การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี

The Development of Village Health Volunteers for Surveillance, Prevention and Control of Dengue Fever in Muang Ubon Ratchathani District through Multilateral Participatory Techniques

อัจฉราภรณ์ ยะฮาด[1], มณฑิชา รักศิลป์[2]*, นพรัตน์ ส่งเสริม[2]
Aucharaporn Yahad[1], Monthicha Raksilp[2]*, Nopparat Songserm[2]
[1]หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
[2]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
[1]Master of Public Health (Public Health), Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University
[2]Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

*Correspondence to: monthicha.r@ubru.ac.th
Received: May 19, 2025 | Revised: Sep 17, 2025 | Accepted: Oct 2, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประเมินผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน จำนวน 15 คน 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผล ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 45 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบวิเคราะห์บริบท 2) แนวคำถามในการสนทนาแบบมีส่วนร่วม 3) แบบประเมิน ความรู้ พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมมีค่าความเชื่อมั่น 0.86, 0.86 0.88 และ 4) แบบประเมินค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired Sample T-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ประกอบด้วย 1) ศึกษาสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน 2) วิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่โดยการระดมสมองแบบกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยผู้มีส่วนร่วม 3) สร้างเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน 4) ขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 5) พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6) เสริมสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยใช้ Technology of Participation: TOP และ 7) จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกกลางในการประสานงานและขับเคลื่อนนโยบาย

จากการพัฒนาศักยภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วม ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI) เท่ากับ 13.10 และ Container Index (CI) เท่ากับ 4.17

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, การพัฒนาศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the capacity building of Village Health Volunteers (VHVs) in dengue fever surveillance, prevention, and control in Mueang Ubon Ratchathani District through multi-stakeholder participatory techniques. The study samples consisted of two groups: 15 participants in the capacity development group (administrators, public health officials, community leaders, VHVs, and community representatives) and 45 VHVs in the evaluation group selected by simple random sampling. Research instruments included context analysis forms, participatory discussion guidelines, assessment forms for knowledge, behavior, and participation (reliability coefficients 0.86, 0.86, and 0.88, respectively), and larval indices assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-tests, and content analysis. The research findings revealed that the capacity development process comprised 7 activities: 1) situation study and problem analysis, 2) needs analysis through stakeholder network brainstorming, 3) establishment of operational networks, 4) participatory implementation by district health system teams, 5) VHV capacity development, 6) community capacity building using Technology of Participation (TOP) techniques, and 7) dengue prevention campaign activities. The District Quality of Life Development Committee served as the central mechanism for coordination and policy implementation. The capacity development results showed that participants had significantly improved mean scores in knowledge, dengue prevention behaviors, and participation compared to pre-development levels (P-value < 0.001). The House Index (HI) was 13.10, and the Container Index (CI) was 4.17, which are within acceptable levels according to World Health Organization criteria.

Keywords: Dengue fever, Capacity development, Village health volunteers, Multilateral participatory techniques

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากยุงลายเป็นพาหะนำโรค โดยยุงลายจะกัดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด มีระยะฟักตัวประมาณ 8-12 วัน เมื่อยุงไปกัดคนอื่นอีก ก็จะปล่อยเชื้อไวรัสเดงกี่ไปยังคนที่ถูกกัดได้ โดยความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเชื้อไวรัส อายุ และภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย อาจเกิดอาการช็อกจนเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว[1] ในช่วงปี พ.ศ. 2493-2503 องค์การอนามัยโลกได้พบการระบาดครั้งแรกของโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) ในประเทศไทยและประเทศฟิลิปปินส์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2513 พบการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกถึง 9 ประเทศ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 4 เท่าเมื่อเทียบกับการระบาดในช่วงแรก การระบาดของโรคไข้เลือดออกยิ่งรุนแรงขึ้น มีการกระจายผู้ป่วยมากกว่า 100 ประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะพื้นที่เขตร้อนชื้น[2] สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2567 มีอัตราการป่วยเฉลี่ย 89.5 ต่อแสนประชากร และมีอัตราการตายเฉลี่ย 0.15% โดยพบผู้ป่วยกระจายทุกอำเภอ[3] ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต 3 ราย จาก 4 ราย ทั้งเขตสุขภาพที่ 10 มีอัตราป่วย 107.3 ต่อแสนประชากร สูงเป็นอันดับที่ 32 ของประเทศ อันดับที่ 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและอันดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 10 รองจากจังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–24 สิงหาคม พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,719 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 91.9 ต่อแสนประชากรเสียชีวิต 3 ราย ในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล อำเภอเดชอุดม และอำเภอบุณฑริก อัตราป่วยตาย 0.18 % และพบผู้ป่วยกระจายทุกอำเภอ[3] และตำบลหนองบ่ออำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอีกพื้นที่ซึ่งพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกมาโดยตลอด ในปี 2565 พบรายงานผู้ป่วย จำนวน 2 ราย เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐาน 5 ปี จากสถานการณ์ดังกล่าวพบปัญหาว่าโรคไข้เลือดออกมีการแพร่ระบาดมากขึ้น และในกรณีที่ไม่ได้มีการรักษาอย่างถูกวิธี ความรุนแรงของโรคอาจทำให้เสียชีวิตได้ รวมถึงจากสถานการณ์การระบาดของโรคส่งผลให้ต้องสูญเสียงบประมาณในการป้องกันและควบคุมโรค

การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชนนั้น เกิดจากปัจจัยสาเหตุ ขาดการตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลตนเองเรื่องโรคไข้เลือดออก ขาดการมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก รวมทั้งเรื่องขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สำหรับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกนั้น ปัจจุบันพบว่ามีหลายแนวทาง เช่น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและในชุมชน การควบคุมโดยการใช้สารเคมี การควบคุมทางชีวภาพ การป้องกันส่วนบุคคลและการป้องกันที่อยู่อาศัย ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่บุคคลสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกนั้น บุคคลต้องมีความตระหนักรู้ในโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา พบว่าเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในการแก้ปัญหาสาธารณสุข และในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา[2] ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาที่เน้นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของ

ตนเอง[3] ซึ่งการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาในทุกระดับ และเป็นปัจจัยสำคัญที่จัดการกับปัญหาโรคไข้เลือดออกให้หมดไปจากชุมชนได้ดีที่สุด รวมถึงการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านกลไกบทบาทหน้าที่อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ผล เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน และยังมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการส่งเสริม สนับสนุน การจัดการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับชุมชน[4]

ตำบลหนองบ่อ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2565 พบรายงานผู้ป่วย จำนวน 2 ราย เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุแล้วพบว่า ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการป้องกันควบคุมโรคด้านสาธารณสุขบุคลากรสาธารณสุขมีภาระงานมากไม่สามารถเข้าเยี่ยมชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง ปัญหาดังกล่าวเป็นมิติทับซ้อนไม่สามารถแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งได้ตามลำพัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์และเหมาะสมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยกระบวนการเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[5] ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคนิค Technology of Participation (TOP) ในการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ เป็นประชาชน และภาคีเครือข่าย ในเขตตำบลหนองบ่อ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ภาคีเครือข่าย (บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายผู้มีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนและการพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน 2) นายกองค์การ

บริหารส่วนตำบล (อบต.) 1 คน 3) รองนายก อบต. 1 คน 4) ปลัด อบต. 1 คน 5) หัวหน้าสำนักปลัด อบต. 1 คน 6) หัวหน้างานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี 1 คน 7) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 คน 8) ผู้นำชุมชน 3 คน 9) ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน และ 10) ตัวแทนครัวเรือน 2 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 15 คน เหตุผลในการเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม คือ ทุกกลุ่มมีบทบาทโดยตรงต่อการประเมินและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดนโยบายและให้การสนับสนุน ผู้นำชุมชนและตัวแทนประชาชนเป็นผู้รับบริการและร่วมดำเนินงาน ส่วนตัวแทน อสม. เป็นผู้ที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยตรง

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลหนองบ่อ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 45 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็น อสม. ในเขตตำบลหนองบ่อ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 2) มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย 3) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 2) กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ประเภท ได้แก่

1. แบบวิเคราะห์บริบท ลักษณะทางนิเวศวิทยาภาวะเสี่ยงไข้เลือดออก ทั้งในเชิงกายภาพ สังคม วัฒนธรรม

2. แนวคำถามในการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (Discussion (ORID) Method) ตามแนวคิดของ Stanfield[6] ประเด็นสนทนาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. แบบสอบถามเพื่อประเมินศักยภาพฯ สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 5 ข้อได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

3.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการควบคุมโรคไข้เลือดออกของกรมควบคุมโรค[7] ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่า “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” จำนวน 20 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom[8] ดังนี้ ระดับความรู้ต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 50%) ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 50-69%) และระดับความรู้สูง (คะแนนตั้งแต่ 70% ขึ้นไป) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.50-1.00 ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.82 โดยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคติดต่อ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพโรคติดต่อ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 ท่าน

3.3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกรมควบคุมโรค[7] มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.32) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.33-

3.00) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.50-1.00 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach Alpha's coefficient เท่ากับ 0.86 โดยผู้เชี่ยวชาญเดียวกันกับแบบประเมินความรู้เป็นผู้ตรวจสอบ

3.4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff[9] ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ มีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายเป็น 5 ระดับ อ้างอิงตามบุญใจ ศรีสถิตนรากูร[10] ดังนี้ มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50) และมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.50-1.00 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach Alpha's coefficient เท่ากับ 0.88 โดยผู้เชี่ยวชาญเดียวกันกับแบบประเมินความรู้เป็นผู้ตรวจสอบ

3.5 ข้อเสนอแนะทั่วไป มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะ

4. แบบประเมินค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย การประเมินค่า HI (House index) และ CI (Container index) โดยมีเกณฑ์การประเมิน HI คือ จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย/จำนวนบ้านทั้งหมดที่สำรวจ x 100 และ CI คือ จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย/จำนวนภาชนะทั้งหมดที่สำรวจ x 100

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินตามแนวทาง PAOR ของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคนิค TOP โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) ตามแนวคิดของ Stanfield[11] โดยมีผู้เข้าร่วม ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่ 1 จำนวน 15 คน ตามขั้นตอนสำคัญ 7 ขั้นตอน ดังนี้

1) สถานการณ์ (บริบท) ดำเนินการวิเคราะห์บริบทการพัฒนาศักยภาพ อสม. ลักษณะทางนิเวศวิทยา ภาวะเสี่ยงต่างๆ ทั้งในเชิงกายภาพ สังคม วัฒนธรรม รวมถึงค้นหาปัญหาในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ อสม. ด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) โดยใช้เวลา 1 วัน ผลที่ได้คือ การระบุปัญหา ความต้องการ และทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

2) หัวใจแห่งชัยชนะ (จินตนาการ) โดยการร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้เวลาครึ่งวัน ผลที่ได้คือ วิสัยทัศน์ร่วมและเป้าหมายที่ชัดเจน

3) สิ่งที่เกิดขึ้นจริง การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและข้อจำกัดที่มีอยู่ ใช้เวลาครึ่งวัน

4) พันธกิจ (สัญญาใจ) การกำหนดพันธกิจและข้อตกลงร่วมในการดำเนินงาน ใช้เวลาครึ่งวัน

5) ปฏิบัติภารกิจสำคัญ (ภารกิจหลัก) การกำหนดกิจกรรมหลักที่ต้องดำเนินการ ใช้เวลาครึ่งวัน

6) ปฏิทินกิจกรรมและความรับผิดชอบ การจัดทำปฏิทินและกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม ใช้เวลาครึ่งวัน

7) การไตร่ตรอง ทบทวนแผนปฏิบัติการ การทบทวนและปรับปรุงแผนงาน ใช้เวลาครึ่งวัน

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้เวลา 6 เดือน ประกอบด้วย กิจกรรมต่างๆ ดังนี้ 1) กิจกรรมสร้างเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ มีการสร้างความเข้าใจและข้อตกลงร่วมในการทำงานเป็นเครือข่าย 2) ขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมระบบสุขภาพอำเภอ โดยทีมสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ดำเนินการ ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและทรัพยากร พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เสริมสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนเป็นผู้ดำเนินการหลัก ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติการสำรวจลูกน้ำยุงลาย การพัฒนาทักษะการสื่อสาร และจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก จัดนิทรรศการ แจกทรายอะเบท รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ ให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการณ์ (Observation) ใช้วิธีการสังเกต ติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้แบบประเมินและการสำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย โดยประเมินกับกลุ่มตัวอย่างที่ 2 จำนวน 45 คน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) คืนข้อมูลสู่ชุมชน และถอดบทเรียนวิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired Samples T-test และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-34

ผลการศึกษา

1. กระบวนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี

ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามกรอบแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart[5] ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ขยายจาก 4 ขั้นตอนหลักเป็น 7 กิจกรรมการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ศึกษา สามารถสรุปขั้นตอนที่สำคัญได้ทั้งสิ้น 7 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียดการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และตัวแทน อสม. ด้วยวิธีการใช้เทคนิค TOP ในการสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้เวลา 2 วัน โดยการสำรวจพื้นที่ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง และจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ทำให้ได้ข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งทรัพยากรและโอกาสที่มีอยู่ในชุมชน พบปัญหาหลัก 5 ประการ คือ 1) ความรู้ของ อสม. ยังไม่เพียงพอ 2) ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน 3) ประชาชนขาดการมีส่วนร่วม 4) ทรัพยากรไม่เพียงพอ และ 5) ไม่มีระบบติดตามประเมินผลที่ชัดเจน

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่โดยการระดมสมองแบบกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยภาคีเครือข่ายทั้งหมด 15 คน ร่วมกับตัวแทนประชาชน ด้วยวิธีการจัดเวทีระดมความคิดเห็นโดยใช้เทคนิค TOP เป็นเวลา 1 วัน เพื่อวิเคราะห์ความต้องการและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ทำให้ได้ข้อมูลความต้องการที่แท้จริงของชุมชนและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นอันดับแรก และสร้างความเข้าใจร่วมกันในทิศทางการดำเนินงานที่ต้องการพัฒนา

กิจกรรมที่ 3 สร้างเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และตัวแทนองค์กรต่างๆ ด้วยวิธีการจัดประชุมเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมในการทำงานเป็นเครือข่าย กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กร ใช้เวลา 1 วัน ทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานที่ชัดเจน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และมีกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ โดยมี อบต. เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนงบประมาณ รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการให้ความรู้ และ อสม. เป็นหน่วยปฏิบัติการหลักในพื้นที่

กิจกรรมที่ 4 ขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยทีมสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. และ อบต. ด้วยวิธีการจัดประชุมประสานงาน กำหนดแผนการสนับสนุน ทั้งด้านวิชาการ งบประมาณ และบุคลากร ใช้เวลาตลอดโครงการ ทำให้เกิดการสนับสนุนจากระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามและให้คำแนะนำแก่ อสม. อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และสร้างความมั่นใจในการดำเนินงานของชุมชนผ่านการสนับสนุนจากระบบสุขภาพที่แข็งแกร่ง

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นวิทยากร อสม. เป็นผู้เข้ารับการพัฒนา ด้วยวิธีการดำเนินการในรูปแบบต่างๆ ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้และหลักระบาดวิทยาเรื่องโรคไข้เลือดออกสำหรับ อสม. อย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 3 วัน โดยแบ่งเป็น 3 ครั้ง ครั้งละ 8 ชั่วโมง การพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ใช้เวลา 1 วัน เพื่อสร้างความเข้าใจในสถานการณ์โรคและปัจจัยเสี่ยง การเพิ่มความเข้มข้นในการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยการฝึกปฏิบัติจริงในพื้นที่ ใช้เวลา 2 วัน การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง ใช้เวลา 1 วัน เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารกับประชาชน และการขับเคลื่อนและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน ใช้เวลาตลอดโครงการ ทำให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น มีทักษะในการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนได้มากขึ้น

กิจกรรมที่ 6 เสริมสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคนิค Technology of Participation : TOP โดย อสม. และประชาชนในชุมชน ด้วยวิธีการใช้เทคนิค TOP ในการจัดเวทีชุมชนเพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ใช้เวลา 2 วัน ตาม Concept หลักของเทคนิค TOP คือการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบมีโครงสร้าง (Structured Participatory Process) ที่ช่วยให้ทุกฝ่ายสามารถร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ และร่วมตัดสินใจได้อย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ โดยมีวิธีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นสำรวจและรวบรวมข้อมูล สร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ทุกฝ่ายแสดงความคิดเห็น ขั้นวิเคราะห์และจัดกลุ่ม

ประเด็น ใช้เทคนิคการระดมสมองและจัดลำดับความสำคัญ และขั้นสร้างแผนและข้อตกลงร่วม สร้างเครือข่ายการทำงานและกำหนดบทบาทที่ชัดเจน ทำให้ชุมชนมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน และเกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งการสร้างมาตรการทางสังคม เช่น ระบบธงเขียว-ธงแดง

กิจกรรมที่ 7 จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก โดย อสม. ประชาชน และภาคีเครือข่าย ด้วยวิธีการจัดกิจกรรมรณรงค์ในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดนิทรรศการ การแจกทรายอะเบท การรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ การให้ความรู้แก่ประชาชน ใช้เวลา 1 เดือน ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีขึ้น และเกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอย่างกว้างขวาง พร้อมทั้งสร้างความตระหนักรู้และความรับผิดชอบร่วมกันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างยั่งยืน

2. ผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 37.78 และเพศหญิง ร้อยละ 62.22 อายุเฉลี่ย 48 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 93.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 48.39 เมื่อจำแนกตามอาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม มากที่สุด ร้อยละ 62.22 และรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,450 บาท

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ก่อนการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 17.78 หลังการพัฒนาศักยภาพ อสม.มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ อสม. พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่าง อสม.มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 12.27 (S.D.= 2.54) หลังการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 14.78 (S.D.= 1.62) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก หลังการ พัฒนาศักยภาพฯ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=7.14, 95% CI=1.80-3.22, P-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ (n=45)

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	Mean	S.D.	t	95% CI	p-value
ก่อนการพัฒนาศักยภาพ	12.27	2.54	7.14	1.80-3.22	<.001
หลังการพัฒนาศักยภาพ	14.78	1.62			

2.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=2.42, S.D.=0.45) หลังการพัฒนาศักยภาพฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=2.92, S.D.=0.13) เมื่อทำการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=8.18, 95% CI=.38-.63, P-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ (n=45)

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	Mean	S.D.	t	95% CI	p-value
ก่อนการพัฒนาศักยภาพ	2.42	0.45	8.18	.38-.63	<.001
หลังการพัฒนาศักยภาพ	2.92	0.13			

2.4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เป็นการวัดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เข้ามาร่วมดำเนินงานกับ อสม. ในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาศักยภาพ ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การดำเนินงาน การติดตาม และการประเมินผล โดยการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นผลมาจากการใช้เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ทำให้ภาคีต่างๆ เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนการทำงานของ อสม. มากขึ้น พบว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไข้เลือดออกในชุมชนของภาคีเครือข่าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.84, S.D.=0.22) หลังการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไข้เลือดออกในชุมชน ของภาคีเครือข่าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.14, S.D.=0.23) เมื่อทำการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน หลังการพัฒนาศักยภาพฯ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=5.31, P-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ (n=45)

การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	Mean	S.D.	t	95% CI	p-value
ก่อนการพัฒนาศักยภาพ	3.84	0.22	5.31	.19-.43	<.001
หลังการพัฒนาศักยภาพ	4.14	0.23			

2.5 ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (House index/ Container index) พบว่า ผลการสำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายของที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 168 หลังคาเรือน พบลูกน้ำยุงลาย จำนวน 22 หลังคาเรือนคิดเป็นค่า House Index (HI) เท่ากับ 13.10 และจากผลการสำรวจภาชนะกักเก็บน้ำ ภายในสถานที่พักอาศัย จำนวน 312 ชิ้น พบว่า มีภาชนะกักเก็บน้ำจำนวน 13 ชิ้น ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย คิดเป็นค่า Container Index (CI) เท่ากับ 4.17 แม้ว่า

ค่าดังกล่าวจะยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ (HI < 10, CI =0) แต่แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงที่เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง

จากการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีข้อค้นพบและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

1) ข้อค้นพบที่เกิดขึ้น

จากการดำเนินงานตามกิจกรรมต่างๆ ในขั้นตอน ACT ทำให้เกิดข้อค้นพบที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ เกิดมาตรการทางสังคม “ธงเขียว-ธงแดง” โดยเจ้าหน้าที่ อสม. สุ่มสำรวจบ้านในชุมชน หากไม่พบลูกน้ำยุงลายจะปักธงเขียว หากพบลูกน้ำยุงลายจะปักธงแดงพร้อมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์และกลับมาตรวจซ้ำใน 1 สัปดาห์ มาตรการนี้เกิดจากข้อเสนอแนะของ อสม. และประชาชนในขั้นตอนการเสริมสร้างสมรรถนะชุมชนโดยใช้เทคนิค TOP และประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นในการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ การแจ้งข้อมูลเมื่อพบลูกน้ำยุงลาย และการร่วมกิจกรรมรณรงค์ ซึ่งต่างจากเดิมที่มีเพียง อสม. เป็นผู้ดำเนินการเพียงอย่างเดียว

2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลหนองบ่อ สรุปได้เป็น “NONGBO” ประกอบด้วย N (Network) เครือข่ายประกอบด้วย อบต. รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน ซึ่งแต่ละองค์กรมีบทบาทชัดเจนและสนับสนุนซึ่งกันและกัน O (Observe) มีการเฝ้าระวังและสำรวจลูกน้ำยุงลายอย่างสม่ำเสมอโดย อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทำการสำรวจสัปดาห์ละ 1 ครั้ง N (Need-based activities) กิจกรรมต่างๆ ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชนผ่านกระบวนการ TOP G (Guide) มีแนวปฏิบัติและคู่มือการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ B (Budget) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. จำนวน 150,000 บาท และจากหน่วยงานสาธารณสุขอีก 80,000 บาท และ O (Open participation) เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ไม่จำกัดเฉพาะ อสม. เพียงอย่างเดียว

วิจารณ์

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 7 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่โดยการระดมสมองแบบกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยผู้มีส่วนร่วม กิจกรรมที่ 3 สร้างเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน กิจกรรมที่ 4 ขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กิจกรรมที่ 5 พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมที่ 6 เสริมสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยใช้ Technology of Participation: TOP[12] และกิจกรรมที่ 7 จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก

การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้เวลารวม 8 เดือน และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยจุดเด่นของรูปแบบนี้คือ การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีที่ทำให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนการทำงานของ อสม. ทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน

การใช้เทคนิค TOP ช่วยให้การมีส่วนร่วมเป็นไปอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ และการจัดลำดับขั้นตอนให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

อธิบายได้ว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมวิเคราะห์บริบทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออก การวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และร่วมดำเนินการตามรูปแบบฯ ทั้ง 7 กิจกรรม คือ ทำให้หลังการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน กลุ่มบ้านทุ่งแสงจันทร์ เมืองห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐ ประชาธิปไตยประชาชนลาว[13] พบว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) ทบทวนวรรณกรรมและการให้ความรู้ 3) การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล 4) การจัดเวทีเสวนาเพื่อร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา 5) การปฏิบัติตามแผน 6) การติดตามประเมินผลการดำเนินงานสังเกตสัมภาษณ์ 7) จัดเวทีถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนความรู้คืนข้อมูล 8) สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา 9) การประเมิน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวได้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ด้านการปฏิบัติตัว ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และด้านความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตัวและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันโรคไข้เลือดออกมากขึ้น และมีความพึงพอใจที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p< 0.01$) แม้ว่าการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน กลุ่มบ้านทุ่งแสงจันทร์ เมืองห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จะมีจำนวนขั้นตอนมากกว่า (9 ขั้นตอน) แต่การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Kemmis และ McTaggart[5] ร่วมกับเทคนิค TOP[12] ทำให้สามารถบูรณาการขั้นตอนต่างๆ ให้กระชับและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยยังคงครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญทั้งหมด ความแตกต่างหลักคือการเน้นการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีตั้งแต่เริ่มต้นจนจบโครงการ ซึ่งทำให้เกิดความยั่งยืนมากกว่า

การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชน อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมเกิดขึ้นตั้งแต่ขั้นตอนการวางแแผน (ขั้นตอนที่ 1-2) การดำเนินงาน (ขั้นตอนที่ 3-7) การติดตาม (ตลอดโครงการ) และการประเมินผล (ขั้นตอนสุดท้าย) ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่าง อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(P-value<0.001) House Index (HI) เท่ากับ 13.10 และ Container Index (CI) เท่ากับ 4.17 สอดคล้องกับผลการศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร[14] ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างศักยภาพและบทบาท อสม.อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ด้านการป้องกันตนเองสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลหนองบ่อ คือ Nongbo ประกอบด้วย N: Network คือ เครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันโรคที่เข้มแข็ง O: Observe เฝ้าระวังสังเกตลูกน้ำยุงเป็นประจำ N: กิจกรรมสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน G: Guide มีแนวปฏิบัติ B: Budget งบประมาณ เพียงพอ O: Open เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในตำบลหนองบ่อ โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พบว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและส่งผลดีต่อทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชนโดยรวม เนื่องจาก พชอ. ทำหน้าที่เป็นกลไกกลางที่เชื่อมโยงภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน และผู้นำชุมชน ให้มีเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญอย่างไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. อย่างชัดเจน ทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรค การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และการนำข้อมูลค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมาใช้วิเคราะห์และวางแผนเชิงปฏิบัติได้จริง อสม. มีความมั่นใจและขวัญกำลังใจในการทำงานมากขึ้น และสามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพในครัวเรือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรมควบคุมโรค[15] ที่ชี้ว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนต้องอาศัยความเข้มแข็งของ อสม. และการมีส่วนร่วมของประชาชน จุดเด่นของงานวิจัยนี้คือการใช้ข้อมูลระบาดวิทยาย้อนหลัง 5 ปีในการพยากรณ์แนวโน้มโรคและเตรียมมาตรการเชิงรุก ทำให้สามารถจัดการกับความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยหลายชิ้นที่มักดำเนินการเพียงเชิงรับหรือเน้นเฉพาะกิจกรรมระดับหมู่บ้าน ขณะที่งานวิจัยนี้ยกระดับไปสู่การบูรณาการกับ พชอ. ซึ่งทำให้ปัญหาโรคไข้เลือดออกกลายเป็นวาระของอำเภอที่ทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน นอกจากนี้ยังทำให้การสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ และมาตรการควบคุมโรคมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของการดำเนินงานได้แก่ (1) การใช้ข้อมูลย้อนหลังประกอบกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (2) การเสริมศักยภาพ อสม. ให้ทำหน้าที่ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้เฝ้าระวัง และ (3) การมี พชอ. เป็นกลไกเชื่อมโยงและขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ผลลัพธ์ที่ได้คือการลดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ และเพิ่มความตระหนักรู้ของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การนำกลไก พชอ. มาใช้ร่วมกับการเสริมศักยภาพ อสม. จึงเป็นแนวทางที่แตกต่างและโดดเด่นกว่างานวิจัยทั่วไป และเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการวิจัย มาประกอบการพิจารณาปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงประชาชน ทุกกลุ่มมากขึ้น เช่น การจัดรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนโดยเน้นกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในส่วนที่ประชาชนยังขาดความรู้ และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง นำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนได้

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ควรนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ไปใช้การพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนที่มีบริบทคล้ายกัน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบเชิงทดลองโดยการใช้กระบวนการ F.S.C. (Future Search Conference) หรือการสร้างอนาคตร่วมกัน ซึ่งเป็นเทคนิคการทำความเข้าใจอดีต ปัจจุบันและเชื่อมโยงสู่อนาคต ร่วมกันสร้างวิสัยทัศน์ของอนาคต และจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. ธิดา อุบล. ตัวแบบทำนายอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2549; 9(2):174-84.
2. กรมควบคุมโรค. แนวทางดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง; 2558.
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2564-2567. อุบลราชธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10; 2568.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. การสำรวจความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2566.
5. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3rd edition. Victoria: Deakin University; 1991.
6. Stanfield RB. The Art of Focused Conversation: 100 Ways to Access Group Wisdom in the Workplace. Gabriola Island: New Society Publishers; 2000.
7. กรมควบคุมโรค. คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
8. Bloom BSJ. Taxonomy of Educational Objectives, Handbook 1: Cognitive Domain. New York: David McKay Company; 1971.
9. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. World Development 1980; 8(3):213-35.

10. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
11. Stanfield RB. The Technology of Participation (ToP): A Body of Learning about Practical Methods for Involving People in Focused Conversations, Productive Meetings, and Strategic Planning Sessions. Gabriola Island: New Society Publishers; 2002.
12. Krippendorff K. Technology of participation: An information-theoretic perspective. In: Geyer F, van der Zouwen J, editors. Sociocybernetics paradoxes: Observation, control and evolution of self-steering systems. London: Sage Publications; 1989. p.175-200.
13. คำคูณ แสงสว่าง. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน กลุ่มบ้านทุ่งแสงจันทร์ เมืองห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
14. รัฐพล อินทรวิชัย, บรรจบ แสนสุข, สวิณีย์ ทองแก้ว, ประเสริฐ ประสมรักษ์, กรกวรรษ ดารุนิกร. ผลการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2566; 21(1):23-36.
15. กรมควบคุมโรค. แนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2566.