

การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไข้มาลาเรีย บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า จังหวัดระนอง

สุธน คุ่มเพชร^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอนในการพัฒนา 3 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพ การกำหนดรูปแบบการจัดการโรคไข้มาลาเรีย และการประเมินผลการพัฒนา ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมการพัฒนาคณะกรรมการ แกนนำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคไข้มาลาเรียสูงขึ้นจากระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60.0) เป็นระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80) และสามารถนำความรู้ไปดำเนินการจัดการโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียลดลง จากอัตราการตรวจพบเชื้อที่มากกว่าร้อยละ 1.00 เหลือเพียงร้อยละ 0.33 และส่งผลให้ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานเพื่อจัดการโรคไข้มาลาเรียมากกว่าร้อยละ 85 ผลการประชุมเพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน แกนนำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ศึกษา เห็นว่าการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ทูน และความรู้ มาก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการรวมพลังภาคีเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเห็นว่าการสร้างเครือข่ายหรือสนับสนุนให้ภาคท้องถิ่นหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้เป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองจะส่งผลต่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาที่เหมาะสม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคไข้มาลาเรีย; การจัดการโรคไข้มาลาเรียบริเวณพื้นที่ชายแดน

^{*} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

^a Corresponding author: สุธน คุ่มเพชร Email: rsuthon@gmail.com

รับบทความ: 4 มี.ค. 67; รับบทความแก้ไข: 15 มี.ค. 67; ตอรับตีพิมพ์: 17 มี.ค. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 2 เม.ย. 67

Development of a malaria management model Thai-Myanmar border area, Ranong Province

Suthon Kumpetch^{*a}

Abstract

This participatory action research was consisted of 3 development steps: potential development, model formulation for malaria management, and evaluation of the developed model. Results of the study showed that, after participating the committee development, community leaders, and related persons, knowledge regarding malaria management increased from being in low level (lower than 60.0 percent) to a high level (higher than 80 percent), and the knowledge gained from the program was be used to effectively manage malaria in the areas, resulting in the reduction of the spread of malaria, from infection detection rate of more than 1.00 % to 0.33 %. About 85 percent of the participants were satisfied with the services and information in operations to manage malaria. Results from the meetings to summarize lessons learned from the process also showed that mechanisms from the three parts including organizational groups, capital, and knowledge created a collaborative learning process. It combined the power from network partners to strengthen community participation and saw that creating a network or encouraging the local sector or community to participate in learning is an increase potential for self-care. This will impact people in the areas to benefit from appropriate development that is efficient and sustainable.

Keywords: Malaria disease; Malaria disease management in border areas

^{*} Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Ranong Provincial Public Health Office

^a Corresponding author: Suthon Kumpetch Email: rsuthon@gmail.com

Received: Mar. 4, 24; Revised: Mar. 15, 24; Accepted: Mar. 17, 24; Published Online: Apr. 2, 24

บทนำ

โรคไข้มาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายพื้นที่ทั่วโลก โดยเฉพาะบริเวณเขตร้อน และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ยังพบว่าการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียและยังไม่สามารถกวาดล้างให้หมดไปได้ โครงการมาลาเรียโลก (Global malaria program) จึงมีเป้าหมายมุ่งสู่การกำจัดโรคมาลาเรีย และผลักดันให้ประเทศที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียน้อยกว่า 1 ต่อพันประชากร ยกกระต๊บนโยบายจากการควบคุมโรคมาลาเรีย (Malaria control) เป็นนโยบายการกำจัดโรคมาลาเรีย (Malaria elimination)⁽¹⁾

สำหรับในประเทศไทยพบว่าอัตราการติดเชื้อโรคไข้มาลาเรียทั่วประเทศลดลงจาก 0.57 ต่อพันประชากรในปี พ.ศ. 2551 เป็น 0.49 ต่อพันประชากร ในปี พ.ศ. 2557 โดยส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยบริเวณชายแดนไทยที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ กากูจนบุรี สุรินทร์ ตาก ตราก และระนอง โดยพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียร้อยละ 43.38 เป็นผู้ป่วยต่างชาติ ได้แก่ พม่า ลาวและกัมพูชา⁽²⁾

จากการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้มาลาเรียของประชากรในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทยและการศึกษาในหลายประเทศ⁽³⁾ พบว่าอุปสรรคขัดขวาง คือ ด้านพฤติกรรม เช่น จำนวนมุงไม่เพียงพอ ขาดการให้สุศึกษา และจากการวิเคราะห์การควบคุมโรคไข้มาลาเรียของประเทศไทยพบประเด็นที่เป็นจุดแข็งคือ มีหน่วยงานด้านการควบคุมโรคติดต่อหน้าโดยแมลง ที่สามารถปฏิบัติงานแบบเบ็ดเสร็จ ทั้งการป้องกัน การตรวจรักษา และการควบคุมโรค แต่มีจุดอ่อนคือ ขาดการเชื่อมโยงของระบบข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการโรคไข้มาลาเรียระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังไม่บูรณาการและไม่เป็นเอกภาพ อย่างไรก็ดีตามยังมีปัจจัยที่เป็นโอกาสสนับสนุนให้สามารถกำจัดโรคไข้มาลาเรียให้ประสบความสำเร็จคือ มีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับโลก และมีแหล่งเงินทุนที่ได้รับ การสนับสนุนจากต่างประเทศหลายองค์กร เพื่อดำเนินการกำจัดการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย ภายใต้กลยุทธ์ที่สำคัญคือ การขยายความร่วมมือระหว่างเครือข่าย และการส่งเสริมความร่วมมือของเครือข่ายหรือชุมชน เพื่อการให้บริการมีความครอบคลุมและเข้าถึงบริการการรักษามากขึ้น⁽¹⁾ สำหรับในพื้นที่จังหวัดระนอง จากรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง พ.ศ. 2559 พบว่าสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียของจังหวัดระนอง ยังพบการเกิดโรคและการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียสูง และพบอัตราการติดเชื้อมาลาเรียในกระแสเลือดเกินกว่า 1 ต่อพันประชากร⁽⁴⁾ สาเหตุเนื่องมาจากพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นป่าเขามีชายแดนติดประเทศพม่า และมีลักษณะภูมิประเทศที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย ประชาชนขาดความรู้ในการป้องกันโรค มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียไม่ถูกต้อง และชุมชนขาดความร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขปัญหการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย

จากสถานการณ์และสภาพปัญหาดังที่กล่าวมา และภายใต้กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อดำเนินการกำจัดการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย⁽²⁾ โดยเฉพาะกลยุทธ์เชิงรุกที่เน้นเรื่องการส่งเสริมความร่วมมือของเครือข่ายหรือชุมชน และเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ด้วยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่⁽⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการสุขภาพ

ภาคประชาชน⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่าการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาของพื้นที่จำเป็นต้องได้รับการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน จึงจะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จและมีความยั่งยืน ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษารูปแบบการจัดการโรคไข้มาลาเรียบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า จังหวัดระนองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้น เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในเป็นแนวทางในการพัฒนา และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่อื่นต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาทฤษฎี แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนด กรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นตอนที่	รูปแบบที่ใช้ในการพัฒนา	ผลที่ได้
ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการ แกนนำชุมชน และ ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ศึกษา ประกอบด้วย กิจกรรม 1. การเพิ่มความสามารถ (Enabling) 2. การฝึกการวิเคราะห์เพื่อประเมิน สถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมา และนำเสนอผลวิเคราะห์	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	คณะกรรมการ แกนนำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ สามารถวิเคราะห์สภาพ ปัญหา และนำความรู้ ไปวางแผนการจัดการ โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ ได้อย่างเหมาะสม
ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการกำหนดรูปแบบ การจัดการไข้มาลาเรียแบบมีส่วนร่วม ของชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1. การสร้างเวทีเรียนรู้ในชุมชน 2. กระบวนการทำแผนชุมชน 3. การปฏิบัติตามแผน	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	1. พื้นที่ที่มีแผนชุมชนในการ จัดการโรคไข้มาลาเรีย ในพื้นที่ 2. ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ในการนำแผนไปปฏิบัติ ให้เกิดความสำเร็จ
ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการพัฒนา และถอดบทเรียนในการพัฒนา	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	ประเมินประสิทธิผล การพัฒนาเพื่อนำไปปรับปรุง กระบวนการพัฒนา ในครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไข้มาลาเรีย บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า จังหวัดระนอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ประชากร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงต้องอาศัยความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดที่ดีต่อกันและความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับชุมชน เพื่อความสะดวกในการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่างๆ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อศึกษาให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเหมาะสมกับความต้องการ และตอบวัตถุประสงค์การวิจัย^(7,8) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ ดังนี้

1. เป็นพื้นที่บริเวณชายแดนไทย-พม่า จังหวัดระนอง
2. เป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียสูง (พื้นที่ A1 หรือ A2)
3. ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ คณะกรรมการหมู่บ้านหรือตำบล แกนนำชุมชน สมัคใจเข้าร่วมโครงการพัฒนา

คัดเลือกได้พื้นที่ที่ดำเนินการศึกษา จำนวน 5 อำเภอ 16 ตำบล ดังนี้

1. อำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง จำนวน 3 ตำบล ได้แก่ เกาะพยาม ทวายแดง และหาดส้มแป้น
2. อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง จำนวน 5 ตำบล ได้แก่ น้ำจืด บางใหญ่ ปากจั่น มะมุ และลำเลียง
3. อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ กะเปอร์ เขี้ยวเหลียง บางหิน และบ้านนา
4. อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง จำนวน 3 ตำบล ได้แก่ บางแก้ว ละอุ่นใต้ และละอุ่นเหนือ
5. อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง จำนวน 1 ตำบล ได้แก่ นาคา

กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนา ได้แก่ คณะกรรมการหมู่บ้านหรือตำบล แกนนำชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ศึกษา จำนวน 5 อำเภอ 16 ตำบลๆ ละ 30 คน รวม 480 คน

ระยะเวลาในการดำเนินการพัฒนา: ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 รวม 5 ปี

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย

1. ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ (Enabling) คณะกรรมการ ฯลฯ แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เป้าหมาย ประเด็นการพัฒนาศักยภาพผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียการสอบสวนโรคไข้มาลาเรีย และการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย โดยอบรมให้ความรู้ จำนวน 2 วันต่อรุ่นๆ ละ ประมาณ 100 คน และฝึกปฏิบัติในชุมชนอีกรุ่นละ 1 สัปดาห์ เนื้อหาการฝึกอบรมประกอบด้วย

- 1) สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย
- 2) นโยบายการป้องกัน/ควบคุมโรคไข้มาลาเรียของประเทศไทยและในจังหวัดระนอง
- 3) แผนงาน/กิจกรรมการป้องกัน/ควบคุมโรคไข้มาลาเรียในจังหวัดระนอง
- 4) ประวัติวิทยาของเชื้อมาลาเรีย
- 5) การตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคไข้มาลาเรีย
- 6) การตรวจหาเชื้อมาลาเรียโดยชุดตรวจเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็ว
- 7) สาธิตและฝึกปฏิบัติการตรวจหาเชื้อมาลาเรียโดยชุดตรวจเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็ว

- 8) การย้อมฟิล์มเลือดหนา การย้อมฟิล์มเลือดบาง และย้อมด้วยยิมซ่า เพื่อตรวจหาเชื้อมาลาเรีย
- 9) สานิตและฝึกปฏิบัติการย้อมฟิล์มเลือดหนา การย้อมฟิล์มเลือดบาง และย้อมด้วยยิมซ่า เพื่อตรวจหาเชื้อมาลาเรีย

10) การสอบสวนโรคและการบันทึกรายงาน

โดยนักวิจัยและวิทยากรกระบวนการทดสอบความรู้ผู้เข้ารับการอบรมทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ เพื่อนำผลไปประกอบการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการพัฒนา

2. ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการกำหนดรูปแบบการพัฒนา รูปแบบการจัดการโรคไข้มาลาเรียแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยกระบวนการ ดังนี้

1) กระบวนการเรียนรู้ที่ 1: ขั้นศึกษาสภาพปัญหา และสาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: AIC) เพื่อให้แกนนำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องของแต่ละพื้นที่ทบทวนการบริการเพื่อจัดการโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ของชุมชนในอดีต ด้วยเทคนิค AIC และบัตรคำ (Meta plan) แล้วแต่ละคนนำสิ่งที่ตนเองทบทวนได้เขียนลงในบัตรคำ แล้วนำไปติดบอร์ดที่จัดไว้แล้วให้ทุกคนอ่านข้อมูลของสมาชิกคนอื่นๆ ที่เขียนไว้ทั้งหมด แล้วนักวิจัยและวิทยากรกระบวนการสรุปเป็นภาพรวม วิธีการนี้ทำให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการรู้สึกมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์ไข้มาลาเรียและการจัดการโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่

2) กระบวนการเรียนรู้ที่ 2: ขั้นกำหนดรูปแบบหรือแนวทางการพัฒนารูปแบบบริการ เพื่อจัดการโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ ประกอบด้วยการป้องกันส่วนบุคคล (Individual protection) การควบคุมยุงพาหะ และการจัดการผู้ป่วยทั้งด้านการจัดการผู้ป่วยในสถานบริการของรัฐ และการจัดการผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคไข้มาลาเรียในชุมชน และการให้สุศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง การป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

3) กระบวนการเรียนรู้ที่ 3: ขั้นกำหนดกิจกรรม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินการจัดการโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ ประกอบด้วยการจัดการผู้ป่วย ด้วยมาตรการเชิงรับโดยการจัดการผู้ป่วยในสถานบริการของรัฐ การจัดการผู้ป่วยด้วยมาตรการเชิงรุก โดยการตั้งมาลาเรียคลินิกชุมชน (Malaria post) ในชุมชน และจัดอบรมพนักงานมาลาเรียชุมชน ให้สามารถดำเนินงานค้นหาผู้ป่วย การรักษาโดยเร็ว ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Active and passive case detection) และการให้สุศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง การป้องกันโรคไข้มาลาเรีย และดำเนินการในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การตรวจหาเชื้อมาลาเรียโดยชุดตรวจเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็ว การรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียและการส่งต่อ การติดตามการรับประทายยาต่อหน้าสำหรับผู้ป่วยมาลาเรียฟัลซิพารัม การให้สุศึกษาและการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน การทำรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกข้อมูลและการส่งรายงาน การป้องกันส่วนบุคคล และการควบคุมยุงพาหะ

4) กระบวนการเรียนรู้ที่ 4: ขั้นมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อดำเนินการ ควบคุมกำกับ การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้

3. ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผลการพัฒนา โดยการประชุมเพื่อถอดบทเรียนและสรุปบทเรียนการพัฒนา และการวัดผลการเรียนรู้หลังการอบรมโดยการทดสอบความรู้ (Post-test) หลังการเข้าร่วม

กระบวนการพัฒนาศักยภาพ และจัดให้มีการประชุมเพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาโดยสรุปบทเรียน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้เพื่อนำผลการสรุปบทเรียนไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการเรียนรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบวัดผลการเรียนรู้ก่อนและหลังการอบรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยให้สอดคล้องกับแนวคิด และวัตถุประสงค์การวิจัย เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ ถ้าตอบถูกให้ 1 ตอบผิดให้ 0 จำนวน 20 ข้อ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และ ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.82 ก่อนนำมาปรับปรุงและนำไปประยุกต์ใช้ โดยแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับ โรคไข้มาลาเรียและการจัดการโรคไข้มาลาเรีย แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่

- 1) มีความรู้น้อย ได้แก่ ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียและการจัดการโรคไข้มาลาเรียน้อยกว่าร้อยละ 60
- 2) มีความรู้ปานกลาง ได้แก่ ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียและการจัดการโรคไข้มาลาเรียระหว่างร้อยละ 60-79
- 3) มีความรู้มาก ได้แก่ ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียและการจัดการโรคไข้มาลาเรียตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

2. แบบประเมินผลการดำเนินงาน

3. แบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการตรวจวินิจฉัยรักษา ณ หน่วยบริการ/มาลาเรียคลินิกชุมชน โดยแบ่งระดับความพึงพอใจ ของผู้รับบริการแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- 1) ความพึงพอใจรู้น้อย ได้แก่ ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการน้อยกว่าร้อยละ 60
- 2) ความพึงพอใจปานกลาง ได้แก่ ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างร้อยละ 60-79
- 3) ความพึงพอใจมาก ได้แก่ ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

4. แบบบันทึกสรุปผลการถอดบทเรียนการพัฒนา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนการวิจัยที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ข้อมูลผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ ฯลฯ แกนนำชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง โดยนักวิจัยและทีมงานวิทยากรกระบวนการ
2. ข้อมูลการประเมินผลการดำเนินการจัดการโรคไข้มาลาเรีย โดยนักวิจัยและทีมงาน
3. ข้อมูลสรุปผลการถอดบทเรียนการพัฒนา จากเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยนักวิจัยและทีมงานวิทยากรกระบวนการ
4. ข้อมูลความพึงพอใจ ของผู้รับบริการตรวจวินิจฉัยรักษา ณ หน่วยบริการ/มาลาเรียคลินิกชุมชน โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ศึกษา
5. ข้อมูลผลการดำเนินงาน โดยใช้แบบบันทึกผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ ในการนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณและใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา⁽⁹⁾ ข้อมูลที่ได้จากการประชุมเพื่อถอดบทเรียนการพัฒนา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

เริ่มดำเนินการ หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของจังหวัดระนอง (เอกสารรับรองเลขที่ COA_PHRN.022/2566 ลงวันที่ 25 กันยายน 2566) และผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือเข้าร่วมการวิจัย และให้คำรับรองเกี่ยวกับการรักษาความลับหรือความปลอดภัยและการจำกัดผู้เข้าถึงข้อมูล แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งข้อมูลที่ศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น หลังผลการวิจัยครบ 1 ปีข้อมูลจะถูกนำไปทำลาย

ผลการวิจัย

ประสิทธิผลการพัฒนาพบว่าก่อนเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60.00) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.8 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.5 หลังเข้าร่วมการพัฒนาคณะกรรมการฯ แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาที่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคไข้มาลาเรียเพิ่มสูงขึ้น อยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 80 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.8 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.9 ขึ้นกำหนดรูปแบบการพัฒนาการจัดการโรคไข้มาลาเรียแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษา พบว่าคณะกรรมการฯ แกนนำชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 5 อำเภอ ร่วมกันทบทวนการจัดการในอดีตเชื่อมโยงกับปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต และกำหนดแนวทางพัฒนาเพื่อจัดการโรคไข้มาลาเรียซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การจัดการผู้ป่วย แบ่งเป็นการจัดการผู้ป่วยในสถานบริการของรัฐโดยการเพิ่มศักยภาพการจัดการผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความสามารถในการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย รวมถึงการติดตามการกินยาและการสอบสวนโรคไข้มาลาเรีย การจัดการผู้ป่วยในชุมชน โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคไข้มาลาเรีย โดยการตั้งมาลาเรียคลินิกชุมชน (Malaria post) ในชุมชนและจัดอบรมพนักงานมาลาเรียชุมชน ให้สามารถดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยเพื่อดำเนินการรักษาโดยเร็ว ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Active and passive case detection) และการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย การตรวจหาเชื้อมาลาเรียโดยชุดตรวจเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็ว การรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียและการส่งต่อการติดตามการรับประทานยาต่อหน้าสำหรับผู้ป่วยมาลาเรียฟัลซิพารัม และการให้สุขศึกษาและการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน ด้านการป้องกันส่วนบุคคล เพื่อลดโอกาสในการสัมผัสกันระหว่างคนและยุง และการควบคุมยุงพาหะ โดยการรณรงค์เพื่อทำให้ปรับสภาพแวดล้อมให้ไม่เหมาะสมกับอุปนิสัยชอบเพาะพันธุ์

ของยัง และการปล่อยปลาหางนกยูงเพื่อกินลูกน้ำ หลังจากนั้นได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมตามที่กำหนด ในการจัดการโรคไข้มาลาเรียบริเวณพื้นที่ โดยให้แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและนำแผนการดำเนินงานไปปฏิบัติ พบว่าคณะกรรมการฯ แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดการไข้มาลาเรียในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดำเนินงานทั้งด้านการจัดการผู้ป่วยการป้องกันส่วนบุคคล และการควบคุมยุงพาหะได้ตามเป้าหมาย ทำให้การแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียลดลงอย่างชัดเจน จากอัตราการตรวจพบเชื้อที่มากกว่าร้อยละ 1.00 เหลือเพียงร้อยละ 0.33 ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 5 แห่ง และผลการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานเพื่อจัดการโรคไข้มาลาเรียของประชาชน บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า จังหวัดระนอง พบว่าผู้มารับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงาน เพื่อจัดการโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ มากกว่าร้อยละ 85 ทั้งในด้านกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการและคุณภาพการให้บริการ และผลการถอดบทเรียนการพัฒนาพบว่าคณะกรรมการ แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องให้ข้อสรุปว่าการสร้างเวทีการเรียนรู้เพื่อนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ทูน และความรู้มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการสร้างความรู้และความตระหนักในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ เป็นการรวมพลังภาคีเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมและยั่งยืน เห็นควรเน้นการสร้างเครือข่ายหรือสนับสนุนให้ภาคท้องถิ่นหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง อย่างจริงจังและครอบคลุมทุกพื้นที่ จะส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบทของพื้นที่

อภิปรายผลการศึกษา

ผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความสามารถในการจัดการโรคมาลาเรีย เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้เน้นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง แบบการเรียนรู้ที่ละขั้นทีละตอนเป็นลำดับ ส่งผลให้การเรียนรู้เกิดประสิทธิผล ภายหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องของแต่ละพื้นที่ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 5 อำเภอ มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคไข้มาลาเรียเพิ่มจากระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60) เป็นมีความรู้ในระดับมาก (มากกว่าร้อยละ 80) และผลการประเมินการดำเนินงานเพื่อจัดการโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ พบว่าสามารถดำเนินการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียลดลงอย่างชัดเจน โดยอัตราการติดเชื้อในเลือดมากกว่าร้อยละ 1.00 เหลือต่ำกว่าร้อยละ 0.33 ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงาน เพื่อจัดการโรคไข้มาลาเรีย และมีความพึงพอใจในรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นเพื่อจัดการโรคมาลาเรียในพื้นที่ มากกว่าร้อยละ 85 ทั้งในด้านกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการบุคลากรที่ให้บริการและคุณภาพการให้บริการ สอดคล้องกับผลที่ได้จากการประชุมเพื่อถอดบทเรียนการพัฒนา พบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไข้มาลาเรียแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ ก่อให้เกิดผลให้การแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียลดลง กระบวนการพัฒนาที่เน้นการใช้ชุมชน

เป็นฐานในการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการสร้างเวทีการเรียนรู้เพื่อนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ชุมชน และความรู้มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการสร้างความรู้และความตระหนักในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ เป็นการรวมพลังภาคีเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ เป็นเรื่องที่ดีที่สนับสนุนหรือส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมและยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการสุขภาพของชุมชน ที่นักวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศได้ทำการศึกษาในแง่มุมต่างๆ ให้ความเห็นไว้ว่า “สุขภาพชุมชน” อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “อนามัยชุมชน” หมายถึง ภาวะแห่งการรวมเอาสุขภาพของบุคคลต่างๆ ในชุมชนเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคลจะดีได้ ก็ย่อมขึ้นกับสภาพสิ่งแวดล้อมด้วย โดยการจะนำไปสู่ภาวะดังกล่าวได้ จำเป็นต้องมีระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง ที่หมายถึงชุมชนสามารถดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองมากที่สุด สามารถควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพ มีระบบบริการที่สามารถให้บริการที่จำเป็นแก่ประชากรทั้งมวลในชุมชนหรือท้องถิ่นได้⁽⁵⁾ กิจกรรมต่างๆ และขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ชุมชน/ประชาชน และภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์การวางแผน การนำแผนไปขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล ส่งผลต่อให้พื้นที่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนา ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบทของพื้นที่สอดคล้องกับขั้นตอนการพัฒนาการจัดการสุขภาพชุมชนหรือการพัฒนาให้หมู่บ้านหรือชุมชนมีการจัดการด้านสุขภาพชุมชนได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน⁽⁶⁾ กระบวนการพัฒนาที่เน้นการพัฒนาศักยภาพและการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในพื้นที่ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือการเพิ่มความสามารถด้านองค์ความรู้หรือทักษะในการจัดการสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ^(10,11) ที่กล่าวถึงแนวปฏิบัติในการพัฒนาว่า มีองค์ประกอบหลัก 3 อย่าง คือ คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญ องค์ความรู้ต่างๆ และทุนในการพัฒนา สิ่งเหล่านี้หากมีการนำมาจัดการอย่างเหมาะสม ก็จะบังเกิดผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการด้านสุขภาพภาคประชาชนและแนวคิดตำบลจัดการสุขภาพ ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนด้านสุขภาพในหมู่บ้าน การจัดการงบประมาณเพื่อใช้พัฒนาด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน และการประเมินผลการดำเนินงานในหมู่บ้านซึ่งทั้งหมดนี้ต้องดำเนินการโดยคณะกรรมการฯ และแกนนำในหมู่บ้าน/ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่นๆ ร่วมสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนและเกิดกระบวนการจัดการด้านสุขภาพขึ้น จึงจะเรียกว่าเป็น หมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือตำบลจัดการสุขภาพ ที่มีเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) คือ เป็นพื้นที่ที่ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ตามคำขวัญที่ว่า “แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราตนเองได้” สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กุ๊เกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย สำหรับพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กรณีศึกษาอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วยกิจกรรม

ส่วนบุคคล คือการป้องกันตนเองไม่ให้ยุ่งกีด ระดับครอบครัว ได้แก่ทำความสะอาด ดูแลมุ้ง และยินยอมให้ พันสารเคมี ระดับชุมชน ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ แจกคู่มือ ให้สุขศึกษา ภายหลังนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น และพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียลดลง และสอดคล้องกับ สมหมาย จิมประโคน และคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่าชุมชน มีการสร้างแกนนำโรคไข้มาลาเรีย และได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีส่วนร่วม สรุปว่าการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนมีความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องต้องเน้นการสร้างเครือข่ายและ การมีส่วนร่วมของพื้นที่ ในการดำเนินการพัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อการจัดการโรคไข้มาลาเรียแบบมี ส่วนร่วมในครั้งนี้ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในภาพรวมของการขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ นโยบาย มีความชัดเจน การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ ผู้บริหาร ทุกระดับให้ความสำคัญและสนับสนุน การนิเทศ ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การประสานงานที่ดี และภาคีเครือข่าย/ทีมงานมีความเข้มแข็ง สอดคล้องแนวความคิดของ Van Meter & Van Horn⁽¹⁴⁾ ที่สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับฝ่ายต่างๆ ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การยอมรับต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ และความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติ หากได้รับความร่วมมือร่วมใจ จากผู้ปฏิบัติ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติก็ย่อมจะมีสูงตามไปด้วย สรุปการสนับสนุนให้ชุมชน มีความตื่นตัวและเกิดการรวมตัวของชุมชนเพื่อจัดการและช่วยเหลือกันและการที่ภาครัฐหรือหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ จะดำเนินการแผนงาน/โครงการหรือกิจกรรมใดๆลงไปสู่ชุมชน ควรมีการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ก่อน เพื่อให้ชุมชนมีความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการดำเนินงานเรื่องนั้นๆ จะส่งผลเป็นอย่างดี และเกิดประสิทธิภาพในการพัฒนาด้านความพึงพอใจ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานเพื่อจัดการ โรคไข้มาลาเรียของประชาชน บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า จังหวัดระนอง พบว่าผู้มารับบริการมี ความพึงพอใจต่อการบริการและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงาน เพื่อจัดการโรคไข้มาลาเรียของประชาชน มากกว่าร้อยละ 85 ทั้งในด้านกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการและคุณภาพ การให้บริการ และผลการที่ได้จากการประชุมเพื่อถอดบทเรียนการพัฒนา พบว่าการพัฒนารูปแบบ การจัดการโรคไข้มาลาเรียแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่จังหวัดระนอง มีผลทำให้การแพร่ระบาดของ โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ลดลง การสร้างเวทีการเรียนรู้เพื่อนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ชุมชน และความรู้ มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการสร้างความรู้และความตระหนักในการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ เป็นการรวมพลังภาคีเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วม ของชุมชน ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่าง มีประสิทธิภาพ เหมาะสมและยั่งยืน เห็นควรเน้นการสร้างเครือข่ายหรือสนับสนุนให้ภาคท้องถิ่นหรือชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม ในการเรียนรู้ และเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง อย่างจริงจังและครอบคลุมทุกพื้นที่ จะส่งผลต่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาที่เหมาะสมและยั่งยืน และสอดคล้องกับ

ขั้นตอนการพัฒนาการจัดการสุขภาพชุมชนหรือการพัฒนาให้หมู่บ้านหรือชุมชน ให้มีการจัดการด้านสุขภาพชุมชนได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ กูเกียริติ ก้อนแก้ว และคณะ⁽¹²⁾ และ สมหมาย จิมประโคน และคณะ⁽¹³⁾ สรุปว่าการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนมีความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ต้องเน้นการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของพื้นที่ เรียนรู้ที่ละขั้นทีละตอน จึงทำให้การเรียนรู้เกิดประสิทธิผล ทำให้เกิดการรวมพลังเพื่อตอบสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน (Empowerment)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการจัดการโรคไข้มาลาเรีย บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า จังหวัดระนอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการว่าภาครัฐ หรือหน่วยงานต่างๆของรัฐ ควรให้ความสำคัญและมีนโยบายในการส่งเสริม/สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ(Empowerment) ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพื้นฐานเพราะจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนอย่างยั่งยืน ควรนำเสนอผลการศึกษาแก่ผู้บริหารระดับต่างๆ ตั้งแต่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทราบและให้การสนับสนุน จะทำให้เกิดผลทางการปฏิบัติ และควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ อันจะเกิดผลทางสัญญาประชาคมอีกทางหนึ่ง และควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาหรือเตรียมความพร้อมแก่บุคลากร เพราะความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติย่อมขึ้นอยู่กับบุคลากรขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายว่ามีขีดความสามารถ ที่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับทิศทางหรือแนวทางการขับเคลื่อนเพียงใด การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จะประสบความสำเร็จได้ จึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยโครงสร้างของภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน บูรณาการร่วมกัน และบุคลากรที่อยู่ในทุกภาคส่วนจะต้องมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านการบริหารและเทคนิคอย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยประเมินผลเมื่อสิ้นสุดกระบวนการพัฒนา โดยการใช้รูปแบบการประเมินผลของชิป

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2559.
2. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ปี 2560-2567. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2559.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดเชื้อมาลาเรียที่ดื้อยา ผสมอนุพันธ์ออร์ติมิซินระดับภูมิภาค ภายใต้โครงการกองทุนโลกด้านมาลาเรียปฏิบัติงานควบคุมโรคมาลาเรีย. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2558.
4. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.5 ระนอง. สรุปรายงานประจำปี; เอกสารอัดสำเนา; 2559.

5. สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา. ความเป็นมาของกองทุนพัฒนาท้องถิ่นไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา; 2549.
6. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ. สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพ. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
7. สุภางค์ จันทวานิช. การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
8. ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์ พับชีง; 2550.
9. Corbin J, Strauss A. Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 4th ed. San Jose, CA: SAGE; 2014.
10. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ขั้นตอนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
11. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบสุขภาพภาคประชาชน: แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2554.
12. กู้เกียรติ ก้อนแก้ว, ปัทมา สุพรรณกุล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียสำหรับพื้นที่ชายแดนไทย-พม่าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษา ตำบลท่าสองยาง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2558;9(3):196-207.
13. สมหมาย จีมปะโคน, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, สมศักดิ์ ศรีภักดี. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2559;23(1):35-45.
14. Van Meter DS, Van Horn CE. The policy implementation process. Administrative & Society. 1975;6(4):445-88.