้แก่ (ก) ร่วมคิด หมายถึง ขั้นตอนการวางแผน (ข) ร่วมทำ หมายถึง ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน (ค) ร่วมรับผิดชอบ หมายถึง การเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ (ง) ร่วมประเมินผล หมายถึง ขั้นตอนการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนด (จ) ร่วมพัฒนา หมายถึง การพัฒนาต่อยอดผลการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จและพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 2 ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยกระบวนการ ห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ เป็นเวลา 12 เดือน มีขั้นตอนดังนี้

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงานให้กับห้าเครือข่าย ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรีเทศบาล

ภาพที่ 1 กระบวนการห้าเครือข่ายห้าร่วมห้าคุณลักษณะ



ตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้บริหารโรงเรียน อาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งระดับอำเภอและระดับตำบล จัดประชุมชี้แจงโดยแบ่งเป็น 5 รุ่นวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร

2. แต่งตั้งคณะกรรมการ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย ท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา สาธารณสุข ในระดับตำบลมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธานคณะกรรมการ กำนันเป็นรองประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเลขานุการ และมีตัวแทนจากทั้ง 5 เครือข่ายร่วมเป็นคณะกรรมการ ในระดับหมู่บ้านมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานคณะกรรมการ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นทีมเลขานุการ และมีตัวแทนจากทั้ง 5 เครือข่ายร่วมเป็นคณะกรรมการ เมื่อมีการแต่งตั้งคณะกรรมการแล้วได้พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ ด้านการจัดทำแผนชุมชน การอบรมหลักสูตรการพัฒนาทีม SRRT เครือข่ายตำบล ด้วยหลัก รู้เร็ว รายงานเร็ว ควบคุมเร็ว และการอบรมหลักสูตรแกนนำสุขภาพประจำวัดแก่พระภิกษุ คณะกรรมการมีการประชุม ติดตามผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน

3. จัดทำแผนปฏิบัติการ และกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน คณะกรรมการระดับหมู่บ้านได้ประชุมร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยของการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งด้านเชื้อโรค ด้านพาหะนำโรค และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีทีมเลขานุการนำข้อมูลข่าวสารและระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการตัดสินใจในการจัดทำแผนปฏิบัติการ และกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดการดำเนินงาน รวมถึงกำหนดแผนปฏิบัติการให้มีการตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารระบาดวิทยาในหมู่บ้านครบทั้ง 21 หมู่บ้าน

4. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการและติดตามประเมินผล คณะกรรมการระดับหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยห้าเครือข่าย ร่วมกันดำเนินงานป้องกันและควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกตามแผนปฏิบัติการ และตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งประกอบด้วย (1) แผนปฏิบัติการป้องกันก่อนเกิดโรค ได้แก่ การณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การสำรวจความชุกของยุงลาย การเฝ้าระวังตรวจจับ และ (2) แผนปฏิบัติการควบคุมป้องกันเมื่อเกิดโรค ได้แก่ การควบคุมป้องกันโรคในหลังคาเรือนผู้ป่วย และในชุมชน การแจ้งข่าว รวมทั้งการระดมทรัพยากรในการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมี

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนหลักในการดำเนินงาน เนื่องจากเป็นผู้ดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล พบว่าเทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งได้จัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และมีการประชุมคณะกรรมการระดับหมู่บ้านเพื่อติดตามผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน รวมทั้งประเมินผลการทำงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่ได้ร่วมกันกำหนด

5. การพัฒนาต่อยอดผลการดำเนินงาน จากกราดำเนินงานร่วมกันของทุกเครือข่าย ได้มีการจัดเวทีถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน ในทุกหมู่บ้าน จำนวน 1 ครั้ง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชน มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาพัฒนานวัตกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อมุ่งให้ผลการดำเนินงานในชุมชนของตนเองบรรลุตามเป้าหมายและตัวชี้วัด เช่น (1) การนำขี้เถ้า ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เผาถ่านเพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน (2) นำตะไคร้หอมมาผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ไล่ยุง (3) ธนาคารปลากะต๋เพื่อใช้กำจัดลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยกระบวนการทำเครือข่าย ทำร่วม ทำคุณลักษณะ หลังจากได้นำรูปแบบการดำเนินการไปปฏิบัติการเป็นระยะเวลา 12 เดือน ตามกรอบแนวทางที่ออกแบบไว้ มีการวัดและประเมินประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยตั้งคณะกรรมการประเมิน แบ่งเป็น 2 ทีม ออกประเมินด้วยเครื่องมือได้แก่ แบบรายงานทางระบาดวิทยา แบบประเมินกระบวนการดำเนินงาน แบบให้คะแนนการประกวดหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย และแบบประเมินสถานบริการด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประเมินทั้ง 21 หมู่บ้าน มีผลประเมินดังนี้

1. กระบวนการบริหารจัดการ พบว่า ทั้ง 21 หมู่บ้านมีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ด้วยกระบวนการทำเครือข่ายทำร่วมทำคุณลักษณะ

1.1 ด้านทำเครือข่าย พบว่า ทุกเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเพิ่มขึ้น ได้แก่

ก) ท้องถิ่น มีหน้าที่ในการจัดหาสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ

ข) ท้องที่มีหน้าที่ประสานความร่วมมือจากทุกเครือข่ายในหมู่บ้านในการ ร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการควบคุมกำกับและบังคับใช้มาตรการทางสังคม

ค) การศึกษา มีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคในโรงเรียนโดยส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้และทักษะในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค เช่น กิจกรรม อสม.น้อย สารวัตรลูกน้ำ และขยายผลให้นักเรียนดำเนินการในครัวเรือนของนักเรียน และร่วมกับอสม. ในการสำรวจความชุกลูกน้ำในหมู่บ้าน ร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคทั้งก่อนเกิดโรคและเมื่อเกิดโรค

ง) พระภิกษุ มีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคภายในวัด และ

จ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข มีหน้าที่นำข้อมูลข่าวสารและระบาดวิทยามาใช้ในการวางแผนปฏิบัติการ และเป็นแกนหลักในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ทั้งก่อนเกิดโรคและเมื่อเกิดโรค

1.2 ด้านทำร่วม พบว่า ทำเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ทุกขั้นตอน ได้แก่ (1) ร่วมคิด ในขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติการมีตัวแทนจากทำเครือข่ายร่วมกิจกรรมครบทุกเครือข่าย ทุกหมู่บ้าน (2) ร่วมทำ ในขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน มีเครือข่ายทั้งทำร่วมกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน ซึ่งก่อนนำรูปแบบมาปฏิบัติการ การดำเนินการเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่านั้น (3) ร่วมรับผิดชอบแต่ละเครือข่ายจะเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ (4) ร่วมประเมินผล

ทั้งห้าเครือข่ายจะร่วมกันกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนด (5) ร่วมพัฒนาเครือข่ายที่มีส่วนร่วม การพัฒนาต่อยอดผลการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จและพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่เห็นชัดเจนคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และนักเรียน ส่วนเครือข่ายอื่นๆ ยังมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย

1.2 ด้านหาคูณลักษณะพบว่า (1) คูณลักษณะด้านคณะกรรมการ ประกอบด้วยตัวแทนจากห้าเครือข่ายที่สำคัญในหมู่บ้าน ร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงาน มีการประชุมกันทุก 3 เดือน (2) การวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก คณะกรรมการระดับหมู่บ้าน มีกระบวนการและขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารและระบาดวิทยาในระดับหมู่บ้าน เพื่อกำหนดแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการ (3) การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านที่ประสบผลสำเร็จ เป็นการดำเนินงานที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รวมทั้งการระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนเพื่อใช้ในการดำเนินงาน โดยอาศัยแหล่งงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล งบสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น งบสาธารณสุข-มูลฐานหมู่บ้าน และการบริจาคของประชาชนในหมู่บ้าน (4) การพัฒนาระบบระบาดวิทยา เกิดมาตรการในการดำเนินงาน (ก) มาตรการตั้งรับก่อนการเกิดโรค โดยสร้างการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการเฝ้าระวังโรคเชิงรุกในชุมชน จัดทำแผนและปฏิทินการปฏิบัติงานร่วมกัน

ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชน (ข) มาตรการเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้น โดยใช้มาตรการ “ยโสธร 331 ปราบไข้เลือดออก” (5) ผลลัพธ์การดำเนินงาน คณะกรรมการระดับหมู่บ้าน ร่วมกันประเมินผลหลังการนำรูปแบบการดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 เดือน ซึ่งสามารถดำเนินการผ่านตัวชี้วัดที่ได้ร่วมกันกำหนด

2. การประเมินประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน พ.ศ.2556 ทั้ง 21 หมู่บ้าน มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย house index (HI) น้อยกว่า 10 และ container index (CI) เท่ากับ 0 ทุกหมู่บ้าน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการในช่วงเวลาเดียวกัน คือระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2555 หมู่บ้านที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI น้อยกว่า 10 และ CI เท่ากับ 0 มีเพียง 9 หมู่บ้าน (ร้อยละ 42.86) 5 หมู่บ้าน (ร้อยละ 23.81) 4 หมู่บ้าน (ร้อยละ 19.05) ตามลำดับ และจำนวนหมู่บ้าน ที่พบผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 8 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 38.10 ในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกไม่มีผู้ป่วย generation 2 คิดเป็นร้อยละ 100.00 ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มลดจากปี 2553-2555 จำนวนหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย ร้อยละ 85.71, 57.14 และ 71.42 ตามลำดับ และหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย generation 2 คิดเป็นร้อยละ 42.85, 14.28, และ 38.09 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการดำเนินงาน หลังจากระเมินประสิทธิผลการดำเนินงานของกระบวนการห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะ ได้คืนข้อมูลแก่เครือข่าย โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนในระดับหมู่บ้าน จำนวน 1 ครั้ง ทั้ง 21 หมู่บ้าน

ตารางที่ 1 หมู่บ้านที่พบผู้ป่วยไข้เลือดออก และมีผู้ป่วย second generation

ประเภท	ร้อยละ			
	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555	พ.ศ. 2556
ผู้ป่วยไข้เลือดออก	85.71	57.14	71.42	38.10
ผู้ป่วยไข้เลือดออก Generation 2	42.85	14.28	38.09	0.00

ผู้ร่วมถอดบทเรียนได้แก่ ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน ครู นักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชน และหลังจากนั้น ได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนระดับอำเภอ โดยเชิญตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากท้องที่ จากสถานศึกษา จากพระภิกษุตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 300 คน โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น ๆ ละ 150 คน กิจกรรมถอดบทเรียน แต่ละเครือข่ายได้ร่วมกันแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และถอดบทเรียนในกลุ่มย่อย และนำผลการถอดบทเรียนในแต่ละกลุ่มย่อย สรุปบทเรียนภาพรวมอีกครั้ง

พบว่า เมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดข้อบัญญัติเรื่องการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 2 แห่ง เกิดมาตรการทางสังคม จำนวน 17 หมู่บ้าน เช่น การให้โรงเรียนตั้งเด็กนักเรียนในชุมชนเป็น อสม.น้อย ร่วมสำรวจลูกน้ำในบ้านตนเอง เพื่อนบ้าน และนำมาจัดทำรายงาน ปักธงไว้หน้าบ้านที่ผ่านการสำรวจไม่พบลูกน้ำยุง มีจำนวน 5 หมู่บ้านใช้วิธีการตรวจ-ปรับ หากพบลูกน้ำในบ้านใดก็ต้องปรับเงิน หากเป็นผู้นำชุมชนค่าปรับก็จะสูง เงินที่ปรับก็นำเข้ากองทุนเพื่อตั้งเป็นรางวัลสำหรับชุมชนที่ทำดีไม่มีลูกน้ำ ซึ่งก็จะมีการแข่งขันกัน มีการประเมินไข้ว ตั้งรางวัลสำหรับการประกวดและแข่งขันในตำบล เกิดนวัตกรรมจากภูมิปัญญาท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น ธนาคารปลากระดี สมุนไพโรไล่ยุง มีจำนวน 2 หมู่บ้านเกิดศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชน ระหว่างชุมชนในอำเภอเมืองยโสธร และมีการนำรูปแบบการดำเนินงานขยายผลดำเนินงานในชุมชนอื่นเพิ่มขึ้น

วิจารณ์

กระบวนการห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือด-

ออก ได้ดียิ่งขึ้น เพราะมีเครือข่ายการดำเนินงานที่ชัดเจน และแต่ละเครือข่ายเป็นผู้นำด้านปฏิบัติการในพื้นที่ที่ประชาชนในหมู่บ้านให้การยอมรับ สามารถเป็นผู้กระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสกุลวิชัย พูนนวล⁽⁹⁾ เกิดการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในทุกขั้นตอน ตั้งแต่กระบวนการจัดทำแผนการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแผน การรับผิดชอบในภารกิจที่ได้รับมอบหมาย การประเมินผล การดำเนินงานเทียบกับเป้าหมาย และการพัฒนาต่อ ยอดผลการดำเนินงานที่ ประสบผลสำเร็จและพัฒนานวัตกรรม ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการมีส่วนร่วมคือ เจ้าหน้าที่-สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นแกนหลักสำคัญ ซึ่งมีองค์ความรู้ด้านวิชาการ และนำความรู้ด้านวิชาการสื่อสารด้วยภาษาชาวบ้านที่เข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติได้ทันที เป็นผู้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเครือข่ายในหมู่บ้าน ให้ความสำคัญกับทุกเครือข่ายและพัฒนาให้มีศักยภาพใกล้เคียงกัน นำข้อมูลข่าวสารและระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องให้ทุกเครือข่ายได้รับทราบเพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจ ทำให้ทุกเครือข่ายกล้าที่จะแสดงออก ทางความคิดในกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน เกิดการ ร่วมคิด ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วม ในกระบวนการร่วมคิด หรือการจัดทำแผนปฏิบัติ ต้องให้ความสำคัญทุกเครือข่าย คณะกรรมการต้องมอบหมายภารกิจให้ทุกเครือข่ายได้รับผิดชอบดำเนินการ จึงส่งผลให้เกิดการ ร่วมปฏิบัติ และร่วม รับผิดชอบ จากทุกเครือข่ายในหมู่บ้าน และเมื่อเริ่มดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ คณะกรรมการระดับหมู่บ้านจะต้องให้ความสำคัญของการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ อย่างจริงจัง และให้ตัวแทนจากทุกเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการ ประเมินผลทุกครั้ง ส่งผลให้เกิดการ ร่วมประเมินผลอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน มีความเป็นทีมสูง มีความมุ่งมั่นในการทำงาน อีกทั้งมีบทบาทหน้าที่หลาย

ตำแหน่งในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นทั้ง ผู้ใหญ่บ้าน หรือ สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงเอื้อให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถประสานองค์กร อื่นนอกชุมชนในการพัฒนานวัตกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น พัฒนาชุมชน วิสาหกิจ- ชุมชน ร่วมจัดกิจกรรมให้เครือข่ายในหมู่บ้านได้พัฒนา ต่อยอดผลการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จและพัฒนา นวัตกรรมที่เกิดจากภูมิปัญญาของคนในชุมชนส่งผล ให้เกิดการ **ร่วมพัฒนา** อย่างแท้จริง

นอกจากนี้ การดำเนินงานร่วมกันของทุกเครือข่าย ได้มีการนำองค์ประกอบตามคุณลักษณะของอำเภอ ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนทั้ง 5 คุณลักษณะ เป็น กรอบในการดำเนินงานเกิดการมีส่วนร่วมในแต่ละ องค์ประกอบเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะระบบข้อมูลข่าวสารและ ระบาดวิทยา ทุกเครือข่ายสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ สำคัญ และสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในกระบวน- การวางแผนดำเนินงานได้เพิ่มมากขึ้น บางพื้นที่เกิดการ บูรณาการแผนการดำเนินงานร่วมกันในเครือข่าย ซึ่งเป็น ไปตามเป้าหมายของกรมควบคุมโรค ที่มีนโยบาย ขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน เน้นให้ เกิดการมีส่วนร่วม มีความรักและมีความเป็นเจ้าของงาน เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมากขึ้น⁽⁶⁾

ผลการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การ ดำเนินงานขั้นตอน **การป้องกันก่อนเกิดโรค** มีแผนการ ดำเนินงานที่ครอบคลุมกิจกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ การสำรวจความชุกชุกน้ำขุ่นขุ่น และนำข้อมูลจากการ สำรวจวิเคราะห์เพื่อการวางแผน มีการติดตามผลการ ดำเนินงานทุก 3 เดือน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีขึ้น ส่งผลให้หลังดำเนินการจำนวนหมู่บ้านที่ค่าดัชนีลูกน้ำ- ขุ่นขุ่นอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทุกหมู่บ้าน สอดคล้องกับ การศึกษาของ ลักขณา เนตรยัง⁽⁸⁾ และขั้นตอน **การ ควบคุมป้องกันเมื่อเกิดโรค** การมีส่วนร่วมของทุก เครือข่าย ส่งผลให้เกิดระบบเฝ้าระวังในชุมชน ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงระบบการรายงานเมื่อเกิดโรคจากระบบ

เดิม สถานบริการแจ้งข่าวให้พื้นที่ทราบ เป็นการแจ้งข่าว เพื่อตรวจสอบการระบาดของโรคจากชุมชนโดยเครือข่าย ซึ่งทำให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินการควบคุมป้องกัน โรคได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการ ศึกษาของ สุวคนธ์ ผุดผ่อง⁽¹⁰⁾ ส่งผลให้ไม่พบผู้ป่วย ไข้เลือดออก Generation 2 เป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัด ของกรมควบคุมโรค⁽⁷⁾ อีกทั้งการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทุกขั้นตอน ทำให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่มีความสุข เกิดความภาคภูมิใจผลสำเร็จที่เกิดจากตัวเองได้มี ส่วนร่วม และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันโดยธรรมชาติ สอดคล้องกับการศึกษาของนภภรณ์ อินทรสิทธิ์⁽¹¹⁾ นำผลการดำเนินงานต่อยอดและพัฒนาเกิดนวัตกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่เหมาะสม กับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการทำเครือข่าย หัวร่วม หัวคุณลักษณะ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรคอื่น ๆ ทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ตาม บริบทของแต่ละพื้นที่ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพิ่มมากขึ้น ควรมีการบูรณาการแผนงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ ดร.ภูเบศร์ แสงสว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เลิงนกทา เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะ แก่ไขข้อบกพร่อง ขอขอบคุณนายชำนาญ มาลัย สาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร ที่ให้การสนับสนุนการ ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ- ตำบลทั้ง 21 แห่ง ที่กรุณาให้ดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่ ตลอดจนเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูล อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคเรื้อรังต่วนสถานการณ์โรคไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2556 [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://dhf.ddc.moph.go.th>
2. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์โรคติดต่อนำโดยแมลงระดับชาติ. 2555 – 2559 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2556 [สืบค้นเมื่อ 2 ม.ค. 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaiibd.org/>, <http://www.ddc.moph.go.th>
3. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. สรุปลักษณะการโรคทางระบาดวิทยา.ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล; 5 ธันวาคม พ.ศ.2554. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2554.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. สรุปลผลการดำเนินงาน. ประชุมสัมมนาแผนปฏิบัติราชการประจำปี 2555; 18 ธ.ค. 2555; ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2555.
5. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ. โรคไข้เลือดออก ฉบับประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร; 2545.
6. สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน กรมควบคุมโรค. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2554.
7. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินผลตามตัวชี้วัดงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับจังหวัด. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
8. ลักษณ์ เนตรยัง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยใช้แนวคิดเทคนิค AIC: กรณีศึกษาบ้านนาสีดา หมู่ 7 ตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555. 87 หน้า.
9. สกฤติชัย พูนนวล. การสร้างเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในชุมชน:กรณีศึกษาตำบลบางไกรระ อำเภอคอกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี [วิทยานิพนธ์ปริญญา-ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550. 105 หน้า.
10. สุวคนธ์ ผุดผ่อง. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมในชุมชนบ้านทุ่งแต้หมู่ 1 ตำบลทุ่งแต้ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555. 130 หน้า.
11. นภาพรณ อินทรสิทธิ์. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือด-ออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านบ่อคำ ตำบลคำตาก้า อำเภอคำตาก้า จังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น; มหาวิทยาลัย-ขอนแก่น; 2550. 120 หน้า.

Abstract: Development of Prevention and Control of Dengue Fever by the Process of Five Networks, Five Collaborations, Five Attributions in Muang District, Yasothon

Pornpilai Wannasamphat, M.P.H.

Muang Yasothon District Health Office, Yasothon Province

Journal of Health Science 2015;24:1096-106.

The objective of this study was to develop a program for the prevention and control of dengue fever through the process of five networks, five collaborations, five attributions in Muang Yasothon District. It was conducted as an action research from October 2012 – December 2013. It was divided into four phases: phase 1 to analyze problems and guidelines for program implementation of the community; phase 2 to develop a model for the prevention and control of dengue fever by the process of five networks (locality, area, education, religion and public health), five collaborations (brain storming, participation, accountability, joint evaluation and joint development), and five attributions (committee, epidemiological system, planning, funding and results for disease control); phase 3 to evaluate the process and effects of the prevention and control; and phase 4 to reflect the results of operations by organized seminars to learn and compile the lessons. The samples were 526 participants purposively selected from the communities to include community leaders, public health volunteers, local authorities, Buddhist monks, and public health officers. The research instruments were observation and participation, epidemiological reports, process evaluation form, the scores of mosquito-free village contest, the existing tools for the evaluation of health facilities in the prevention and control of dengue fever, and a questionnaire. Analysis was conducted by using number, percentage, mean and standard deviation for quantitative data, content analysis for qualitative data. The results of the study were as follows: (1) there were 21 villages that actively implementing the program for prevention and control of dengue fever by the process of five networks, five collaborations, and five attributions; and (2) the model was found to be effective in reducing dengue, as observed by the low level of house index (HI) and container index (CI), and there was no dengue case reported in 61.90% of the villages as well as zero case from second generation transmission in all villages.

Key words: dengue fever, disease control and prevention, community participation