

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
ในพื้นที่ ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน

Management of dengue control surveillance in
Northern provinces, Thailand.

คณะผู้วิจัย

นางสาวศรีสุชา	เชาว์พร้อม
นางสาวนันทวัน	สุวรรณโชติ
นายพิษณุวัฒน์	พานารถ
นางนภักสรณ์	จะปุน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2554

คำนำ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอและระดับตำบลในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ในการบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's ได้แก่ บุคคล (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) การบริหารจัดการข้อมูล (Management Information) และ การบริหารจัดการ (Management) รวมทั้งค้นหาปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พร้อมทั้งศึกษาบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอีกด้วย โดยข้อค้นพบในการศึกษานี้ หวังว่าจะมีประโยชน์ต่อการดำเนินงานโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน โดยเฉพาะการปรับปรุงแผนงานกิจกรรมหน่วยงานในสังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ให้สอดคล้องกับบริบทของปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ และเป็นข้อมูลสนับสนุนการนิเทศตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตแก้ไขปัญหามหาพื้นที่ได้มากยิ่งขึ้น การศึกษาวิจัยนี้เป็น R2R (Routine to Research) ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากงบดำเนินงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่

ศรีสุชา เชาวน์พร้อม

กันยายน 2554

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน” ครั้งนี้ คณะวิจัยได้รับการอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากนายแพทย์ทรงวุฒิ หุตามัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ และ ดร.วรรณภา สุวรรณเกิด หัวหน้ากลุ่มโรคติดต่อมาโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ในการอำนวยความสะดวก ให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์และให้โอกาสได้ดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดีต่อคณะผู้วิจัย ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดีบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2554

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง(cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกหน่วยงานละ 1 คน จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 16 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 25 แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 25 แห่ง รวม 66 คนเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัดส่วน

ผลการศึกษาพบว่าการบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's เพื่องานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอและตำบลมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) บุคลากร (Man) หน่วยงาน อปท.ร้อยละ 76 ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงต้องการความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มาตรการและมาตรฐานงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) การบริหารจัดการข้อมูล (Management Information) ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ทั้งข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลความชุกกลุณน้ำยุงลาย 3) งบประมาณ (Money) มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานแต่ขาดประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ 4) วัสดุอุปกรณ์ (Material) หน่วยงานอปท.สนับสนุนจัดหาเครื่องพ่นสารเคมีและสารเคมีกำจัดยุงลาย แต่บุคลากรอปท.ขาดความรู้เรื่องเครื่องพ่นสารเคมีและสารเคมีกำจัดยุงลายที่ได้มาตรฐาน 5) การบริหารจัดการ (Management) ไม่พบกิจกรรมแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมประจำเหมือนกันทุกพื้นที่ และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกสำคัญมากที่สุด ได้แก่ “การมีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน” ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา หน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้องต้องสนับสนุนความรู้และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานให้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และภารกิจของหน่วยงาน และส่งเสริมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้ข้อมูลวางแผนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชนในพื้นที่ ในการวิจัยต่อไปควรศึกษากระบวนการ ขั้นตอน และเงื่อนไขการเข้าร่วมดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบยั่งยืนของหน่วยงาน เครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

คำสำคัญ : โรคไข้เลือดออก การบริหารจัดการ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

This is a cross-sectional descriptive study aiming to investigate the 5 M's of management and to define key constraints and key successful factors of Dengue surveillance and Control in selected districts and sub-districts in 8 Northern provinces of Thailand. A total of 66 dengue control staffs in district health offices, sub-district health promoting hospitals and local administrative offices were purposively selected as a sample. Structured questionnaires were used as a tool for data collection. The data was analyzed by descriptive statistics (percentage, mean $\pm$ SD and proportion).

The Results of key constraints of the 5 M's on dengue surveillance system in all level of Districts and sub-districts were presented in each 5 M's elements as follows: 1) Man: the officers who responsible for dengue control in 76% of the sample local administrations were not a public health officers. Therefore, they were needed to gain knowledge about the disease, standard measures of dengue control. 2) Management Information: there was neither patient data nor prevalence data for mosquito larvae. 3) Material: there were budget resources for dengue control but they were not effectively spent. 4) Material: local administration supports sprayer machine and pesticides but the operation staffs were lack knowledge and skills to perform. 5) Management: there was no area-specific troubleshooting activity while most of them were routine activities. Cooperation among networks was a key success factor for dengue control management. This study suggests that the officers who responsible for dengue control must be supported with knowledge and skill development for effective work according to their roles and duties. Capacity building of data analysis and using information for network's planning processes were required among the officers. The further study is needed to explore conditions, process, procedures and factors for stakeholder's participation in Dengue sustainable Control.

Keywords: Dengue, Management, Dengue control surveillance

สารบัญ

หน้า

คำนำ.....	ก
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	
1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่	7
1.4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา	8
1.4.3 ขอบเขตของระยะเวลา	8
1.4.4 ขอบเขตของประชากร	8
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
1.6 คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ	10
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินการ (Implementation Evaluation)	13
2.3 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	18
2.4 มาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	27
2.5 แนวคิดการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก	30
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 3	ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1	พื้นที่ทำการศึกษา	37
3.2	ประชากรในการวิจัย	38
3.3	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	38
3.4	ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา	40
3.5	การเก็บรวบรวมข้อมูล	40
3.6	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	41
บทที่ 4	ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไป	43
ส่วนที่ 2	การบริหารจัดการทรัพยากรการดำเนินงาน 5 M's ในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	45
2.1	การใช้ข้อมูลในการเฝ้าระวังโรคและเฝ้าระวังพาหะโรคไข้เลือดออก	45
2.2	กิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอ และตำบล	48
2.3	เครือข่ายในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอและตำบล	49
2.4	ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	53
2.5	ความเชื่อมโยงการบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's ในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	55
ส่วนที่ 3	ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	59
บทที่ 5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1	สรุปผลการวิจัย	60
5.2	อภิปรายผล	65
5.3	ข้อเสนอแนะ	69
5.4	ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป	70
บรรณานุกรม		71
ภาคผนวก(แบบสัมภาษณ์)		73

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศและพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนปี พ.ศ. 2549-2554	2
ตารางที่ 1.2 พื้นที่ทำการศึกษาวิจัย	7
ตารางที่ 3.1 พื้นที่ทำการศึกษาวิจัยระดับตำบล	37
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	44
ตารางที่ 4.2 ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	46
ตารางที่ 4.3 กิจกรรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอและตำบล และแหล่งงบประมาณดำเนินงาน	49
ตารางที่ 4.4 บทบาทเครือข่ายในงานเฝ้าระวังโรคป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอและตำบล	50
ตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระดับอำเภอและตำบล ก่อนเกิดโรคและขณะเกิดโรค	52
ตารางที่ 4.6 ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในหน่วยงานสสอ. รพ.สต. และอปท.	54
ตารางที่ 4.7 ความต้องการสนับสนุนเพื่อการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ในระดับอำเภอและระดับตำบล	54
ตารางที่ 4.8 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระดับอำเภอและตำบล	59

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 1.2 พื้นที่ศึกษาวิจัย 16 อำเภอ ใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน	8
ภาพที่ 2.1 ประเทศพื้นที่เสี่ยงที่มีรายงานโรคติดเชื้อเด็งกี่และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเด็งกี่	19
ภาพที่ 2.2 วงจรการติดต่อโรคไข้เลือดออก	29
ภาพที่ 4.1 แผนผังความคิดการบริหารจัดการ 5 M's งานเฝ้าระวังป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ/ตำบล ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน	58

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก ตั้งแต่มีรายงานการระบาดของโรคไข้เดงกี (DF) ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2322-2323 ในทวีปเอเชีย แอฟริกา และอเมริกาเหนือ ต่อมาการระบาดของโรคไข้เลือดออก (DHF) ได้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยเริ่มมีรายงานการเกิดโรคจากภูมิภาคแปซิฟิก อเมริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การระบาดใหญ่เกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2497 ปัจจุบันพบไข้เลือดออกทั้งในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น (subtropical) ในทวีปแอฟริกา ทวีปอเมริกา ประเทศในแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิก รวมประเทศที่พบการระบาดมากกว่า 100 ประเทศ โรคนี้ยังคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น สำหรับประเทศไทยเริ่มพบโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2492 มีรายงานพบผู้ป่วยประปราย และมีการระบาดใหญ่ในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพ-ธนบุรี สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501-2545 มีแนวโน้มที่สูงขึ้น และมีการระบาดหลายลักษณะ เช่น ระบาดปีเว้นปี ปีเว้น 2 ปี หรือระบาดติดต่อกัน 2 ปี แล้วเว้น 1 ปี แต่ในระยะ 15 ปีย้อนหลัง ลักษณะการระบาดมีแนวโน้มระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มอายุ 0-14 ปี อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 5-9 ปี อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายใกล้เคียงกัน พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่จะพบมากในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม

ปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DF, DHF, DSS) ทั้งประเทศจำนวน 115,845 ราย เสียชีวิต 141 ราย อัตราป่วย 182.36 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.12 เป็นผู้ป่วยไข้เดงกี(DF)ร้อยละ 45.45 เป็นไข้เลือดออก(DHF) ร้อยละ 51.96 และเป็นไข้เลือดออกช็อก(DSS) ร้อยละ 2.59 ในปี พ.ศ. 2554 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกลดลงมีรายงานพบผู้ป่วย(DF, DHF, DSS) จำนวน 69,800 ราย เสียชีวิต 63 ราย อัตราป่วย 109.1 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย 0.09

ตารางที่ 1.1 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศและพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนปี พ.ศ. 2549-2554

		2549	2550	2551	2552	2553	2554
ประเทศไทย	จำนวนป่วย(ราย)	46,829	65,581	89,626	56,651	115,845	65,971
	จำนวนตาย(ราย)	59	95	102	50	141	59
	อัตราป่วยต่อแสนประชากร	74.78	104.21	144.78	89.27	182.36	103.28
	อัตราป่วยตาย(%)	0.13	0.14	0.11	0.09	0.12	0.09
8 จังหวัด ภาคเหนือ ตอนบน	จำนวนป่วย(ราย)	9,442	2766	8318	5,594	13,571	1,867
	จำนวนตาย(ราย)	1	3	9	4	6	3
	อัตราป่วยต่อแสนประชากร	165.18	48.1	144.66	97.29	239.46	32.92
	อัตราป่วยตาย(%)	0.01	0.11	0.048	0.07	0.04	0.16

ที่มาของข้อมูล: รายงาน 506 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน เชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน ปี พ.ศ. 2553 มีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก(DF, DHF, DSS) จำนวน 13,571 ราย อัตราป่วย 239.46 ต่อประชากรแสนคนซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ เสียชีวิต 6 ราย อัตราป่วยตายน้อยละ 0.04 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ เชียงใหม่ 391.90 รองลงมาได้แก่ พะเยา 280.07 แม่ฮ่องสอน 246.55 ลำปาง 199.06 เชียงราย 193.64 ลำพูน 131.07 แพร่ 70.34 น่าน 51.26 ในปีพ.ศ. 2554 มีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก(DF, DHF, DSS) จำนวน 1,867 ราย อัตราป่วย 32.92 ต่อประชากรแสนคนลดลงจากปีที่ผ่านมา เสียชีวิต 3 ราย อัตราป่วยตายน้อยละ 0.16 รายละเอียดดังตารางที่ 1.1

แม้ว่าในปัจจุบันกำลังมีการพัฒนาวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเดงกี แต่ก็ยังไม่มีวัคซีนหรือยาที่สามารถป้องกันหรือฆ่าเชื้อไวรัสเดงกีได้ ดังนั้นคำตอบที่ดีที่สุดของโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันนี้ คือ การป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคโดยการควบคุมความชุกชุมของยุงลายให้มีจำนวนน้อยที่สุด ด้วยการกำจัดและควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย และควบคุมยุงตัวเต็มวัยเมื่อพบการระบาดของโรคไข้เลือดออก ปัจจัยการแพร่และระบาดของโรคไข้เลือดออก มีหลายปัจจัย เช่น ปริมาณน้ำฝน ความหนาแน่นของประชากร การเคลื่อนย้ายของประชาชน ภูมิคุ้มกันของประชาชน เป็นต้น ปัจจัยข้างต้นเป็นปัจจัยที่ยากต่อการควบคุม แต่ยังมีปัจจัยที่สำคัญอื่นๆอีกที่ส่งผลให้เกิดการระบาดในวงกว้าง ได้แก่ ความตระหนักต่อปัญหาโรคไข้เลือดออก การมีพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน และประสิทธิภาพการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

เกิดโรค ซึ่งปัญหาดังกล่าวต้องการข้อมูลมาช่วยสนับสนุนหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ในปีงบประมาณ 2554 กรมควบคุมโรค ได้ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์ นโยบายที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่การสร้างอำเภอเข้มแข็งและยั่งยืนในการป้องกันควบคุมโรค การพยากรณ์โรค การพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) ให้ได้มาตรฐาน และการพัฒนาบุคลากรของกรมควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ โดยมีวิสัยทัศน์ดังนี้ “เป็นองค์กรชั้นนำระดับนานาชาติ ที่สังคมเชื่อถือและไว้วางใจ เพื่อปกป้องประชาชนจากโรคและภัยสุขภาพด้วยความเป็นเลิศทางวิชาการ ภายใน ปี 2563”

พันธกิจ กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรแห่งชาติทำหน้าที่เป็นผู้นำและรับผิดชอบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ปฏิบัติภารกิจตามที่กำหนดในกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ พ.ศ.2552 ด้วยวิธีการดังนี้

1. ส่งเสริมกระบวนการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภายในและระหว่างประเทศในการผลิตและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ กฎหมายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการบริการเฉพาะที่ได้มาตรฐานสากล
2. ส่งเสริม สนับสนุน ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ ให้เครือข่ายและประชาชน
3. ผลักดัน และติดตามการบังคับใช้กฎหมายที่จำเป็นต่อการปกป้องประชาชนจากโรคและภัยสุขภาพ
4. เตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพใหม่ ๆ ได้ทันการณ์
5. พัฒนาและประเมินศักยภาพระบบ กลไกของเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เป็นหน่วยงานของกรมควบคุมโรคที่ตั้งอยู่ในระดับภูมิภาคมีภารกิจตามกฎหมายดังนี้

1. สนับสนุนด้านวิชาการรวมถึงถ่ายทอดนโยบาย องค์ความรู้และเทคโนโลยีระดับสากลและระดับชาติโดยเฉพาะที่ได้จากสำนักวิชาการ ให้จังหวัดและอำเภอ ตลอดจนปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่
2. เป็นศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีตลอดจนการพยากรณ์โรคสำหรับพื้นที่
3. ติดตาม ประเมินผลและตรวจสอบคุณภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของจังหวัดและอำเภอ
4. ดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค และบริหารจัดการระบบสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ ในกรณีเกิดโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำในพื้นที่หรือเกิดโรคระบาดมากกว่า 1 จังหวัด

5. สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาบริการที่ต้องการพัฒนาเป็นพิเศษเพื่อให้เป็นต้นแบบในพื้นที่ รวมถึงการพัฒนากระบวนการคลินิกพิเศษสำหรับโรคหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งในพื้นที่เพื่อขยายบริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น (coverage) หรือให้บริการมีความต่อเนื่องและยั่งยืน (sustainability) หรือให้บริการได้ผลมากขึ้นในเชิงการป้องกันควบคุมโรค (effectiveness)
6. พัฒนาและสนับสนุนเครือข่ายเป้าหมายในพื้นที่ ให้มีศักยภาพและความเข้มแข็งในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
7. สำหรับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่อยู่ชายแดน ประสานและสนับสนุนจังหวัดชายแดนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ

โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญ 6 ยุทธศาสตร์คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนา และร่วมมือกับเครือข่ายภาคีภายในประเทศและนานาชาติ รวมทั้งสนับสนุนพื้นที่ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาเป็นศูนย์กลางนโยบาย มาตรการ นวัตกรรม ข้อมูลอ้างอิง และมาตรฐานวิชาการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของชาติ ที่ได้มาตรฐานสากล และเป็นที่ยอมรับ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสื่อสารสาธารณะและประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงและได้ผล เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเตรียมความพร้อม และดำเนินการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในสถานการณ์ฉุกเฉิน และภัยพิบัติ อย่างรวดเร็ว ตามความต้องการของพื้นที่ และได้มาตรฐานสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การติดตามและประเมินผลภาพรวมของการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศตามมาตรฐานสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการองค์กรและบุคลากรให้มีขีดสมรรถนะสูงได้มาตรฐานสากล

นโยบายและยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรคประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 กำหนดให้มีระบบการติดตามและประเมินผลที่เป็นรูปธรรม และจัดเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของกรม จึงกำหนดให้มีระบบการติดตามและประเมินผลโดยเฉพาะโครงการที่สำคัญ เพื่อทบทวนค้นหาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการที่ต้องแก้ไขและปรับปรุง และเพื่อติดตามความก้าวหน้าหรือความสัมฤทธิ์ผลของ โครงการ ตลอดจนผลกระทบที่สืบเนื่องมาจากการปฏิบัติโครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่พบบ่อยขึ้นจากการปฏิบัติโครงการ และ

ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารของผู้บังคับบัญชา ในการตัดสินใจที่จะดำเนินโครงการใน ระยะต่อไป หรือเปิดโครงการใหม่ที่มีผลเกี่ยวเนื่องกับโครงการที่ปฏิบัติในปัจจุบัน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ได้ให้ความสำคัญในการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติ ตลอดจนสะท้อนให้เห็นถึงปัญหา อุปสรรคที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานหรือการทบทวนประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและ เป้าหมาย กลยุทธ์หลัก รวมถึงการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้มีความเหมาะสม และ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ กล่าวคือ ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี อัตราการตาย การการเจ็บป่วย ลดลง และคนทำงานมีสุขภาวะที่ดี

ดังเช่นในปี 2553 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ดำเนินการสุ่มประเมินมาตรฐานงาน ป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกกระดับอำเภอในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคเหนือตอนบน พบประเด็นปัญหา ดังนี้

1. ทีม SRRT ระดับตำบลส่วนใหญ่มอบภารกิจการควบคุมยุงพาหะตัวเต็มวัยให้กับ อปท. ดำเนินการโดยลำพัง โดยขาดการมีส่วนร่วมของทีม SRRT จึงทำให้ประสิทธิภาพการควบคุมโรคยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง

2. อปท. หรือ อสม. หรือประชาชน ที่ทำหน้าที่พ่นสารเคมีขาดความรู้/ทักษะในการพ่นสารเคมี ควบคุมโรคใช้เลือดออก ได้แก่ การผสมสารเคมี วิธีการพ่นสารเคมี และการซ่อมบำรุงเครื่องพ่นเบื้องต้น

3. ความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในพื้นที่ในการทำงานโรคใช้เลือดออก ทำให้เกิด ปัญหาในการดำเนินงานควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยเฉพาะระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและ อปท.

4. ข้อมูลผู้ป่วยในระบบรายงาน 506 และผู้ป่วยในรายงานของทีมควบคุมโรคของพื้นที่มีความ คลาดเคลื่อนอยู่ 2 กรณี คือผู้ป่วยปรากฏในรง. 506 แต่ไม่มีปรากฏในรายงานควบคุมโรคของพื้นที่ทำให้ ไม่ได้ดำเนินการควบคุมโรค และกรณีมีปรากฏผู้ป่วยในรายงานควบคุมโรคแต่ไม่มีในรง. 506 เป็นสาเหตุ หนึ่งของการไม่ได้ทำการควบคุมโรคของพื้นที่

5. แพทย์วินิจฉัยโรคล่าช้า เนื่องจากรอผลLab.เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ทำให้การควบคุมโรค ล่าช้าไปด้วย

6. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลไม่แจ้ง สสจ.หรือ สอ. ที่รับผิดชอบ ภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้การควบคุมโรคล่าช้า

การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพต่างๆ มีการวางนโยบาย แนวทาง มาตรฐานการดำเนินงาน ตัวชี้วัด โดยมีความคาดหวังให้เกิดระบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ แต่มีใช้หลักประกันความสำเร็จของนโยบาย เพราะความสำเร็จ หรือ ความล้มเหลวของ นโยบาย/แผนงาน จะต้องผ่านกระบวนการต่าง ๆ อีกมาก โดยเฉพาะกระบวนการบริหารจัดการ และการ ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ ดังนั้นการประเมินติดตามกระบวนการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

ไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน จะทำให้ทราบปัญหาและขนาดปัญหาที่แท้จริงในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะสามารถนำไปสู่การหาแนวทางส่งเสริมและแก้ไข ปัญหาของพื้นที่โดยกระบวนการที่มีประสิทธิภาพได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาระบบการบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในการบริหารทรัพยากร 5 M's เชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายระดับอำเภอ ระดับตำบลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคในระดับอำเภอและระดับตำบล ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน พื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่

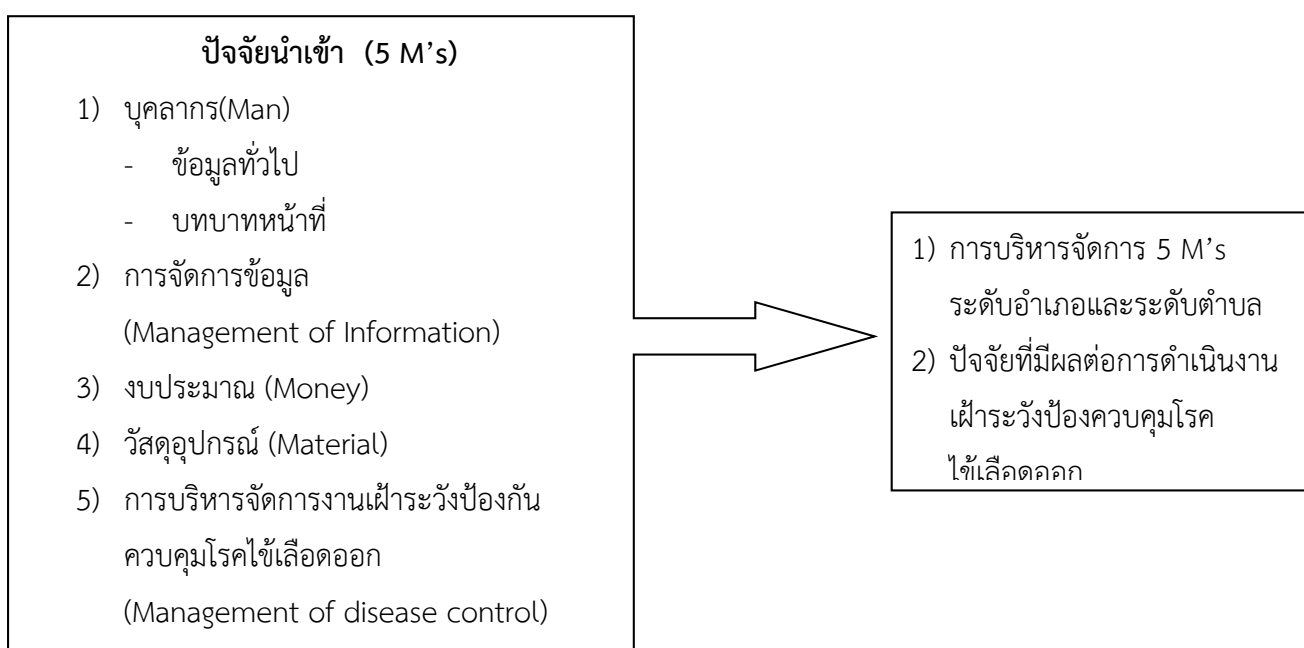
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาการบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's ในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย



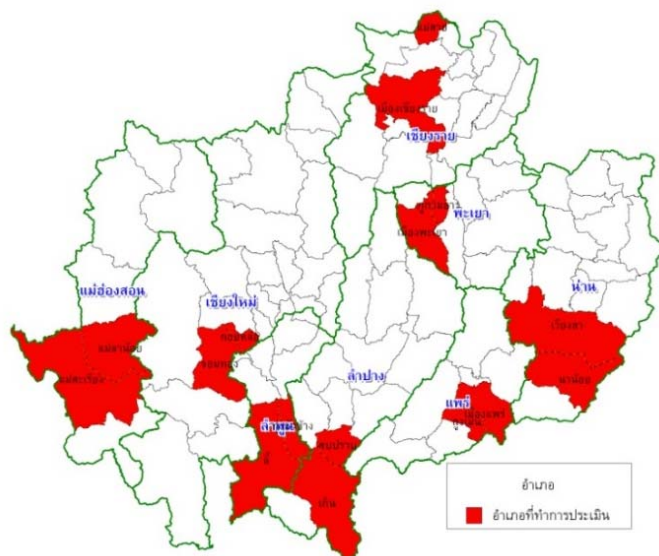
1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

ทำการศึกษาในหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนในเขตพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ จังหวัดละ 2 อำเภอ รวม 16 อำเภอ 25 ตำบล

ตารางที่ 1.2 พื้นที่ทำการศึกษาวิจัย

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
ลำพูน	ลี้	นาทราย
	ทุ่งหัวช้าง	ตะเคียนปม, บ้านปวง
เชียงใหม่	ดอยหล่อ	ยางคราม, สันติสุข
	จอมทอง	แม่สอย
แม่ฮ่องสอน	แม่สะเรียง	แม่ยวม
	แม่ลาน้อย	แม่ลาหลวง
เชียงราย	เมือง	ริมกก, สถานี
	แม่สาย	แม่สาย
น่าน	เวียงสา	ตาลชุม
	น่าน้อย	ศรีสะเกษ
พะเยา	เมือง	สันปาม่วง, แม่ปืม
	ภูกามยาว	แม่อิง, ดงเจน
ลำปาง	สบปราบ	สมัย, น่ายาง
	เถิน	เวียงมอก, แม่ถอด
แพร่	เมือง	ป่าแดด, นาจักร
	สูงเม่น	น้ำคำ, หัวฝาย

ภาพที่ 1.2 พื้นที่ศึกษาวิจัย 16 อำเภอ ใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน



1.4.2 ขอบเขตเนื้อหา

ศึกษาปัจจัยนำเข้า (Input) แผนงานโครงการโรคไข้เลือดออก (Process) ของหน่วยงานในแต่ละระดับ ความร่วมมือของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (Product) การสนับสนุนงบประมาณ การปฏิบัติการควบคุมโรค รวมทั้งประเมินปัญหาอุปสรรคและแนวทางสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่

1.4.3 ขอบเขตของระยะเวลา

ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2554

1.4.4 ขอบเขตประชากร

ประชากรในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ คือ ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกตัวแทนหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานละ 1 คน รวม 66 คน มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 16 แห่งๆ ละ 1 คน รวม 16 คน
- 2) ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 25 แห่งๆ ละ 1 คน รวม 25 คน
- 3) ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 25 แห่งๆ ละ 1 คน รวม 25 คน

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) จะได้แนวทางการพัฒนาแก้ไขปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's เพื่องานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอและระดับตำบล
- 2) สามารถนำข้อมูลปัจจัยที่มีผลการต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ มาเป็นแนวทางในการวางแผนงานพัฒนาส่งเสริมและผลักดันงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6 คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ

1) การบริหารจัดการ หมายถึงการดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรหรือปัจจัย คน (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) การจัดการข้อมูล (Management of Information) และการบริหารจัดการ (Management)

2) มาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรค หมายถึง แนวทางการดำเนินงาน ซึ่ง กรมควบคุมโรคโดยสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ จัดทำขึ้น โดยกำหนดเกณฑ์วัดผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหน่วยงาน ในเครือข่ายทั่วประเทศ ซึ่งเครือข่ายในที่นี้จะหมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เนื่องจากการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้บูรณาการเข้ากับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเรียบร้อยแล้ว เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและมาตรฐานการปฏิบัติงาน โดยมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

3) อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน หมายถึง อำเภอ ที่มีระบบและกลไกการบริหารจัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพของพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทันสถานการณ์

4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ อบท. หมายถึงหน่วยงานหรือองค์กรทางการบริหารของรัฐ ตามกฎหมาย จัดทำภารกิจให้บริการสาธารณะเฉพาะภายในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของตน อบท.ที่ ทำการศึกษามีทั้ง องค์การบริหารส่วนตำบล และ เทศบาลตำบล

บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีแนวคิดและทฤษฎี ตลอดจนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินการ(Implementation Evaluation)
- 2.3 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก
- 2.4 มาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 2.5 แนวคิดการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ

การบริหาร (administration) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “administrare” หมายถึง ช่วยเหลือ (assist) หรืออำนวยความสะดวก (direct) การบริหาร (Administration) นิยมใช้กับการบริหารราชการหรือการจัดการเกี่ยวกับนโยบาย การจัดการ (Management) นิยมใช้กับการบริหารธุรกิจเอกชนหรือการดำเนินการตามนโยบายที่กำหนดไว้ ทั้งคำว่าบริหารและจัดการใช้แทนกันได้ มีความหมายเหมือนกัน สมคิด บางโม (2546) การบริหารจัดการต้องใช้ความรู้ทั้งที่เป็นศาสตร์และศิลป์เพื่อเอาคนทรัพยากรมารวมกันแล้วอำนวยความสะดวกให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ ปัจจัยในการบริหารมีองค์ประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้

1) คนหรือบุคคล (Man) เป็นปัจจัยสำคัญของการบริหารงาน หน่วยงานหรือองค์การต่าง ๆ จำเป็นต้องมีคนที่ปฏิบัติงาน ผลงานที่ดีจะออกมาได้ต้องประกอบด้วยบุคคลที่มีคุณภาพ มีปริมาณเพียงพอ และมีความรับผิดชอบต่อองค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ

2) เงิน (Money) หน่วยงานจำเป็นที่จะต้องมีงบประมาณเพื่อการบริหารงานหากขาด งบประมาณการบริหารงานของหน่วยงานก็ยากที่จะบรรลุเป้าหมาย

3) ทรัพยากรหรือวัสดุ (Material) การบริหารจำเป็นต้องมีวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรในการบริหาร หากหน่วยงานขาดวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรในการบริหารแล้วก็จะย่อมจะเป็นอุปสรรค หรือก่อให้เกิดปัญหาในการบริหารงาน

4) การบริหารจัดการ (Management) เป็นภารกิจของผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชาโดยตรง คือเป็นกลไกและตัวประสานที่สำคัญที่สุดในการประมวล ผลักดันและกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้ง 3 ประการให้สามารถดำเนินไปได้โดยมีประสิทธิภาพจนบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานตามที่ต้องการ

นักบริหารและนักวิชาการให้คำจำกัดความของคำว่า การบริหารหรือการจัดการไว้ต่าง ๆ กันตามทัศนะของแต่ละบุคคลที่สำคัญไว้ดังนี้

เกษม จันทรแก้ว (2540) ได้ให้ความหมายว่า การบริหาร หมายถึง ศิลปะ การดำเนินการนำวัตถุดิบสู่ระบบด้วยระบบกระบวนการผลิตจนได้ผลผลิตตามที่กำหนดไว้ การบริหารจึงเป็นการดำเนินการให้ทุกโครงการทำหน้าที่สัมพันธ์กัน เป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิด การผสมผสานกันถ้าไม่วางแผนการดำเนินการที่ดี ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้บริหารที่วางแผนบริหารอย่างไร อย่างไรก็ดี ผู้บริหารมีหน้าที่อำนวยการ (Directing) ตามอำนาจหน้าที่จากหน่วยงาน (Organizing) ที่เป็นผู้รับผิดชอบควบคุม (Controlling) ในการนำแผนงาน (Planning) ที่ได้กำหนดไว้แล้วไปดำเนินการร่วมกันทรัพยากร (Assembling Resource) ทำให้การผลิตหรือการใช้ปัจจัยการบริหาร (ได้แก่ คน งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ สวัสดิการ ฯลฯ) ก่อให้เกิดผลผลิตขั้นสุดท้าย

ดิน ปรัชญพุทธิ (2535) มองการบริหารในลักษณะที่เป็นกระบวนการโดย หมายถึง กระบวนการนำเอาการตัดสินใจและนโยบายไปปฏิบัติ ส่วนการบริหารรัฐกิจ หมายถึง เกี่ยวข้องกับการนำเอานโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

บุญทัน ดอกไธสง (2537) ให้ความหมายว่า การบริหาร คือ การจัดการทรัพยากร ที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล องค์กรหรือประเทศหรือ การจัดการเพื่อผลกำไรของทุกคนในองค์การ

ฟรีแมน (Freeman, 1992) กล่าวว่า การบริหาร หมายถึง กระบวนการวางแผน การจัดองค์การ ภาวะผู้นำและการควบคุมการทำงานของสมาชิกขององค์กรและการใช้ประโยชน์ จากทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ

สุรศักดิ์ ปริญารัตนชัย (2544) กล่าวว่าถึงปัจจุบันเมื่อกล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานอันเป็น ทรัพยากรในการบริหาร องค์ประกอบที่สำคัญในการบริหารงานประกอบด้วย 4 ปัจจัยหรือที่เรียกว่า ทฤษฎี 4 M's ได้แก่ คน(Man) เงิน(Money) วัสดุสิ่งของ(Material) และวิธีจัดการ(Management)

ศิริวรรณ เสรีรัตน์; และคณะ. (2545) การบริหารจัดการทุกประเภทจำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรการบริหารที่สำคัญ ได้แก่ คน(Man) เงิน(Money) วัสดุสิ่งของ(Material) และการจัดการ(Management) หรือที่เรียกย่อๆ ว่า 4 M's อย่างไรก็ดีได้มีนักวิชาการบางท่าน อาทิเช่น ศาสตราจารย์ วิลเลียม ที กรีนวูด(William T. Greenwood, 1965 : 74-75) ให้ความเห็นว่า ทรัพยากรการบริหารควรมีปัจจัยในการบริหารอย่างน้อย 7 ประการ ได้แก่ คน(Man) เงิน(Money) วัสดุสิ่งของ(Material) อำนาจ(Authority) เวลา(Time) กำลังใจใน

การทำงาน(Will) และความสะดวกต่างๆ(Facility) หรือในทางบริหารธุรกิจเอกชน การจัดการเชิงธุรกิจ กล่าวถึง ปัจจัยการบริหารว่า ควรเป็น 6 M's ซึ่งประกอบไปด้วย คน(Man) เงิน(Money) วัสดุสิ่งของ (Material) วิธีการ(Method) ตลาด(Market) และเครื่องจักร(Machine) เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้สูงสูดนั่นเอง

วินัย สมมิตร(2527) 4 M's ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการบริหาร เพราะการบริหารจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ต้องอาศัยบุคลากรที่มีคุณภาพมีปริมาณเพียงพอ ต้องได้รับงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินการเพียงพอ ต้องมีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความต้องการของแผนงานและโครงการ และต้องมีระบบการจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ทรัพยากรในกระบวนการบริหารจัดการ ทองหล่อ เดชไทย (2540) การบริหารงานมีส่วนประกอบ โครงสร้างที่สำคัญ 2 ส่วน คือ

- 1) ปัจจัยนำเข้า เป็นส่วนที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการดำเนินการซึ่งประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ คน ทุน วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการบริหาร
- 2) กระบวนการบริหาร เป็นขั้นตอนการจัดการที่ช่วยให้งานดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติงานตามแผน การควบคุม และการติดตาม

สรุป การบริหารจัดการ หมายถึง การบริหารงานจัดการให้ได้ใช้ทรัพยากรอย่างน้อยได้แก่ คน (Man) เงิน(Money) วัสดุสิ่งของ(Material) และการจัดการ(Management) หรือที่เรียกย่อๆ ว่า 4 M's เพื่อการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วางไว้ หรือเป็นศิลปะและกระบวนการ การกระทำกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วางไว้โดยใช้คน เงิน วัสดุ สิ่งของ และการจัดการ การกระทำนั้น ๆ เป็นไปในทางสร้างสรรค์ มีการวางแผน การจัดองค์การ การจูงใจ การควบคุมและการกระทำที่ก่อให้เกิดการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอย่างมีระบบแบบแผน

สำหรับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคก็ต้องใช้ทรัพยากรการบริหาร 4 M's เช่นเดียวกับงานหรือธุรกิจด้านอื่นๆ แต่มีอีก 1 M ที่ผู้ศึกษาวิจัยให้ความสำคัญเพิ่มเติมขึ้นมาได้แก่ การจัดการข้อมูล (Management of Information) เนื่องจากการมีและการใช้ข้อมูลในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคหรือภัยสุขภาพ เพื่อการเฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์ความเสี่ยง และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ต่อความสำเร็จในการควบคุมโรค

2.2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินการ(Implementation Evaluation)

ประเมินผลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ทราบว่า โครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ต้องการมากน้อยเพียงใด มีประสิทธิภาพหรือไม่ ผลจากการติดตามและประเมินผลจะให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จ จุดแข็ง จุดอ่อน และแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน ช่วยให้การบริหารแผนงานและโครงการมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ซึ่งการบริหารแผนงานและโครงการที่ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Implementation) การควบคุม (Control) และการประเมินผล (Evaluation) มีความสำคัญเท่ากันทุกส่วน ถ้าขาดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือส่วนหนึ่งส่วนใดขาดประสิทธิภาพก็จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการบริหารแผนงานและโครงการทั้งหมด

การประเมินผล เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และนำผลมาใช้ในการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการ การประเมินผลจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของโครงการนับตั้งแต่ก่อนตัดสินใจจัดทำโครงการ ในขณะดำเนินงานในช่วงระยะต่างๆ และเมื่อโครงการดำเนินงานเสร็จแล้ว หรือประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ หรือนำมาใช้ในการประเมินความสำเร็จของโครงการในแง่มุม การบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการที่ตั้งไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง

การประเมินผล (Evaluation) มีขอบข่ายกว้างขวาง ขึ้นอยู่ว่าจะประเมินในขั้นตอนใดของโครงการ เช่น ก่อนเริ่มโครงการ ขณะดำเนินโครงการซึ่งอาจดำเนินการเป็นช่วง เป็นระยะต่างๆ

การประเมินผลเชิงประสิทธิภาพ (Efficiency Evaluation) เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์ (Outputs) ที่เกิดขึ้นกับปัจจัยที่ใช้ไป (Inputs) โดยมุ่งที่ผลลัพธ์สูงสุดต่อหน่วยลงทุนหรือการลงทุนต่ำสุดต่อหน่วยผลลัพธ์ที่คงเดิม กล่าวได้ว่า ประสิทธิภาพเกี่ยวข้องกับการหาแนวทางที่ดีกว่าเพื่อดำเนินโครงการให้ได้ผลลัพธ์เช่นเดิม คำว่า “ดีกว่า” ในที่นี้หมายถึงในแง่การประหยัดงบประมาณ เวลา บุคลากร และวัสดุ อุปกรณ์

การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) การวิเคราะห์ ประสิทธิภาพของโครงการเป็นเรื่องสำคัญของการประเมินผล เพราะเป็นการวิเคราะห์ในส่วนที่เป็นผลกระทบในระยะสั้น (Effect) และผลกระทบในระยะยาวของโครงการ (Impact) เปรียบเทียบระหว่าง ผลลัพธ์กับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของโครงการที่วางไว้ ดังนั้นการให้ความเห็นในเชิงประเมินผลควรสรุปสิ่งที่สำคัญ คือ

- Outputs เป็นผลลัพธ์ที่ได้ของโครงการนั้น ตรงกับความต้องการของผู้ที่จะใช้ประโยชน์หรือไม่ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อเนื่องในรูปของ Effects หรือไม่
- Effect เป็นผลกระทบระยะสั้นของโครงการนั้น มีศักยภาพที่จะเกิดผลกระทบในระยะยาว (Impact) หรือไม่

ความแตกต่างระหว่างการประเมินโครงการกับการประเมินผลโครงการ

การประเมินโครงการ(Project Appraisal) และการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ (Project Feasibility study) เป็นการศึกษาคู่โครงการที่เป็นข้อเสนอก่อนการลงมือดำเนินงาน เพื่อดูว่าโครงการนั้นมีความเหมาะสมหรือไม่ในแง่มุมต่างๆ ก่อนที่จะดำเนินการ

การประเมินผลโครงการ (Project Evaluation) มีจุดมุ่งหมายไปที่ตัวโครงการที่เกิดขึ้นแล้ว และดูว่าการดำเนินโครงการและผลของโครงการเป็นอย่างไร

ความหมายประเมิน

นักวิชาการด้านการประเมินผลได้ให้ความหมายของคำว่า การประเมินผลโครงการ ดังนี้

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2547) กล่าวว่า การประเมินผลโครงการ หมายถึง กระบวนการศึกษา แสวงหาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์ และขั้นตอนต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอะไร และบรรลุตามเป้าหมาย ที่ต้องการหรือไม่ มีผลกระทบในแง่มุมต่างๆ อย่างไรที่เกิดขึ้นจากโครงการ

สุโขทัยธรรมมาธิราช (2547) กล่าวว่า การติดตามผลและประเมินผลโครงการ หมายถึง การศึกษา วิเคราะห์สภาพที่เป็นปัญหาอุปสรรค ความก้าวหน้าหรือความสัมฤทธิ์ผลของ โครงการ ตลอดจนผลกระทบที่สืบเนื่องมาจากการปฏิบัติโครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับนำมาเป็นข้อมูลย้อนกลับในการใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่พัวพันเกิดขึ้นจากการปฏิบัติโครงการ และใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารของผู้บังคับบัญชา ในการตัดสินใจที่จะดำเนินโครงการใน ระยะต่อไปหรือเปิดโครงการใหม่ที่มีผลเกี่ยวข้องกับโครงการที่ปฏิบัติในปัจจุบัน

สุโขทัยธรรมมาธิราช (2548) กล่าวว่า การประเมินผล หมายถึง กระบวนการศึกษา วิเคราะห์อย่างถ่องแท้เกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า กิจกรรมต่างๆ และผลลัพธ์ของแผนงานโครงการ เปรียบเทียบกับบรรทัดฐานหรือสิ่งที่กำหนดไว้ว่าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่ง บรรทัดฐานหรือสิ่งที่กำหนดอาจจะ เป็นวัตถุประสงค์ เป้าหมาย นโยบาย มาตรการ หรืองบประมาณ เป็นต้น

สุภาพร พิศาลบุตร (2547) กล่าวว่า การประเมินผล หมายถึง กระบวนการในการเก็บรวบรวมและ วิเคราะห์ข้อมูลของการดำเนินโครงการและพิจารณาংশให้ทราบถึงจุดเด่น หรือ จุดด้อยของโครงการนั้น อย่างมีระบบแล้วตัดสินใจว่าจะปรับปรุงแก้ไขโครงการนั้น เพื่อดำเนินงาน ต่อไปหรือจะยุติการดำเนินโครงการนั้นเสีย

- 1) การประเมินผล (Evaluation) คือ การวัดผลความก้าวหน้าของโครงการในขณะใดขณะหนึ่ง เปรียบเทียบกับเป้าหมาย (Target) ที่กำหนดไว้ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงแผนหรือวางแผนใหม่ในอนาคต

- 2) การประเมินผล คือ การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานจริง (Actual Results) กับผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expect Results) โดยได้ชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติงานจริงเกิดขึ้นตรงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่
- 3) การประเมินผล คือ การเปรียบเทียบผลงานที่ทำได้กับมาตรฐานที่กำหนดไว้ หรือที่คาดหวังไว้ หรือเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของการทำงานนั้นๆ แล้วตัดสินว่าเป็นที่พอใจหรือไม่ดี ไม่ดีเพียงใด
- 4) การประเมินผลคือ กระบวนการในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของการดำเนินโครงการ และพิจารณาปัจจัยให้ทราบถึงจุดเด่นหรือจุดด้อยของโครงการนั้นอย่างมีระบบ แล้วตัดสินใจว่าจะปรับปรุงแก้ไขโครงการนั้นเพื่อการดำเนินงานต่อไปหรือจะยุติการดำเนินงานโครงการนั้นเสีย

จากความหมายของการประเมินผลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหาร (Management Process) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้คือ

- 1) การวางแผน (Planning, คิด)
- 2) การดำเนินงานตามแผน (Implementation, ทำ)
- 3) การประเมินผล (Evaluation, เทียบ)

การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนในกระบวนการบริหารดังกล่าวจะต่อเนื่องกันเป็นวงจร จนกว่าโครงการนั้นจะบรรลุวัตถุประสงค์

สรุป การประเมินผลโครงการ หมายถึง กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อหาข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโครงการโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การวางแผน การดำเนินการ และผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการกำหนดคุณค่าหรือข้อดีของโครงการดังกล่าวว่าดีหรือไม่ อย่างไร หรือเป็นการค้นหาว่าผลสำเร็จของกิจกรรมจากการดำเนินโครงการที่กำหนดไว้ว่าสามารถ ประสบความสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผนหรือไม่

รูปแบบการประเมินแบบซิป (CIPP Model)

เป็นการประเมินภาพรวมของโครงการ ตั้งแต่การประเมินผลสภาพแวดล้อม (Context evaluation) การประเมินผลข้อมูลนำเข้า (Input evaluation) การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) และการประเมินผลผลิต (Product evaluation) โดยจะใช้วิธีการสร้างเกณฑ์และประสิทธิภาพของโครงการ ทั้งภาพรวมหรือรายปัจจัยเป็นสำคัญ ซึ่งพออธิบายได้ดังนี้

- 1) การประเมินผลสภาพแวดล้อม (Context evaluation) เป็นการประเมินที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อการค้นหาเหตุผลในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยจะระบุถึงสภาพแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน ที่อาจมีผลกระทบต่อโครงการ ระบุถึงความต้องการและโอกาสต่างๆที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการคาดการณ์ปัญหาและวิเคราะห์ถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้น เมื่อได้มีการวิเคราะห์สภาพต่างๆ ดังที่กล่าวแล้วอย่าง

ละเอียด จึงจะกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการขึ้น อาจสรุปได้ว่าการประเมินสภาพแวดล้อมเป็นการประเมินเพื่อการวางแผนการตัดสินใจในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการนั่นเอง

การประเมินสภาพแวดล้อมจำแนกออกได้เป็น 2 วิธีคือ การประเมินตามสภาพการณ์ (Contingency) และการประเมินผลตามความสอดคล้อง (Congruence)

การประเมินตามสภาพการณ์ เป็นลักษณะการประเมินที่มุ่งค้นหาพลังหรืออิทธิพลที่อยู่ภายนอก ระบบ ที่จะสามารถนำมาเพื่อปรับปรุงแก้ไขระบบให้ดีขึ้น เช่น การศึกษาดูงาน วิธีการปฏิบัติงานของหน่วยงานหรือระบบอื่น การศึกษาจากผลการวิจัยและตำรับตำราต่างๆ การขอคำแนะนำปรึกษาจากบุคคลภายนอก การระดมพลังความคิดกับบุคคลภายนอก การประเมินค่านิยม เจตคติสภาวะเศรษฐกิจ สภาวะทางการเมือง ความเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากร และอื่นๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการประเมินสภาพแวดล้อมตามสภาพการณ์จะต้องมีคำถามในลักษณะ “ถ้า...แล้ว (If..then..)” นำอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การคาดการณ์ข้อมูลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และนำข้อมูลนั้นทำการวิเคราะห์พิจารณาเพื่อการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการต่อไปดังเช่น ถ้า เกิดการจราจรติดขัดขึ้นในเมือง แล้ว จะเกิดอะไรขึ้นกับระบบการศึกษาของเมืองนั้น ถ้า งบประมาณทางด้านการศึกษาลดลงร้อยละสิบ แล้ว จะใช้งบประมาณที่ได้รับอย่างไร และจะเกิดอะไรขึ้นกับการศึกษาของประเทศ

การประเมินผลตามความสอดคล้อง เป็นลักษณะการประเมินที่เปรียบเทียบกันระหว่าง ผลที่เกิดขึ้นจริงกับผลที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นว่า มีความสอดคล้องหรือมีความแตกต่างกันการประเมินสภาพแวดล้อมโดยวิธีนี้เป็นการประเมินทั้งระบบ ทั้งนี้เพื่อต้องการที่จะดูว่าการดำเนินงานโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่และมากน้อยเพียงใด การประเมินความสอดคล้องมักจะเป็นการศึกษาสภาพแวดล้อมภายในโครงการเอง เช่น ลักษณะโครงสร้างการบริหารโครงการงบประมาณเพื่อการดำเนินงาน ลักษณะการวางแผนดำเนินงาน การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างแผนกงานต่างๆ ภายในโครงการรวมทั้งการติดต่อสัมพันธ์กับแผนกงานภายนอกโครงการปฏิทินและตารางการปฏิบัติงาน ภารกิจของแผนกงานต่างๆ และอื่นๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการประเมินสภาพแวดล้อมด้วยวิธีตามสภาพการณ์และด้วยวิธีตามความสอดคล้องจะต้องเป็นไปด้วยกันเสมอ หรือจะต้องใช้ร่วมกันเสมอ จะแยกออกจากกันไม่ได้เพราะการประเมินความสอดคล้องเป็นการค้นหาความตรงกันหรือความเหมือนกัน (Conformance) และการประเมินตามสภาพการณ์เป็นการค้นหาการปรับปรุงแก้ไข (Improvement) กล่าวคือปรับปรุงแก้ไขโครงการจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่ทราบว่าโครงการนั้นมีความแตกต่างหรือสอดคล้องกันหรือไม่ ในทำนองเดียวกัน หากทราบถึงความแตกต่างของโครงการ แต่โครงการนั้นไม่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข โครงการนั้นก็ไม่เกิดประโยชน์หรือไม่สามารถจะดำเนินการต่อไปได้

2) การประเมินผลข้อมูลนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินผลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอข้อมูลสำหรับการกำหนดถึงวิธีการในการใช้ทรัพยากรเพื่อให้โครงการบรรลุถึงวัตถุประสงค์โดยจะระบุให้ทราบถึงลักษณะของข้อมูลนำเข้าดังนี้

2.1) สมรรถภาพและความรับผิดชอบของบุคคลและของหน่วยงานที่จะบริหารโครงการ

2.2) กลยุทธ์หรือยุทธวิธีที่จะทำให้โครงการบรรลุถึงวัตถุประสงค์

2.3) รูปแบบเฉพาะของข้อมูลที่จะช่วยสนับสนุนการนำไปใช้ของยุทธวิธีที่ได้เลือกสรรแล้ว

การประเมินผลข้อมูลนำเข้าจะเป็นการประเมินในลักษณะที่วิเคราะห์ข้อมูลในส่วนละเอียดอย่างลึกซึ้ง (microanalytic) ที่มุ่งวิเคราะห์หาข้อมูลที่ดีที่สุดที่จะนำไปใช้ในการกำหนดวัตถุประสงค์หรือการบริหารโครงการ วิธีการเป็นการประเมินข้อมูลนำเข้าจะผันแปรไปตามความมากน้อยในเปลี่ยนแปลงของโครงการหรือผันแปรไปตามความสูงต่ำของข้อมูลที่จะนำไปสนับสนุนความเปลี่ยนแปลงของโครงการนั้น เช่น ถ้าโครงการหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงน้อยและมีข้อมูลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงครบถ้วนมากพอและเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพ การประเมินผลข้อมูลนำเข้าอาจทำแต่น้อยก็เป็นการเพียงพอแล้ว เป็นต้น การตัดสินใจที่ขึ้นอยู่กับประเมินผลข้อมูลนำเข้า มักจะเป็นผลมาจากการมีข้อมูลนำเข้าที่เฉพาะเจาะจงหรือเป็นข้อมูลที่ได้รับการเลือกสรรมาอย่างดีแล้ว เช่น มีวิธีการดำเนินงานที่ดีมีวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ตารางการปฏิบัติงาน สายการบังคับบัญชาบุคลากร และงบประมาณที่เพียงพอและมีคุณภาพเป็นอย่างดีซึ่งเป็นที่เชื่อมั่นได้ว่าหากนำไปบริหารโครงการแล้ว ย่อมจะได้ผลที่ดีอย่างแน่นอนบรรลุถึงเป้าหมายโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ

3) การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินเพื่อการควบคุมการบริหารโครงการ ผลของการประเมินจะเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารโครงการใช้ปรับปรุงโครงการให้สามารถดำเนินการและบรรลุถึงวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ จุดมุ่งหมายของการประเมินผลกระบวนการจำแนกได้เป็น 3 ประการคือ

3.1) เพื่อตรวจสอบหรือเพื่อพยากรณ์ความบกพร่องในการดำเนินงานโครงการ

3.2) เพื่อเสนอข้อมูลที่จะนำไปสู่การตัดสินใจดำเนินโครงการ

3.3) เพื่อดำรงไว้ซึ่งการดำเนินโครงการที่เป็นไปด้วยดี

การประเมินผลกระบวนการ จะต้องคำนึงถึงกลยุทธ์ในการประเมินที่สำคัญ 3 วิธี คือ ประการแรก จะต้องทำการประเมินหรือวิเคราะห์ความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรประการที่สอง จะต้องทำการประเมินความสามารถในการบริหารโครงการของผู้ดำเนินโครงการและประการที่สาม จะต้องทำการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโครงการที่ได้กำหนดขึ้น การประเมินทั้งสามส่วนหรือทั้งสามกลยุทธ์ที่กล่าวแล้ว จะสามารถทำให้ทราบได้โดยชัดเจนว่ากระบวนการบริหารโครงการจะ

บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้หรือไม่ และหากเกิดความผิดพลาดขึ้น ความผิดพลาดนั้นเกิดจากโครงสร้างรูปแบบของโครงการหรือเกิดจากวิธีการดำเนินโครงการนั้น

4) การประเมินผลผลงาน (Product evaluation) เป็นการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการพิจารณาตัดสินใจหรือการแสดงความคิดเห็นต่อความสำเร็จของโครงการทั้งในขณะที่ยังโครงการกำลังดำเนินงานอยู่และเมื่อโครงการได้เสร็จสิ้นลง การประเมินในลักษณะนี้จะเป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลงานที่เกิดขึ้นกับเกณฑ์หรือมาตรฐาน หรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดขึ้นไว้ โดยวิเคราะห์เพื่อให้ทราบว่าโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยเหตุผลใด โดยพิจารณาวิเคราะห์จากสภาพแวดล้อมโครงการ (context) ข้อมูลนำเข้า (input) หรือทรัพยากรโครงการและตัวกระบวนการ (process) ในการบริหารโครงการ ซึ่งข้อมูลทั้ง 3 ลักษณะ จะได้จากการรวบรวมและการบันทึกไว้โดยละเอียดตั้งแต่เริ่มต้นของการดำเนินงานโครงการ

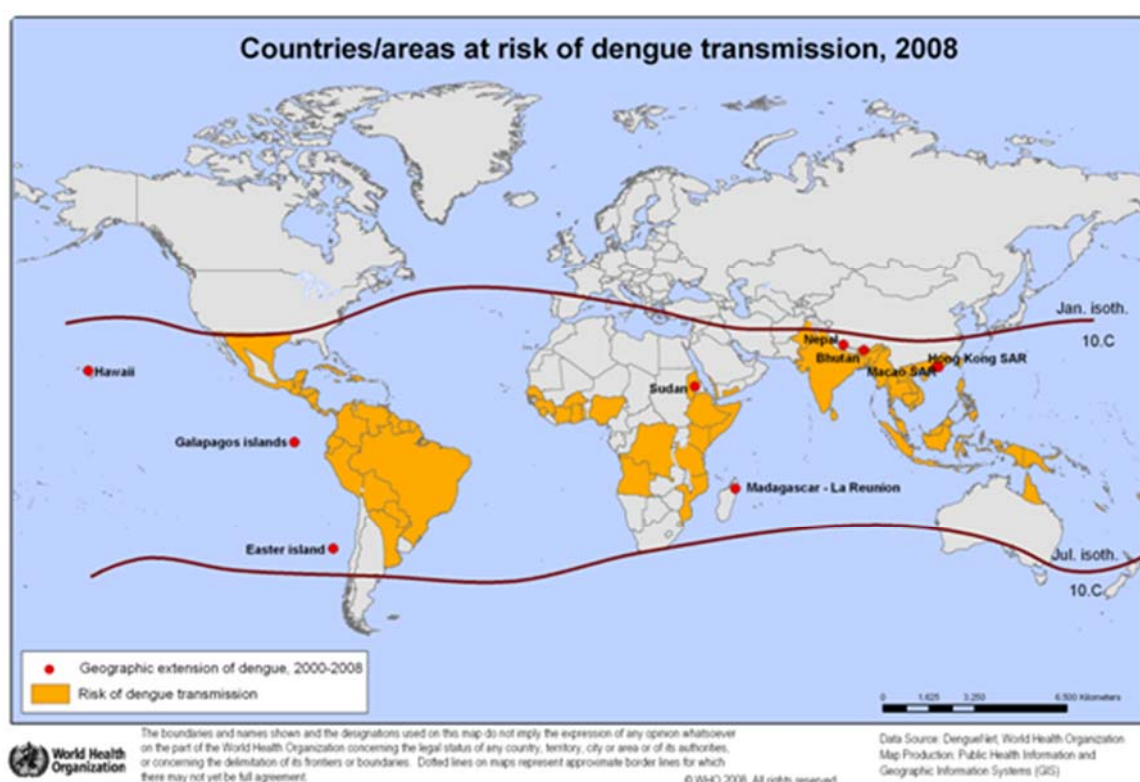
2.3 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกหรือโรคติดเชื้อเดงกี(Dengue illness) มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสเดงกีซึ่งมี 4 ชนิด โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*)เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญสามารถจำแนกการป่วยได้เป็นกลุ่มอาการ ดังนี้กลุ่มอาการไข้เดงกี(Dengue Fever; DF) ไข้เลือดออกเดงกี(Dengue Haemorrhagic Fever; DHF) และไข้เลือดออกช็อค (Dengue Shock Syndrom; DSS) ซึ่งเป็นกลุ่มไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรง

เชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) เป็น single - strand RNA จัดอยู่ใน genus Flavivirus และ family Flaviviridae มี 4 serotypes คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN-4 ทั้ง 4 serotypes มี antigen ร่วมบางชนิด จึงทำให้มี cross reaction และ cross protection ได้ในระยะเวลาสั้นๆ เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดหนึ่งจะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดนั้นตลอดไป (long lasting homotypic immunity) และจะมีภูมิคุ้มกัน cross protection ต่อชนิดอื่น (heterotypic immunity) ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 6-12 เดือน ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีชุกชุมอาจมีการติดเชื้อ 3 หรือ 4 ครั้งได้ ภายหลังผู้ป่วยได้รับเชื้อไวรัสเดงกีประมาณ 5-8 วัน(ระยะฟักตัว) จะเริ่มมีอาการของโรคซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี (dengue fever: DF) ไปจนถึงมีอาการรุนแรง (dengue hemorrhagic fever: DHF) และรุนแรงมาก จนถึงช็อกและเสียชีวิต (dengue shock syndrome: DSS)

ไข้เดงกี(dengue fever) เริ่มรู้จักครั้งแรกเมื่อประมาณ 200 กว่าปีที่ผ่านมามีอาการไม่รุนแรง ไม่ทำให้เสียชีวิตต่อมาในปีพ.ศ. 2497 ได้พบการระบาดครั้งแรกของโรคไข้เลือดออกเดงกี(emerging disease) ที่ประเทศฟิลิปปินส์ซึ่งนับว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ต่อมาพบระบาด ในประเทศไทยในปีพ.ศ. 2501 และหลังจากนั้นได้มีการระบาดไปยังประเทศต่างๆ ที่อยู่ในเขตร้อนของทวีปเอเชีย ซึ่งในขณะนั้นมีเพียง 9 ประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อเดงกีแต่ในปัจจุบันมีประเทศที่มีโรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic

area) มากกว่า 100 ประเทศ อยู่ในแถบภูมิภาคเอเชีย /อเมริกา /แอฟริกา เมดิเตอร์เรเนียน (the Eastern Mediterranean) และประเทศในแถบ แปซิฟิกตะวันตก (Western Pacific regions) ซึ่งในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ในแต่ละปีจะพบผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกี จำนวน 50-100 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 22,000 ราย โดยโรคติดเชื้อเดงกีจึงเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในประเทศแถบภูมิภาคร้อนชื้น (tropical/sub-tropical region) ได้แก่ ประเทศในแถบภูมิภาคอเมริกากลางและใต้เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตก (ภาพที่ 2.1) โดยในปีพ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยติดเชื้อเดงกี ทั้ง 3 ภูมิภาค รวมกันมากกว่า 1.2 ล้านราย



ภาพที่ 2.1 ประเทศพื้นที่เสี่ยงที่มีรายงานโรคติดเชื้อเดงกีและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเดงกี
ที่มา Dengue Net, WHO, 2008. www.abc.net.au/rn/backgroundbriefing/documents/20100221_map.pdf

สถานการณ์ไข้เลือดออกในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทยเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดใหญ่ครั้งแรกในปีพ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพฯ พบผู้ป่วยประมาณ 2,000 กว่าราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 14 ในระยะ 5 ปีต่อจากนั้นมามีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (รวม DF, DHF, DSS) ทุกปีส่วนใหญ่รายงานจากกรุงเทพฯ และธนบุรีการระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดต่ำลง หลังจากนั้น โรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวกโรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนในที่สุดก็พบว่ามีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทยและรูปแบบการระบาด ของโรคไข้เลือดออกก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปีมาเป็นแบบสูง 2 ปีแล้วลดต่ำลง หรือลดต่ำลง 2 ปีแล้วเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งประเทศไทยจัดเป็นประเทศในกลุ่มที่มีการระบาดโรคสูงเป็นอันดับ 6 ใน 30 ประเทศ

การกระจายของชนิดเชื้อไวรัสเดงกี

การกระจายของเชื้อไวรัสเดงกีในประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2516 พบว่า มีการกระจายของเชื้อทั้ง 4 ชนิดหมุนเวียนกัน ได้แก่ DENV1, DENV2, DENV3 และ DENV4 ซึ่งจากการวิเคราะห์ร่วมกับอัตราป่วยในแต่ละปีพบว่า ปีที่เกิดการระบาดใหญ่ (อัตราป่วย 200 ต่อประชากรแสนคนขึ้นไป) ส่วนใหญ่จะพบ DENV3 เป็นชนิดเชื้อที่เด่น โดยซึ่งการเปลี่ยนแปลงของชนิดเชื้อไวรัสในแต่ละปี อาจจะส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้ เนื่องจากประชาชนไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชนิดนั้นๆ

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิด DHF/DSS

ทางด้านระบาดวิทยาต้องพิจารณาผู้ป่วย (Host) พาหะนำโรค (Vector) ไวรัส (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) รวมกัน

ก. ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย (host)

1) เด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค DHF มากกว่าผู้ใหญ่ ในกรณีที่มีการติดเชื้อซ้ำเหมือนกัน เด็กจะมีความเสี่ยงสูงกว่า มีข้อมูล จากการระบาดในประเทศคิวบาและประเทศบราซิลซึ่งมีผู้ป่วยอายุมากกว่า 30 ปีเป็นจำนวนมากแต่พบ DHF/DSS ในเด็กสูงกว่าในผู้ใหญ่

2) ภาวะโภชนาการ ผู้ป่วย DHF ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการดีและดีกว่าเด็กที่ติดเชื้ออื่นๆ ผลการศึกษาได้มาจากการศึกษา เปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กที่เป็น DHF กับเด็กที่เป็นโรคติดเชื้ออื่นๆ ได้แก่ ปอดอักเสบ และโรคอุจจาระร่วง และเด็กที่มา คลินิกเด็กดี

3) เชื้อชาติและพันธุกรรมจากการระบาดที่ประเทศคิวบา พบว่า คนแอฟริกันผิวสีเป็นโรค DHF/DSS น้อยกว่าชนผิวขาว จากการที่ไม่มีการระบาดของ DHF ในทวีปแอฟริกาทั้งที่มีไวรัสเดงกีทั้ง 4 ชนิดและมียุงลายทำให้คิดว่าน่าจะมีปัจจัยต้านโรคในด้าน พันธุกรรมหรือเชื้อชาติซึ่งจะต้องศึกษากันต่อไป

การศึกษาทางพันธุกรรมในผู้ป่วยไทยนั้น พบว่า Class I LLA-A2 haplotype มีความสัมพันธ์กับการเกิด DHF ซึ่งจะต้องศึกษาต่อไปในวงกว้างกว่านี้

4) เพศ พบว่าในรายที่เป็น DSS และรายที่ตายจะพบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ข. ปัจจัยเสี่ยงด้านไวรัสและภูมิคุ้มกัน

1) พื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีหลายๆ serotype และมีภาวะ hyperendemicity หรือมีเชื้อหลาย serotype เป็นเชื้อประจำถิ่น ในช่วงเวลาเดียวกัน (simultaneously endemic of multiple serotype) ทำให้มีโอกาสติดเชื้อซ้ำสูง

2) มีการระบาดของไวรัสเดงกีต่อเนื่องกัน (sequentially epidemic) พบว่าการติดเชื้อซ้ำด้วย DENV 2 และ DENV 3 มีอัตราเสี่ยงสูงในการที่จะเกิด DHF การศึกษาที่จังหวัดระยองพบว่า การติดเชื้อซ้ำด้วย DENV 2 ตามหลัง DENV 1 มีความเสี่ยงสูงมากกว่า sequence แบบอื่น รองลงมาคือ DENV 2 ตามหลังด้วย DENV 3 และ DENV 2 ตามหลัง DENV 4 ตามลำดับ การศึกษาระยะยาว 5 ปีที่ประเทศเมียนมาร์ก็พบว่าการติดเชื้อครั้งที่ 2 ด้วย DENV 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิด DSS ส่วนในประเทศมาเลเซีย และประเทศ อินโดนีเซีย พบการติดเชื้อครั้งที่ 2 ด้วย DENV 3 มากกว่า DENV 2

3) การติดเชื้อทุติยภูมิ(secondary infection)มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด DHFมากกว่าการติดเชื้อครั้งแรกประมาณ 160เท่า พบว่าร้อยละ 87-99 ของผู้ป่วย DHF/DSS เป็นผู้ติดเชื้อครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ของผู้ป่วย DHF ที่เป็นการติดเชื้อครั้งแรกเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปีทุกรายมีแอนติบอดีต่อเชื้อเดงกีจากแม่

4) ความรุนแรงในการก่อโรค (virulence) ถึงแม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีวิธีตรวจหาความรุนแรงในการก่อโรคของไวรัสเดงกีได้ โดยตรงแต่จากความก้าวหน้าด้านไวรัสวิทยาโมเลกุล(molecular virology) ซึ่ง R.Rico Hesse ได้ศึกษา DENV2 ที่แยกได้จากผู้ป่วย DHF/DSS ในที่ต่าง ๆ และได้เปรียบเทียบ nucleotide sequence จาก viral genome บริเวณรอยต่อของยีน E/NS1 สามารถจะ จัดแยก DENV 2 ออกได้เป็น 5 กลุ่ม ตาม genetic subtype DENV 2 จากประเทศไทยนั้นอยู่ใน 2 กลุ่ม ซึ่งมีกลุ่มที่เป็นกลุ่มเดียวกับ DENV2จากประเทศเวียดนาม ที่น่าสนใจคือ DENV2 ที่แยกได้จากผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (DHF/DSS)จากประเทศบราซิลเวเนซุเอลา โคลัมเบีย และเม็กซิโก ก็อยู่ใน 2 กลุ่มนี้ผู้ศึกษาสรุปว่า DENV 2 subtype จากเอเชียอาคเนย์ใน 2 กลุ่มนี้เป็นไวรัสที่มีความรุนแรง ในการก่อโรคหรือมีความสามารถทำให้เกิด DHF/DSS ได้สูงและเชื่อว่า DENV 2 subtype ที่แยกได้จากผู้ป่วย DHF ในประเทศแถบทวีปอเมริกาใต้เหล่านี้มีรกรากมาจาก subtype จากเอเชียอาคเนย์มีทางเป็นไปได้ที่ subtype เหล่านี้ถูกนำเข้าไปในทวีปอเมริกาใน ระยะเวลาหลังปี 1980 ผู้ศึกษานี้สนับสนุนว่า การผลิตวัคซีนป้องกันโรคโดยใช้ไวรัสเดงกีที่แยกได้จากประเทศไทยเหมาะสมอย่างยิ่ง ทั้งนี้ เพราะ DENV 2 subtype จากประเทศไทย อาจเป็นตัวที่มีศักยภาพสูงในการทำให้เกิด DHF

ค. ปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรค (Vector) และสิ่งแวดล้อม (Environment)

ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ถ้ายุงลายเหล่านี้มีปริมาณเพียงพอถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากก็จะทำให้ ระบาดได้สำหรับยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ก็สามารถแพร่เชื้อได้แต่ไม่ดีเท่ากับ *Ae. aegypti*, *Ae. albopictus* เพาะพันธุ์ ตามแหล่งน้ำขังตามโพรงต้นไม้หรือกระบอกไม้ไผ่ ส่วน *Ae. aegypti* เพาะพันธุ์ในภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น ถ้าอุณหภูมิและความชื้นเหมาะสม โดยเฉพาะในฤดูฝน ยุงลายเพียง 2-3 ตัว อาจแพร่เชื้อให้สมาชิกทั้งครอบครัวได้ ปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมากขึ้นในฤดูฝน อีกประการหนึ่งนอกจากการมีจำนวนยุงมากขึ้นแล้ว คือในช่วงที่ฝนตกทั้งเด็กและยุงจะอยู่ ในบ้านหรือในอาคาร เด็กจึงมีความเสี่ยงที่จะถูกยุงกัดมากขึ้น

ในปัจจุบันยังไม่ทราบระดับความชุกของยุงที่จะทำให้เกิดการระบาดของ DHF ได้แต่ความชุกชุมของยุงลาย *Ae. aegypti* ในประเทศไทยไม่ว่าจะใช้ตัวชี้วัดใดมาใช้ก็จะสูงมาก และอาจสูงกว่าประเทศอื่นๆ ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้จะต้องมีส่วนร่วมกันในการทำให้เกิดโรค DHF/DSS ขึ้น การเพิ่มจำนวนประชากร โดยเฉพาะการเพิ่มของชุมชนในเมืองจะเพิ่มประชากรทั้งคนและยุงการเดินทางติดต่อ สะดวกและเพิ่มมากขึ้นจะทำให้โรคกระจายไปในระยะไกลเพราะลำพังยุงจะมีระยะบินได้เพียง 50-100 เมตร การกระจายจึงไปกับคน ในช่วงที่มี viremia ก่อนเริ่มมีอาการของโรค ความเจริญก้าวหน้าทางด้านคมนาคม จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการแพร่กระจาย ของโรค DHF ไปอย่างกว้างขวาง

การรายงานโรคติดเชื้อเดงกี

โรคที่เกิดจากไวรัสเดงกี (Dengue disease) ที่ให้รายงานมายังระบบเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) มีทั้งหมด 3 รหัสโรค ประกอบด้วย ไข้เดงกี (Dengue fever รหัส 66) เริ่มรายงานในปีพ.ศ. 2539 ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever รหัส 26) เริ่มรายงาน ในปีพ.ศ. 2519 และไข้เลือดออกเดงกีช็อก (Dengue shock syndrome รหัส 27) เป็นผู้ป่วย dengue hemorrhagic fever ที่มีภาวะ ไหลเวียนโลหิตผิดปกติเริ่มรายงานในปีพ.ศ. 2524 โดยกำหนดให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยน่าจะเป็น (probable case) โดยไม่จำเป็นต้องมีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการควบคุมโรคที่รวดเร็วและทันเวลา

ในปี 2556 กระทรวงสาธารณสุข ได้จำแนกกลุ่มอาการโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี ตามลักษณะอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้

- 1) Undifferentiated fever (UF) หรือกลุ่มอาการไวรัส (viral syndrome) มักพบในทารกหรือเด็กเล็กจะปรากฏเพียงอาการไข้ 2-3 วัน บางครั้งอาจมีผื่นแบบ maculopapular rash มีอาการคล้ายคลึงกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถวินิจฉัยได้จากอาการทางคลินิก
- 2) ไข้เดงกี (DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่อาจมีอาการไม่รุนแรง คือมีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจเกิดอาการแบบ classical DF คือ มีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก (break bone fever) และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่

ผิวหนัง ตรวจพบ tourniquet test positive ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเม็ดเลือดขาวต่ำรวมทั้งบางรายอาจมีเกล็ดเลือดต่ำ ได้ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีการอ่อนเพลียอยู่นาน โดยทั่วไปแล้วไม่สามารถวินิจฉัยจากอาการทางคลินิกได้แน่นอน ต้องอาศัยการตรวจทางน้ำเหลือง/แยกเชื้อไวรัส

3) ไข้เลือดออกเดงกี (DHF) มีอาการทางคลินิกเป็นรูปแบบที่ค่อนข้างชัดเจน คือมีไข้สูงลอย ร่วมกับอาการเลือดออก ตับโต และมีภาวะช็อกในรายที่รุนแรง ในระยะมีไข้จะมีอาการต่างๆ คล้าย DF แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือ มีเกล็ดเลือดต่ำและการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมาก ผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเกิดขึ้นที่เรียกว่า dengue shock syndrome (DSS) การรั่วของพลาสมาซึ่งเป็นเอกลักษณ์ที่สำคัญของโรคไข้เลือดออกเดงกีสามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับระดับฮีมาโตคริต (Hct) สูงขึ้นมีน้ำในเยื่อหุ้มช่องปอดและช่องท้อง

4) ไข้แดงที่มีอาการแปลกออกไป (EDS) ที่พบส่วนใหญ่คือผู้ป่วยจะมีอาการทางสมอง มีตับวาย ไตวาย ผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองส่วนใหญ่เกิดจากภาวะช็อกนานและมีตับวายร่วมด้วย (Hepatic encephalopathy) ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งพบว่ามี การติดเชื้อ 2 อย่างร่วมกัน หรือ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเดิมอยู่แล้ว

คำนิยาม : ไข้แดง (Dengue fever-DF)

เนื่องจากอาการและอาการแสดงของไข้แดงก็มีความแตกต่างกันได้มากดังนั้นการวินิจฉัยให้ถูกต้องโดยการใช้อาการทางคลินิกหรือการให้คำนิยามตามอาการของโรคจึงเป็นเรื่องยาก ต้องอาศัยการตรวจแยกเชื้อไวรัส และ/หรือ การตรวจหาแอนติบอดีเป็นสำคัญ ดังนั้น เพื่อความสะดวกในการรายงานโรค WHO SEARO 2011 ได้เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไข้เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 ข้อ ดังต่อไปนี้

- ปวดศีรษะ
- ปวดกระบอกตา
- ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- ปวดข้อ/ปวดกระดูก
- ผื่น
- อาการเลือดออก (ที่พบบ่อย คือ positive tourniquet test, มีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง petechiae, เลือดกำเดา)
- ตรวจ CBC พบมีเม็ดเลือดขาวต่ำ $\leq 5,000$ เซลล์/ลบ.มม.
- มีเกล็ดเลือด $\geq 150,000$ เซลล์/ลบ.มม.

- มี Hct เพิ่มขึ้น 5-10%

และมี antibody สูง $\geq 1,280$ หรือ positive IgM/IgG ELISA test ใน convalescent serum หรือ พบในพื้นที่และเวลาเดียวกับผู้ป่วยที่มีการตรวจยืนยันการติดเชื้อเดงกี

2. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) คือผู้ป่วยที่มีผลการตรวจแยกเชื้อไวรัสเดงกีแอนติเจน และ/หรือการตรวจหาแอนติบอดียืนยันการติดเชื้อเดงกี

เกณฑ์การรายงานเพื่อการควบคุมโรค

ในทางปฏิบัติถ้าตรวจพบว่าผู้ป่วยมี Positive tourniquet test และ/หรือจุดเลือดออกตามตัวและมีเม็ดเลือดขาวเท่ากับหรือต่ำกว่า 5,000 เซลล์/ลบ.มม. สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นไข้เดงกี (โดยมีความถูกต้องร้อยละ 72-83.9) และให้รายงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันทีเพื่อการควบคุมและป้องกันโรค แล้วจึงตรวจติดตามผู้ป่วยไปจนไข้ลง 24 ชั่วโมง จึงรายงานแก้ไขอีกครั้งว่าเป็นไข้เดงกี/ ไข้เลือดออก หรือ ไข้เดงกีที่ช็อก หรือไข้เดงกีที่มีอาการแปลกออกไป

เกณฑ์การวินิจฉัย : ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever-DHF)

การวินิจฉัยไข้เลือดออกเดงกีโดยอาศัยอาการแสดงทางคลินิก และการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระวิทยาที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงในระดับเกล็ดเลือดและการรั่วของพลาสมาที่มีความแม่นยำสูงและช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤต/ช็อก

อาการทางคลินิก

1. ไข้เกิดแบบเฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน
2. อาการเลือดออก อย่างน้อย positive tourniquet test/ จุดเลือดออกร่วมกับอาการเลือดออกอื่นๆ
3. ตับโต มักกดเจ็บ
4. มีการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนโลหิต หรือมีภาวะ ช็อก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. เกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซลล์/ลบ.มม.*
2. เลือดเข้มข้น ดูจากการเพิ่มขึ้นของ Hct เท่ากับหรือมากกว่า 20% เมื่อเทียบกับ Hct เดิม (hemoconcentration) หรือมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา เช่น มี pleuraleffusion และ ascites หรือมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ≤ 3.5 กรัมเปอร์เซ็นต์ (ในผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ)

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

คำนิยาม : ไข้เลือดออกเดงกี (DHF)

ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิกข้อ 1 และ 2 ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทั้ง 2 ข้อ คือ

1. ไข้เกิดแบบเฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน
2. อาการเลือดออก อย่างน้อยมีpositive tourniquet test ร่วมกับอาการเลือดออกอื่นๆ
3. เกล็ดเลือด ($\leq 100,000$ เซลล์/ลบ.มม. หรือ platelet smear $\leq 3/\text{oil field}$)
4. เลือดข้นขึ้น จากการมีเพิ่มขึ้นของ Hct เท่ากับหรือมากกว่า 20% เมื่อเทียบกับ Hct เดิม หรือมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา เช่น มีpleural effusion และ ascites หรือมีระดับโปรตีน/อัลบูมินในเลือดต่ำ(albumin ≤ 3.5 กรัมเปอร์เซ็นต์)

ปัจจุบัน WHO SEARO 2011 ได้ปรับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยไข้เลือดออกให้ง่ายและสะดวกขึ้น โดยอนุโลมให้วินิจฉัยไข้เลือดออกได้ในผู้ป่วยที่มีไข้และมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา โดยที่อาจจะไม่ต้องมีอาการเลือดออก/Tourniquet test positive หรือเกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซลล์/ลบ.มม. ทั้งนี้เนื่องจากในหลายประเทศและหลายสถานที่ไม่ได้มีการทำ Tourniquet test และไม่ได้มีการตรวจติดตามเกล็ดเลือดบ่อยครั้ง การวินิจฉัยไข้เลือดออกตามเกณฑ์ 4 ข้อข้างต้นพบว่าถูกต้องร้อยละ 96

คำนิยาม : ไข้เลือดออกเดงกีที่ช็อก (Dengue shock syndrome-DSS)

- ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีดังกล่าวข้างต้นที่มีอาการช็อก คือ มีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการดังต่อไปนี้
- มีชีพจรเบาเร็ว
 - มีการเปลี่ยนแปลงในระดับความดันเลือด โดยตรวจพบ pulse pressure แคบ ≤ 20 มม.ปรอท (โดยไม่มี hypotension) หรือมี postural hypotension ในเด็กโตหรือผู้ใหญ่
 - Poor capillary refill > 2 วินาที
 - มือ / เท้าเย็นขึ้น กระสับกระส่าย

ความรุนแรงของไข้เลือดออกเดงกี

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกเดงกีทุกราย ต้องมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา (มี Hct เพิ่มขึ้น $> 20\%$ หรือมีpleural effusion หรือมีascites) มีเกล็ดเลือด $< 100,000$ เซลล์/ ลบ.มม. ความรุนแรงของโรคแบ่งได้เป็น 4 ระดับ

Grade I ผู้ป่วยไม่ช็อก มีแต่การตรวจพบ tourniquet test ให้ผลบวก และ/หรือ easy bruising

Grade II ผู้ป่วยไม่ช็อกแต่มีภาวะเลือดออกเช่น มีจุดเลือดออกตามตัวมีเลือดกำเดาหรืออาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/สีดำ

Grade III ผู้ป่วยช็อกโดยมีชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ หรือความดันโลหิตต่ำ หรือมีตัวเย็น เหงื่อออกกระสับกระส่าย

Grade IV ผู้ป่วยช็อกรุนแรง วัดความดันโลหิต และ/หรือ จับชีพจรไม่ได้
หมายเหตุ ใช้เลือดออกเดงกี grade I และ grade II แตกต่างจากไข้เดงกีและโรคอื่นๆ ตรงที่มีการรั่วของพลาสมา

คำนิยามของ : ไข้เดงกีที่มีอาการแปลกออกไปที่พบส่วนใหญ่คือผู้ป่วยจะมีอาการทางสมอง

(Expanded Dengue Syndrome/Unusual Manifestation of Dengue-EDS)

ปัจจุบันมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการแสดงแปลกออกไปเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเหล่านี้ยังพบเป็นส่วนน้อย ประมาณร้อยละ 3-5 ของผู้ป่วยติดเชื้อเดงกีทั้งหมด โดยอาการที่แปลกออกไปนี้พบได้ทั้งในผู้ป่วยไข้เดงกีและ ไข้เลือดออก และพบได้ทุกระยะของโรค คือระยะไข้ระยะวิกฤต หรือระยะฟื้นตัว อาการที่พบคือ

- Encephalopathy /encephalitis ผู้ป่วยมีอาการทางสมอง เช่น เอะอะ โวยวาย ซึมมากกว่าปกติ อาจตรวจพบมีอาการสับสน โคมา หรืออาจพบเพียง reflex ไว ที่พบส่วนใหญ่จะเป็น Encephalopathy มากกว่า และพบในระยะวิกฤต และระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Encephalopathy จะเกิดจากภาวะ hepatic encephalopathy สำหรับ dengue encephalitis พบน้อยมาก
- Hepatic failure จากการที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อกนาน หรือจากยา ที่พบได้คือ paracetamol
- Renal failure เกิดจาก prolonged shock, hepatorenal syndrome, hemoglobinuria
- Dual infection คือการติดเชื้อไวรัสเดงกีพร้อมกับ other microbial agents
- DHF patient with underlying conditions ได้แก่ G-6-PD deficiency, Thalassemia โรคตับ โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต

การดูแลรักษาผู้ป่วย

ขณะนี้ยังไม่มียาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและประคับประคองซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะต้องมีการ nursing care ที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤตประมาณ 24-48 ชั่วโมงที่มีการรั่วของพลาสมา

การดูแลรักษาผู้ป่วย มีหลักปฏิบัติดังนี้

ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชัก หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือนจำเป็นต้องให้ยาลดไข้ควรใช้ยาพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาพวกแอสไพริน

เพราะจะทำให้เกล็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญอาจทำให้เกิด Reye's syndrome ควรให้ยาลดไข้เฉพาะเมื่อเวลาไข้สูงเกิน 39 องศาเซลเซียส เมื่อไข้ลดต่ำกว่า 39 องศาเซลเซียสแล้วไม่ต้องให้ยาลดไข้ถ้าให้ยาลดไข้แล้วไข้ไม่ลงแนะนำให้เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา ในเด็กโตหรือผู้ใหญ่อาจให้อาบน้ำอุ่น

ควรให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ถ้าเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย แนะนำให้ดื่ม นม น้ำผลไม้หรือน้ำเกลือแร่ แทนน้ำเปล่า ถ้าผู้ป่วยอาเจียนมาก แนะนำให้จิบน้ำเกลือแร่ครั้งละน้อยๆ บ่อยๆ (ควรดื่มรับประทานอาหารหรือน้ำที่มีสีแดง น้ำตาล ดำ) ถ้ายังพอดื่มน้ำได้และไม่มีการแสดงของ ภาวะขาดน้ำ ไม่จำเป็นต้องให้ IV fluid จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบ และป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็น ต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ถ้าไข้ 7 วันก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้ควรแนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำ ของช็อก ซึ่งอาจจะมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น

ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกะทันหัน กระสับกระส่าย มือเท้าเย็นควรแนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษได้แพทย์จะตรวจเลือดดูปริมาณ เกล็ดเลือดและ hematocrit และอาจนัดมาตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและ hematocrit เป็น ระยะๆ เพราะถ้าปริมาณเกล็ดเลือดเริ่มลดลงและ hematocrit เริ่มสูงขึ้น เป็นเครื่องชี้บ่งว่าน้ำเลือดรั่วออก จากเส้นเลือด และอาจจะช็อกได้จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย (สุจิตรา นิมมานนิตย์, โรคไข้เลือดออกฉบับ ประเกียรณก, 2545)

2.4 มาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การสอบสวนโรค (Epidemiological Investigation)

1) *สอบสวนเฉพาะราย (Case Investigation)* ควรสอบสวนโรคทันทีเมื่อมีรายงานผู้ป่วยแม้เพียง 1 ราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยรายแรกๆ ในพื้นที่ ควรสอบสวนเพื่อให้เห็นสภาพของแหล่งเพาะพันธุ์และที่ อาศัยของยุงลายพาหะนำโรคในพื้นที่นั้น ตลอดจนการแพร่กระจายของโรคในชุมชน เพื่อจะได้ควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ทันทั่วทั้งพื้นที่ก่อนที่โรคจะแพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง

2) *สอบสวนการระบาด (Outbreak Investigation)* สอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายทุกรายในการ ระบาดครั้งนั้น เพื่อดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

ปี 2553 กรมควบคุมโรค กำหนดเกณฑ์มาตรฐานและตัวชี้วัดประสิทธิภาพการป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออก (สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง, 2553) ดังนี้

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมี 3 กิจกรรมที่สำคัญ คือ

- 1) การควบคุมเมื่อมีการระบาด
- 2) การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมก่อนการระบาด
- 3) การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมเมื่อถึงฤดูกาลระบาด หลักการดำเนินงาน

ตามตัวชี้วัดมีแนวคิด คือ ผู้ปฏิบัติงานรู้เร็ว เข้าดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคได้เร็วผู้ป่วยรายแรกได้รับการสอบสวนทุกราย ทีมควบคุมโรคมีความพร้อมสามารถดำเนินการได้ทันทีที่ได้รับรายงานผู้ป่วย และสามารถดำเนินการควบคุมโรคได้ครอบคลุมพื้นที่ หากปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ พื้นที่นั้นจะควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้โรคลดลงได้ดังนั้นจึงกำหนดมาตรฐานการควบคุมโรคเป็นเกณฑ์และตัวชี้วัดการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกที่ประเมินประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคทั้ง 3 กิจกรรมดังกล่าวเพื่อให้สามารถบอกคุณภาพโดยรวมของงานป้องกันและควบคุมโรค จึงได้กำหนดรายละเอียดของแต่ละตัวชี้วัด ดังนี้

(1) เกณฑ์และตัวชี้วัดการควบคุมการระบาด กรมควบคุมโรค มีดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 ความทันเวลาของการได้รับแจ้งเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก คือ เมื่อมีผู้ป่วยสงสัยหรือป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทีมควบคุมโรคต้องได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล หรือ สสจ. ภายใน 24 ชั่วโมง จากวันที่

มีการรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

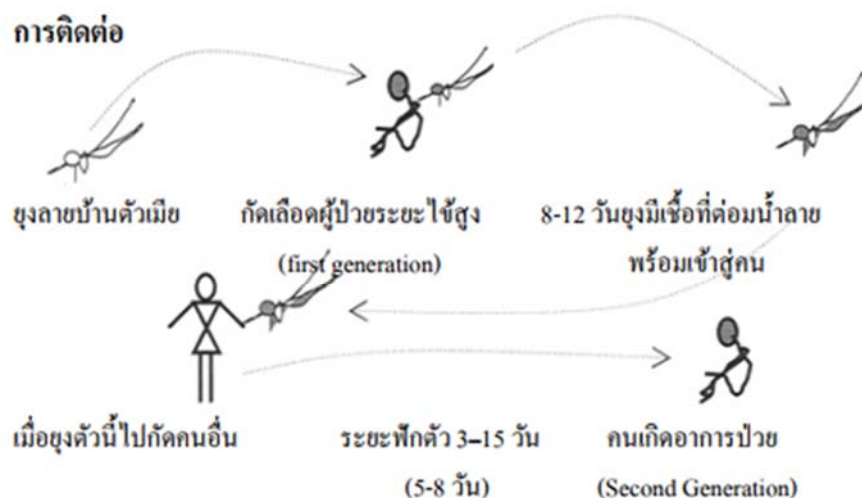
ตัวชี้วัดที่ 2 ความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยรายแรก (Index case) ของทุกเหตุการณ์ระดับหมู่บ้าน คือ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรายแรก (Index case) ของทุกเหตุการณ์ระดับหมู่บ้านต้องได้รับการสอบสวนโรคทุกราย

Second Generation (2nd gen.)

จากวงจรการติดต่อโรคไข้เลือดออก แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาจาก Index Case ถึง Second Generation ใช้เวลา 11-27 วัน นั่นคือจะมี Second Generation ได้ตั้งแต่วันที่ 11 เป็นต้นไปอย่างช้าที่สุดวันที่ 27 ถึง 28 หลังจากวันที่พบ Index Case นั้นเอง (ค่าเฉลี่ย 14-21 วัน; โรคไข้เลือดออกฉบับประเกียรณก พ.ศ. 2545 หน้า 8)

กรณีพบ Index Case แล้วดำเนินการควบคุมได้ทันที

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการบำบัดรักษา ยุงที่เป็นพาหะนำเชื้อได้รับการกำจัดผล คือ Second Generation ที่พบ ย่อมเกิดจากยุงที่ได้รับเชื้อจาก Index Case ก่อนการควบคุม ดังนั้นต้องเป็นผู้ป่วยภายใน 28 วันเท่านั้น Second Generation ที่พบหลัง 28 วัน ย่อมเกิดจาก Index Case ที่ไม่ได้มีการควบคุมทันที



ภาพที่ 2.2 วงจรการติดต่อโรคไข้เลือดออก

กรณีพบ Index Case แล้วดำเนินการควบคุมไม่ได้ทันที

Second Generation จะเกิดได้เรื่อยไปแม้จะเกิน 28 วันหลังพบ Index case ตามจำนวนวันที่ล่าช้า

พบ Index Case ดำเนินการควบคุมโรคได้ทันทีแต่ไม่มีประสิทธิภาพ

ยังมีขุมที่อาจเป็นพาหะได้รับเชื้อแพร่สู่คนอื่นผลคือจะมี Second Generation เกิดขึ้นได้เรื่อยๆแม้จะเกิน 28 วันหลังพบ 28 วันหลังพบ Index Case จำนวนวันตามอายุขัยของขุม+จำนวนวันที่ Index Case มีเชื้อระยะติดต่อ จำนวน Second Generation มากน้อยขึ้นอยู่กับความชุกของขุมพาหะ และหากยังไม่มี การควบคุมที่มีประสิทธิภาพ จะมีผู้ป่วยรุ่นต่อไปอีก หลังพบ Index Case อาจจะพบผู้ป่วยรุ่นเดียวกับ Index Case ในพื้นที่ได้อีกภายหลัง 7 วันหลังพบ Index Case ตามระยะเวลาฟักตัว ดังนั้นหากควบคุม โรคได้ทันทีอย่างมีประสิทธิภาพหลังจาก 7 วันของการเริ่มต้นการควบคุมโรคจะไม่พบผู้ป่วยรายใหม่

(2) เกณฑ์และตัวชี้วัดการควบคุมแมลงพาหะนำโรค มีตัวชี้วัดดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 3 ความพร้อมของทีมควบคุมโรคระดับอำเภอ คือทีมควบคุมโรคมีความสามารถ ดำเนินการปฏิบัติงานในการควบคุมพาหะนำโรคอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย โดยต้องมีการเตรียมการดังนี้

ก. มีคำสั่งแต่งตั้งทีมควบคุมโรคระดับอำเภอ

- ข. สมาชิกทีมสามารถใช้อุปกรณ์การพ่นอย่างน้อย 1 คนขึ้นไป
- ค. มีเครื่อง ULV หรือ Thermal fog generator ที่สามารถใช้การได้ทุกสถานอนามัย อย่างน้อยแห่งละ 1 เครื่อง
- ง. มีการสำรองสารเคมีที่ใช้กับเครื่องพ่น สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลายและหรือสารทาป้องกันยุงที่สามารถใช้ในงานควบคุมโรคได้
- จ. มีบันทึกการใช้สารเคมีที่ใช้กับเครื่องพ่น สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลายและหรือสารทาป้องกันยุง

ตัวชี้วัดที่ 4 ความทันเวลาในการควบคุมแหล่งแพร่โรค คือบริเวณที่ได้รับการยืนยันจากการสอบสวนผู้ป่วยโดย สสอ./สอ.ว่าเป็นแหล่งแพร่โรคได้รับการควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง นับจากวันที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล/สสจ.ว่ามีผู้ป่วย เพื่อตัดวงจรการแพร่โรคโดยกำจัดยุงให้ได้มากที่สุด และลดจำนวนประชากรยุงโดยการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งสามารถประเมินได้จากการนับจำนวนพื้นที่ที่ดำเนินการได้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากวันที่ได้รับแจ้ง

ตัวชี้วัดที่ 5 ความครอบคลุมในการควบคุมแหล่งแพร่โรค คือ หมู่บ้านหรือชุมชน ที่ได้รับการยืนยันจากการสอบสวนผู้ป่วยว่าเป็นแหล่งแพร่โรค ได้รับการควบคุมอย่างครอบคลุม เพื่อป้องกันมิให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ขึ้นอีกหลังจากที่ดำเนินการควบคุมโรคเรียบร้อยแล้ว

- ก. รายงานการปฏิบัติงานควบคุมโรค/รายงานการสอบสวนโรค
- ข. กำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านผู้ป่วยและบริเวณรอบบ้านผู้ป่วยในรัศมีอย่างน้อย 100 เมตร และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ที่เกิดโรคหลังจากการควบคุมมีค่า $HI = 0$
- ค. มีการพ่นสารเคมีในบ้านผู้ป่วยและพื้นที่รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมีอย่างน้อย 100 เมตร
- ง. มีการพ่นเคมีอย่างน้อย 2 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 5-7 วัน

2.5 แนวคิดการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก

บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา (2548) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การที่ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง ร่วมมือร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมการพัฒนาที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ในขั้นตอนต่างๆ ของการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ โดยมี กลุ่มหรือองค์กรรองรับบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมการพัฒนาภูมิปัญญา การรับรู้สามารถคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ เพื่อกำหนดการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง

ประพันธ์พงศ์ ชินพงษ์ (2551) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางการเปลี่ยนแปลง ความเห็นพ้องต้องกันนั้นจะมีมากพอจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการ เพื่อการปฏิบัติการกล่าวคือต้องเป็นการเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการนั้น และเหตุผลที่คนมาร่วมปฏิบัติการได้จะต้องตระหนักว่าการปฏิบัติการ

ทั้งหมดโดยกลุ่ม หรือในนามของกลุ่มหรือกระทำการผ่านองค์กร ดังนั้นองค์กรจะต้อง เป็นเสมือนตัวที่ทำให้การปฏิบัติการบรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ

สันติชัย เอื้อจงประสิทธิ (2551) ได้กล่าวถึง สารสำคัญของความร่วมมือของบุคลากรว่าหมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มตัดสินใจในการปฏิบัติงาน และการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบมาถึงตัวของบุคลากรเอง การที่จะสามารถทำให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อ แก้ไขปัญหา และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของบุคลากรให้ดีขึ้นนั้นผู้นำจะต้องยอมรับ ในปรัชญาการพัฒนาว่า มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติ อย่างเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของผู้อื่นและพร้อมที่จะอุทิศตน เพื่อกิจกรรมของส่วนรวมในองค์กร

เช่นเดียวกันกับปัญหาโรคไข้เลือดออก ที่ต้องการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงาน และทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นความร่วมมือของประชาชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้หมดไปจากชุมชนได้ในที่สุด นอกจากนี้ ความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานต่าง ๆ ในภาครัฐก็มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น เพื่อร่วมประสานนโยบายและแผนปฏิบัติงานกันอย่างใกล้ชิด อีกทั้งความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ไม่ว่าในระดับส่วนกลางหรือส่วนท้องถิ่นก็ตาม เพื่อสนับสนุนการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในด้านทรัพยากร กำลังคน และเงินงบประมาณ ตลอดจนเพื่อสนับสนุน เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ให้มีการดำเนินการรณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรนุช พิศาลสุทธิกุล (2551) ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่าตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดไม่ค่อยให้ความสำคัญ ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายและยังพบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการระบาด โดยมองว่าการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของหน่วยราชการ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้นำชุมชน นายก องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน มีอิทธิพลต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนเพราะเป็นผู้ที่ประชาชน ให้ความเคารพ เกรงใจ และมีส่วนร่วมใน การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก

สังคม ศุภรัตน์กุล และคณะ (2547) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำจากจังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2547 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยพื้นฐานในพื้นที่ปลอดโรคไข้เลือดออกเปรียบเทียบกับพื้นที่ระบาดซ้ำจากมี ระดับต่างๆ ดังนี้ 1) ระดับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน 2) ระดับทัศนคติต่อ โรคไข้เลือดออกและความเชื่อที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าพื้นที่ระบาดซ้ำจาก 3) บทบาทในกิจกรรมการ

ควบคุมลูกน้ำยุงลายทำได้น้อยกว่าพื้นที่ระบาดซ้ำซาก 4) สภาวะทางเศรษฐกิจชุมชนต่ำกว่าในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก ปัจจัยเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบด้วย 1) ทศนคติ (P-value = .003 ; 95% CI .376 ถึง 1.779) 2) สภาวะทางเศรษฐกิจชุมชน (P-value <.001; 95% CI -4.021 ถึง -1.379) และความเชื่อด้านสุขภาพของชุมชน (P-value <.001; 95% CI .785 ถึง 2.348) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ปลอดโรคไข้เลือดออก แต่ในพื้นที่ระบาดซ้ำซากกลับมีความสัมพันธ์กับการควบคุมลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ปลอดโรคไข้เลือดออก แต่ในพื้นที่ระบาดซ้ำซากกลับมีความสัมพันธ์กับการควบคุมลูกน้ำยุงลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ (2 = 29.50; p-value <.001) 2) ปัจจัยเอื้อ (2=10.87; p-value=.004) และ 3) ปัจจัยเสริม (2 = 6.820; P-value = .033) ปัจจัยเอื้อมีอำนาจในการพยากรณ์การตรวจไม่พบลูกน้ำยุงลายได้ร้อยละ 7.30 (Nagelkerke R² = 0.073) ในพื้นที่ปลอดการระบาดของโรคไข้เลือดออก และปัจจัยนำมีอำนาจในการพยากรณ์ การตรวจไม่พบลูกน้ำ ได้ร้อยละ 45.4 (Nagelkerke R² = 0.454) ในเขตพื้นที่ระบาดซ้ำซาก ข้อสรุปแสดงให้เห็นว่ารูปแบบของการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เลือดออกในอนาคตจะต้องสามารถเชื่อมโยงหลายๆ ปัจจัยมาผสมผสานกัน ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคที่เกิดปีเว้นปี หรือปีเว้นสองปี การมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท นโยบายท้องถิ่นกับนโยบายรัฐบาลและพฤติกรรมของชุมชน ควรมีการส่งเสริมปัจจัยเอื้อให้มากขึ้นในด้านปัจจัยเสริมไม่ได้เป็นปัจจัยหลักต่อการควบคุมลูกน้ำยุงลายทั้ง 2 พื้นที่

จันทร์พร จิระเชษฐพัฒนา (2551) พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ความ พอเพียงของทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

ธีระศักดิ์ มักคุ้ม (2543) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของ

พีรพล ชูส่งแสง (2548) ศึกษาการปฏิบัติตัวของผู้นำครอบครัวและครูโรงเรียนประถมศึกษาโดยเลือกจาก 2 ตำบลในอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า ครูประถมจะมีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่าเป็น 2.45 เท่า เมื่อเทียบกับผู้นำครอบครัว (OR = 2.02; 95% CI = 1.24-3.28) และผู้นำครอบครัวและครูประถมที่มีความรู้ในเกณฑ์ดี จะมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่าเป็น 2.70 เท่า เมื่อเทียบกับผู้นำครอบครัวและครูประถมที่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ (OR = 2.70; 95% CI=1.54-4.73) ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย เนื่องจากประเทศไทยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกทุกๆ 2-4 ปี ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกผ่านทางโรงเรียนประถมโดยปลูกจิตสำนึกและการมีส่วนร่วมของเด็กและผู้ปกครองเป็นประจำและต่อเนื่องก่อนที่จะเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกขึ้น

ภาณุพงษ์ พุทธชา และคณะ (2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดอุดรธานี ปี 2549 พบว่า การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สำคัญคือการสนับสนุนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมการระบาดของโรค เกือบ 4 ใน 5 เคยจัดซื้อเครื่องพ่นเคมี ประมาณ 1-2 เครื่อง และสนับสนุนงบประมาณโดยประมาณ 50,000 บาท ส่วนด้านอื่นๆ เช่น ด้านความรู้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในระดับดี แต่ 1 ใน 4 เท่านั้นที่นำมาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะด้านแผนงานโครงการ การจัดทำแผนชื้อน้ยาเคมี จัดทำแผนชื้อทรายกำจัดลูกน้ำ และแผนป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านสนับสนุนงบประมาณ เช่น การจัดชื้อน้ยาเคมี และทรายกำจัดลูกน้ำ มีการประสานงานที่ดีกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนด้านสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์และการประเมินผลอยู่ในระดับกลาง ขณะที่สนับสนุนการอบรมอยู่ในระดับต่ำ

บัณฑิต วรรณประพันธ์ (2552) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลเอกชน ในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดนครราชสีมา ปี 2552 โดยศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลโคราชเมมโมเรียล เขตเทศบาลนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร เทคโนโลยี การสื่อสารที่ชัดเจน วัฒนธรรมในการจัดการความรู้ของผู้บริหาร การมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรร่วมกับชุมชน และแนวทางหรือมาตรการในการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก

ธนวัน แสงพิศุทธิ์ และคณะ (2552) ศึกษาประสิทธิผลการควบคุมลูกน้ำยุงลายในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกโดยให้ค่าตอบแทนผู้ควบคุมลูกน้ำยุงลายในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2552 โดยเปรียบเทียบดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านที่มีผู้ควบคุมลูกน้ำยุงลายซึ่งได้รับค่าตอบแทนกับหมู่บ้านปกติ โดยมืองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการจ่ายค่าตอบแทน ผลการศึกษาพบว่าผลการดำเนินงานควบคุม กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของอาสาศัมครสาธารณสุข และอาสาศัมครมาลาเรีย โดยความร่วมมือของประชาชน พบค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายหลังการทดลองลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยตามมาตรฐานสาธารณสุขกำหนด แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ผลสืบเนื่องจากอาสาศัมครสาธารณสุขออกดำเนินการจริงเป็นประจำทุกสัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้มีการพบปะพูดคุย ให้คำแนะนำ และร่วมดำเนินการกับเจ้าของบ้านเป็นประจำ ทำให้เกิดความร่วมมือของเจ้าของบ้านและยอมรับอาสาศัมครสาธารณสุขให้มาบ้านตนเองทุกสัปดาห์

สาโรจน์ สมัยคำ (2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเลย ปี 2549 พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเลย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.29 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ พบว่า ระดับการศึกษา ตำแหน่งในองค์การบริหารส่วนตำบล การรับรู้บทบาทของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง และการ

รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งสมาชิก อบต. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

รุจิรา เจตีย์ (2511) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดนครนายก ปี 2551 พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งสมาชิกสภา อบต. ประวัติการเป็น อสม. การเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล การรับรู้บทบาทหน้าที่ และการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ สมาชิกสภา อบต. ขาดการมีส่วนร่วม ตัดสินใจ/วางแผน และติดตามประเมินผล รวมถึงขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน

รัชณี ถิตย์ประเสริฐ (2552) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลบ่อแก้ว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2552 พบว่า แนวทางในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 1. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อกำหนดแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2. กิจกรรมสุขศึกษาประชาสัมพันธ์เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 3. กิจกรรมจัดหาทรายเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลาย 4. กิจกรรมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย 5. กิจกรรมสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ 6. กิจกรรมประกวดบ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย หลังจากดำเนินการกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมภายใน 3 เดือน ผลการเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ผลการดำเนินงานพบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงดังนี้ BI จาก 226.91 ลดลงเป็น 36.77 ค่า CI จาก 24.88 ลดลงเป็น 4.03 ค่า HI จาก 69.06 ลดลงเป็น 7.62 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

สุเทพ ศรีสุนะ (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรในองค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตอำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ปี 2551 พบว่า ภาพรวมส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.=0.63) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ในการวางแผน ในการตัดสินใจ และการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย 3.83 (S.D. = .079 และ 0.73 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการรับ

ผลประโยชน์ ค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.=0.70 และ 0.67 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร พบว่ามีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง

กฤษฎีพัฒน์ ฉัตรทอง (2552) ศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีกระบวนการปฏิบัติงาน 9 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมการก่อนการวิจัยโดยการเตรียมผู้ช่วยวิจัย การคัดเลือกชุมชนและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและการศึกษาบริบทของชุมชน 2) การศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานป้องกันไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องไข้เลือดออกของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน การวิเคราะห์ SWOT และร่วมสร้างแผนงานโครงการด้วยเทคนิคเอไอซี 4) การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนด้านมนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติในการทำงาน 5) การจัดกิจกรรมโครงการสร้างกระแสเผยแพร่ความรู้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และโครงการรณรงค์กำจัดต้นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก 6) การประเมินผลโครงการ 7) การปรับปรุงแผนและกำหนดกิจกรรมการประกวดบ้าน 8) การจัดกิจกรรมการประกวดบ้าน และ 9) การประเมินผลการพัฒนาแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน และผลจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมและการประสานการทำงานของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ในการร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งผลให้เกิดพลังในชุมชนที่สามารถร่วมกันป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ต่อไป

ยนต์ วุฒิสาร (2553) ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง โดยที่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ตอบถูก คืออาการไข้สูง ปวดศีรษะ เบื่ออาหารและมีจุดแดงบริเวณแขน ขา และลำตัว น่าจะเป็นอาการของไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 96.5 เจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่เป็นตัวมากที่สุดคือ เรื่องโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงตายได้ การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มากที่สุดคือ นอนกางมุ้งหรือนอนในห้องที่มีมุ้งลวดทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 100.0

นันท์ธ กิจไธสง และคณะ (2553) ศึกษาแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านการวางแผน ด้านงบประมาณและสิ่งสนับสนุน ด้านการประสานงาน และด้านการรายงานผลการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมจัดให้มีเวทีประชาคมเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุป รูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมของบริบทของชุมชน ดังนั้น รูปแบบที่ได้จากวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นๆต่อไป

สรุปจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรค ไข้เลือดออกมีแมลงพาหะคือยุงลายที่สามารถพบได้ทั่วไปทั้งชนิดพาหะหลักและพาหะรอง การลดโอกาส การแพร่ระบาดของโรคที่สำคัญที่สุดคือการลดปริมาณความชุมชุมของยุงให้มากที่สุด ความร่วมมือของ ชุมชนและประชาชนในการดูแลกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกบรรลุผล และเป็นวิธีที่ประหยัดสิ้นเปลืองน้อยที่สุด และหากผนวกกับการมี เครือข่ายสนับสนุนจากหลายภาคส่วน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทหน้าที่และความพร้อมด้านทรัพยากรในการสนับสนุนแก้ไข ปัญหา ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน จะยิ่งเพิ่มโอกาสความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's และปัจจัยที่ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยผู้สัมภาษณ์สามารถขยายความหรือซักถามเพิ่มเติมต่อเนื่องกันได้ เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจจุดประสงค์ของผู้สัมภาษณ์ และเพื่อให้ได้มุมมอง ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่จะมีประโยชน์ในการวิเคราะห์ต่อไป โดยการศึกษานี้มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

- 1) พื้นที่ทำการวิจัย
- 2) ประชากรในการวิจัย
- 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 5) การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 6) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 พื้นที่ทำการวิจัย

คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง โดยเลือกอำเภอที่ดำเนินงานตามมาตรการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งปี 2554 จังหวัดละ 2 อำเภอ ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนรวม 16 อำเภอ และเลือกพื้นที่ระดับตำบลรวม 25 ตำบล

ตารางที่ 3.1 พื้นที่ทำการศึกษาวิจัย

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
ลำพูน	ลี้	นาทราย
	ทุ่งหัวช้าง	ตะเคียนปม, บ้านปวง
เชียงใหม่	ดอยหล่อ	ยางคราม, สันติสุข
	จอมทอง	แม่สอย
แม่ฮ่องสอน	แม่สะเรียง	แม่ยวม
	แม่ลาน้อย	แม่ลาหลวง
เชียงราย	เมือง	ริมกก, สถานี
	แม่สาย	แม่สาย

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
น่าน	เวียงสา	ตาลชุม
	น่าน้อย	ศรีสะเกษ
พะเยา	เมือง	สันปาม่วง, แม่ปืม
	ภูกามยาว	แม่อิง, ดงเจน
ลำปาง	สบปราบ	สมัย, นายาง
	เถิน	เวียงมอก, แม่ถอด
แพร่	เมือง	ป่าแดด, นาจักร
	สูงเม่น	น้ำชำ, หัวฝาย

3.2 ประชากรในการวิจัย

เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตัวแทนหน่วยงานละ 1 คน ได้แก่ หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.)จังหวัดละ 2 แห่ง รวม 16 สสอ. และหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 25 แห่ง และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 25 แห่ง รวมผู้ให้ข้อมูล 66 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารกำหนดกรอบแนวคิด และสร้างแบบสัมภาษณ์ตามกรอบแนวคิดปัจจัย 5 M's ได้แก่

- Man บุคลากร ในประเด็น ข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
- Management Information บริหารจัดการข้อมูล ในประเด็น ชนิดของข้อมูล แหล่งที่มาของข้อมูล ความถี่การเข้าถึงข้อมูล
- Money งบประมาณ ในประเด็น แหล่งงบประมาณที่สนับสนุน จำนวนงบประมาณ
- Material วัสดุอุปกรณ์ ในประเด็น ชนิดของวัสดุอุปกรณ์ แหล่งที่ให้การสนับสนุน
- Management of disease control การบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พิจารณาในประเด็น การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเครือข่ายที่มีส่วนร่วม แผนงานโครงการกิจกรรม การบริหารจัดการโครงการ กลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาความรู้

ทักษะ ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น คนพ่นสารเคมี ผู้ดูแลเครื่องพ่น

จำนวน 2 ชุด สำหรับสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำหรับสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) แบบสัมภาษณ์สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วย

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก บทบาทหน้าที่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการมีและการได้มาของข้อมูลในการเฝ้าระวังโรคใช้เลือดออกได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลความชุกชุมของยุงพาหะ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ได้แก่ โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเครือข่าย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ตอนที่ 4 คำถามแบบปลายเปิด (Open Ended) เป็นคำถามที่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค จุดเด่น และสิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพื่อการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของพื้นที่

- 2) แบบสัมภาษณ์สำหรับเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก บทบาทหน้าที่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ได้แก่ โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เครือข่าย และการออกเทศบัญญัติหรือข้อบัญญัติ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ตอนที่ 3 คำถามแบบปลายเปิด (Open Ended) เป็นคำถามที่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค จุดเด่น และสิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพื่อการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของพื้นที่

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เพื่อให้การศึกษาวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก เพื่อใช้ในการกำหนดวัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษาวิจัย
- 2) จัดทำแบบสัมภาษณ์ที่สามารถเก็บข้อมูลได้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยในการศึกษาบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's และปัจจัยที่มีผลต่องานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 3) เลือกพื้นที่และหน่วยงานที่ใช้ในการวิจัย
- 4) ประชุมชี้แจงทีมวิจัยเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูล และจุดประสงค์รายคำถามเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันของผู้สัมภาษณ์ในทุกทีม
- 5) ทำหนังสือแจ้งไปยังสำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดและหน่วยงานที่ถูกคัดเลือก พร้อมแนบแผนการเข้าเก็บข้อมูล ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้รับผิดชอบตอบข้อมูล สามารถเตรียมรายละเอียดที่เกี่ยวข้องให้พร้อมก่อนได้
- 6) วิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษา
- 7) สรุปผลการวิจัย

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยเก็บข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตัวแทนหน่วยงานละ 1 คน จากหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 16 แห่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 25 แห่ง และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 25 แห่ง รวมผู้ให้การสัมภาษณ์ 66 คน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ในการวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยเชิงเนื้อหา เป็นการวิเคราะห์แผนงานโครงการโรคไข้เลือดออกของแต่ละหน่วยงาน การสนับสนุนทรัพยากรในกิจกรรมควบคุมโรค 5 M's : งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร เครือข่ายความร่วมมือและบทบาทในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรค และสิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุน

2) สถิติวิเคราะห์

เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะดำเนินการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ ลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลลงในแฟ้มข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ การวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติที่เชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัดส่วน บรรยายคุณลักษณะส่วนบุคคล ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไป

จากนั้นรวบรวมข้อมูลทุกด้าน รวมทั้งผลการทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสรุปเป็นประเด็นนำเสนอในรูปแบบความเรียงและแผนภาพ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้กำหนดรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross Sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาการบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนางานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน กลุ่มตัวอย่างศึกษาในครั้งนี้ คือผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกจำนวน 66 คน จากหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 16 แห่งๆ ละ 1 คน จากหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 25 แห่งๆ ละ 1 คน และผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 25 แห่งๆ ละ 1 คน ในการนำเสนอข้อมูลมีการใช้สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้สื่อความหมายดังนี้

$\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

SD แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังการรวบรวมข้อมูลได้ทำการวิเคราะห์ผลการวิจัยนำเสนอเป็นส่วนๆ ตามรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ให้สัมภาษณ์ อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก บทบาทหน้าที่

ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's ในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากข้อมูลผลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนจังหวัดละ 2 อำเภอรวม 16 สสอ. และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอที่ถูกคัดเลือกจำนวน 25 รพ.สต. และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในอำเภอที่ถูกคัดเลือกจำนวน 25 อปท. รวมกลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์รวมจำนวน 66 คน การวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชายร้อยละ 72.13 เพศหญิงร้อยละ 27.27 มีอายุระหว่าง 30-39 ปีมากที่สุดร้อยละ 43.94 รองลงมา มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 31.82 อายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.64 น้อยที่ 20-29 ปี ร้อยละ 10.61 อายุเฉลี่ย 42.65 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.45 อายุ น้อยที่สุด 23 ปี อายุมากที่สุด 58 ปี เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 46.97 รองลงมา คือ ระดับปริญญาโทร้อยละ 45.45 และระดับอนุปริญญาร้อยละ 7.58 ตำแหน่ง พบว่าผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 73.17 เจ้าพนักงานสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 21.95 และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 4.88 ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกในหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขรวมกันร้อยละ 24 ได้แก่ ตำแหน่งนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักบริหารสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ไม่ใช่สายงานสาธารณสุขร้อยละ 76 เช่น ตำแหน่งปลัด อบต./รองปลัดอบต. ประธานสภา อบต. นักพัฒนาชุมชน เป็นต้น ระยะเวลาในการปฏิบัติงานโรคไข้เลือดออกน้อยกว่า 1-5 ปีมากที่สุดร้อยละ 39.39 มากกว่า 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 37.88 และอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 22.73 โดยเฉลี่ยระยะเวลาปฏิบัติงานโรคไข้เลือดออก 9.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.84 น้อยที่สุด 3 เดือน มากที่สุด 30 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ (n= 66 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (n=66)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	48	72.73
หญิง	18	27.27
2.อายุ		
20-29 ปี	7	10.61
30-39 ปี	29	43.94
40-49 ปี	21	31.82
50 ปีขึ้นไป	9	13.64
($\bar{X}$ =42.65 ,SD = 12.45, Min = 23 ปี, Max = 58 ปี)		
3.ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	5	7.58
ปริญญาตรี	31	46.97
ปริญญาโท	30	45.45
4.ตำแหน่ง (เจ้าหน้าที่สสอ.และรพ.สต.) (n=41)		
นักวิชาการสาธารณสุข	30	73.17
พยาบาลวิชาชีพ	2	4.88
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	9	21.95
5.ตำแหน่ง (เจ้าหน้าที่ อปท.) (n=25)		
ปลัด อบต./รองปลัดอบต.	8	32
ประธานสภา อบต.	2	8
นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ	1	4
นักบริหารสาธารณสุข	1	4
พยาบาลวิชาชีพ	1	4
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3	12
นักพัฒนาชุมชน	4	16
นักพัฒนาการท่องเที่ยว	1	4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (n=66)	ร้อยละ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	1	4
นิติกร	1	4
เจ้าพนักงานธุรการ	1	4
เจ้าหน้าที่บุคลากร	1	4
6.ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก		
น้อยกว่า1-5 ปี	26	39.39
6-10 ปี	15	22.73
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	25	37.88
($\bar{X}$ = 9.9, SD = 7.83, Min = 3 เดือน, Max = 30 ปี)		

ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's ในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ได้แก่ การใช้ข้อมูลในการเฝ้าระวังโรคและยุ่งลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก กิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เครือข่ายในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และความเชื่อมโยงการบริหารจัดการทรัพยากรการดำเนินงาน 5 M's มีรายละเอียดดังนี้

2.1) การใช้ข้อมูลในการเฝ้าระวังโรคและยุ่งลายพาหะโรคไข้เลือดออก

การเฝ้าระวังโรคไข้ข้อมูลการแจ้งเหตุการณ์ข่าวการเกิดโรคและภัยเพื่อการควบคุมโรคพบว่าหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีระบบทะเบียนรับแจ้งข่าวในทุกจังหวัดยกเว้น สสอ.และ รพ.สต. จังหวัดแม่ฮ่องสอนไม่พบทะเบียนรับแจ้งข่าวการเกิดโรคและภัย

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของพื้นที่เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต. ร้อยละ 78.05 ได้รับข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกรายเดือน จากเอกสารนำเสนอประกอบการประชุมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดือนละ 1 ครั้ง การใช้ข้อมูลประเมินสถานการณ์โรคร้อยละ 65.85 ใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังระบาดวิทยารายงาน 506 มีความถี่ในการเข้าใช้รายวันร้อยละ 44.44 รายสัปดาห์ร้อยละ 29.63 รายเดือนร้อยละ 25.92 นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังติดตามข้อมูลจาก website ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักระบาดวิทยา และมีความถี่การเข้าใช้ข้อมูลมากที่สุดรายสัปดาห์ร้อยละ 41.67 รองลงมาเป็นรายวันและรายเดือนร้อยละ 29.17 เท่ากัน

ข้อมูลความชุกของยุงลายพาหะนำโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีระบบการสำรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ ติดตามค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย House Index หรือ HI ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย และ Container Index หรือ CI ร้อยละของภาชนะที่มีน้ำที่พบลูกน้ำยุงลาย โดยมีความถี่ในการสำรวจที่แตกต่างกันสำรวจเดือนละ 1 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 48.78 รองลงมาเป็นรายสัปดาห์ร้อยละ 43.9 และบางพื้นที่ที่มีความถี่มากกว่า 3 เดือนครั้งในช่วงฤดูแล้งร้อยละ 7.32 รายละเอียดดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและยุงลายพาหะนำโรคใช้เลือดออก ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ตอบโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สสอ.16 คนและ รพ.สต. 25 คน รวม 41 คน)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1.การเฝ้าระวังโรค		
1.1 ทะเบียนรับแจ้งข่าวผู้ป่วยของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (n=16)		
ไม่มี	2	12.5
มี	14	87.5
1.2 ทะเบียนรับแจ้งข่าวผู้ป่วยของหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=25)		
ไม่มี	2	8
มี	23	92
1.3 ติดตามข้อมูลผู้ป่วยในระบบรายงาน 506(n=41)		
ไม่ใช่	14	34.15
ใช่	27	65.85
ความถี่การเข้าติดตามข้อมูลในระบบรายงาน 506 (n=27)		
รายวัน	12	44.44
รายสัปดาห์	8	29.63

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
รายเดือน	7	25.92
1.4 ติดตามข้อมูลผู้ป่วยใน Website ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานกระบาดวิทยา(n=41)		
ไม่ใช่	17	41.46
ใช่	24	58.54
<i>ความถี่การได้รับข้อมูลทาง Website (n=24)</i>		
รายวัน	7	29.17
รายสัปดาห์	10	41.67
รายเดือน	7	29.17
1.5 ติดตามข้อมูลผู้ป่วยจากการประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(n=41)		
ไม่ใช่	9	21.95
ใช่	32	78.05
<i>ความถี่การได้รับข้อมูลจากการประชุม(n=32)</i>		
รายวัน	0	0
รายสัปดาห์	2	6.25
รายเดือน	30	93.75
2. การเฝ้าระวังความชุกของน้ำยุงลาย		
2.1 สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในพื้นที่(n=41)		
ไม่มี	0	0
มี	41	100
<i>ความถี่การสำรวจลูกน้ำยุงลาย(n=41)</i>		
ความถี่รายสัปดาห์	18	43.9
ความถี่รายเดือน	20	48.78
ความถี่มากกว่า 1 เดือน	3	7.32

2.2) กิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอ และตำบล

การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) 16 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 25 แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 25 แห่งรวม 66 แห่ง จากการศึกษาพบว่ากิจกรรมที่พบครอบคลุมในหลายพื้นที่มากที่สุด ได้แก่ กิจกรรมรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายพบร้อยละ 75.76 ของพื้นที่ศึกษาทั้งหมด รองลงมาเป็นกิจกรรมพ่นสารเคมีเพื่อลดความชุกชุมของยุงพบร้อยละ 68.18 ของพื้นที่ศึกษาทั้งหมด กิจกรรมพ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะพบร้อยละ 66.67 ของพื้นที่ศึกษาทั้งหมด กิจกรรมจัดทำสื่อบรรยายพบร้อยละ 53.03 ของพื้นที่ศึกษาทั้งหมด กิจกรรมประกวดชุมชนหรือโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลายพบร้อยละ 33.33 ของพื้นที่ศึกษาทั้งหมด นอกนั้นเป็นกิจกรรมที่พบดำเนินการน้อยกว่าร้อยละ 5 ของพื้นที่ศึกษาทั้งหมด ได้แก่ สุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย อบรมพนักงานพ่นสารเคมี ประชาคม อบรมพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และซ้อมแผนควบคุมโรค แหล่งงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่ามี 2 แหล่งสำคัญได้แก่

- 1) อปท./กองทุนสุขภาพตำบล
- 2) CUP และ PPA

งบประมาณส่วนใหญ่ได้รับจาก อปท./กองทุนสุขภาพตำบล เพื่อกิจกรรมการพ่นสารเคมีเพื่อลดความชุกชุม การพ่นสารเคมีเพื่อควบคุมโรค การรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย การจัดทำสื่อ การประกวดชุมชนหรือโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย และสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ส่วนงบประมาณจาก CUP, PPA สนับสนุนกิจกรรมอบรมพนักงานพ่นสารเคมี ประชาคม อบรมพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และซ้อมแผนควบคุมโรค

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่างบประมาณดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบลส่วนใหญ่ได้รับสนับสนุนจากอปท./กองทุนสุขภาพตำบล เพื่อกิจกรรมการพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย การจัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย ประกวดชุมชนหรือโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย ไม่พบกิจกรรมที่มีลักษณะแก้ไขปัญหเฉพาะของพื้นที่หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกิจกรรมที่พบมีความคล้ายกันในทุกพื้นที่ รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 กิจกรรมการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอและตำบล และแหล่งงบประมาณ

กิจกรรม	จำนวนพื้นที่ที่ ทำกิจกรรม (ร้อยละ) (n=66)	สัดส่วนแหล่งงบประมาณ(ร้อยละ)	
		อปท., กองทุน สุขภาพตำบล	CUP,PPA
รณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย	50(75.76)	88.0	12
พ่นสารเคมีกำจัดยุงเพื่อลดความชุกชุมของยุง	45(68.18)	95.6	4.4
พ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะเพื่อควบคุมโรค	42(63.64)	95.2	4.8
จัดทำสื่อ	36(54.55)	83.3	16.7
ประกวดชุมชนหรือโรงเรียนปลอดลูกยุงลาย	22(33.33)	72.7	27.3
สุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย	3(4.55)	66.7	33.3
ประชาคม	2(3.03)	0	100
อบรมพนักงานพ่นสารเคมี	1(1.52)	0	100
อบรมพัฒนาศักยภาพทีม SRRT	1(1.52)	0	100
ซ้อมแผนการควบคุมโรค	1(1.52)	0	100

2.3) เครือข่ายในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับอำเภอและตำบล

เครือข่ายในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอและระดับตำบลมีหน่วยงานเครือข่ายที่มีส่วนร่วมดำเนินงานหลายภาคส่วน จากการศึกษาพบว่าเครือข่ายงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ต้องดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ทุกพื้นที่แล้ว พบว่ามีหน่วยงานเครือข่ายอื่นๆที่เข้ามามีส่วนร่วมเสริมพลัง ได้แก่ ผู้นำชุมชนพบมีส่วนร่วมร้อยละ 90.24 ของพื้นที่ศึกษา โรงเรียนพบมีส่วนร่วมร้อยละ 78.05 ของพื้นที่ศึกษา นายอำเภอพบมีส่วนร่วมร้อยละ 63.41 ของพื้นที่ศึกษา ตำรวจ/ทหารพบมีส่วนร่วมร้อยละ 19.51 ของพื้นที่ เครือข่ายดังกล่าวมีบทบาทหลักในงานโรคไข้เลือดออก ดังนี้

1) สสอ. มีบทบาทหลักในการนิเทศติดตามการควบคุมโรคในพื้นที่ และสนับสนุนวิชาการให้กับบุคลากรทั้งเจ้าหน้าที่อปท. ผู้นำชุมชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จัดทำแผนงานโครงการประสานเครือข่าย ติดตามสถานการณ์โรคแจ้งข่าวพบผู้ป่วย และสอบสวนโรคจัดทำรายงานสอบสวนโรค

2) โรงพยาบาล /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทหลักในการแจ้งข่าวพบผู้ป่วย ดูแลรักษาผู้ป่วย สนับสนุนงบประมาณ(CUP) วัสดุอุปกรณ์ และดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่รับผิดชอบ

3) อสม. มีบทบาทหลักในการควบคุมโรค สำรวจลูกน้ำยุงลาย และเฝ้าระวังโรคในชุมชนแจ้งข่าวเมื่อพบผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ประชาชน

4) อปท. มีบทบาทหลักในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานโครงการ จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เครื่องพ่นสารเคมีและสารเคมีควบคุมโรค

5) นายอำเภอ มีบทบาทหลักในการอำนวยการ กำหนดนโยบาย และสั่งการสนับสนุนการควบคุมโรค

6) ผู้นำชุมชน มีบทบาทหลักในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชนและร่วมควบคุมโรค

7) โรงเรียน มีบทบาทหลักในการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในโรงเรียน

8) ตำรวจ/ทหาร มีบทบาทหลักร่วมรณรงค์สนับสนุนกำลังพลในการควบคุมโรคเมื่อถูกร้องขอแจ้งข่าวพบผู้ป่วย และช่วยควบคุมโรคในพื้นที่พิเศษ เช่น พื้นที่ค่ายทหาร พื้นที่ที่มีปัญหาเฉพาะยาเสพติด

รายละเอียดบทบาทของหน่วยงานเครือข่ายที่มีส่วนร่วมเสริมพลังในงานโรคไข้เลือดออกเฝ้าระวังโรค ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แสดงดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 บทบาทเครือข่ายเสริมพลังในงานเฝ้าระวังโรคป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับอำเภอและตำบล (ตอบโดยเจ้าหน้าที่สสอ. 16 แห่ง และรพสต. 25 แห่ง)

เครือข่ายและบทบาท	จำนวน	ร้อยละ
นายอำเภอ		
ไม่มีบทบาท	15	36.59
มีบทบาท	26	63.41
จำแนกบทบาท (n=26)		
กำหนดนโยบาย สั่งการสนับสนุนการควบคุมโรค	15	57.69
อำนวยการ	11	42.31
ผู้นำชุมชน		
ไม่มีบทบาท	4	9.76
มีบทบาท	37	90.24
จำแนกบทบาท (n=37)		
ประชาสัมพันธ์	31	83.78

เครือข่ายและบทบาท	จำนวน	ร้อยละ
ร่วมควบคุมโรค	17	45.95
ประชาคมควบคุมโรค	12	32.43
โรงเรียน		
ไม่มีบทบาท	9	21.95
มีบทบาท	32	78.05
จำแนกบทบาท (n=32)		
รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในโรงเรียน	27	84.38
จัดการเรียนการสอนความรู้เรื่องไข้เลือดออกในโรงเรียน	3	9.38
มีกิจกรรม อสม.น้อยในโรงเรียน	2	6.25
ตำรวจ/ทหาร		
ไม่มีบทบาท	33	80.49
มีบทบาท	8	19.51
จำแนกบทบาท (n=8)		
ร่วมรณรงค์และสนับสนุนกำลังในการควบคุมโรค	6	75
ช่วยควบคุมโรคในพื้นที่พิเศษ	1	12.5
แจ้งเหตุพบผู้ป่วย	1	12.5

เมื่อวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตามขั้นตอนการดำเนินงานก่อนเกิดโรคและขณะเกิดโรค ระยะเวลาเกิดโรคมีกิจกรรมจัดทำแผนงานโครงการของงบประมาณ เตรียมความพร้อมวัสดุ อุปกรณ์และพัฒนาบุคลากร เตรียมแผนการดำเนินงาน และการเฝ้าระวังผู้ป่วย และลูกน้ำยุงลายควบคุมกันไปด้วย ขณะเกิดโรคการควบคุมโรคกำจัดลูกน้ำและแหล่งเพาะพันธุ์ การพ่นสารเคมีส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ อสม.และทีมพ่นควบคุมโรคจาก อปท. แหล่งงบประมาณควบคุมโรคจาก อปท. พบปัญหาการควบคุมโรคไม่ปฏิบัติการร่วมกันต่างคนต่างทำ แสดงดังตารางที่ 4.5

2.4) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอและระดับตำบล พิจารณารายหน่วยงานพบว่า

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ “มีปัญหาด้านข้อมูลผู้ป่วย” มากที่สุดร้อยละ 62.5 ในเรื่องข้อมูลผู้ป่วยรายงานล่าช้าโดยเฉพาะจากโรงพยาบาลเอกชน ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ชื่อ ที่อยู่ ทำให้ตามหาตัวผู้ป่วยไม่พบ ผู้ป่วยรักษาข้ามจังหวัดไม่มีการรายงานพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลผู้ป่วยหายไม่ถูกรายงานเข้าระบบ รง.506 ล้วนทำให้การควบคุมโรคล่าช้าหรือไม่ได้ควบคุมโรค ปัญหารองลงมาเป็น “ปัญหาความร่วมมือของชุมชน” ร้อยละ 43.75 โดยเฉพาะในพื้นที่เฉพาะเข้าถึงยากอย่างชุมชนเขตเมือง ชุมชนกึ่งเมือง ปัญหาลำดับถัดมา “ปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ” ร้อยละ 31.25 ขาดงบประมาณนิเทศ ติดตามการดำเนินงาน “ปัญหาบุคลากร” ร้อยละ 31.25 บุคลากรมีภาระงานมาก ขาดความรู้ทางวิชาการ ขาดความเข้าใจปัญหาของพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล “มีปัญหาด้านบุคลากร” มากที่สุดร้อยละ 56 ในประเด็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานน้อยปริมาณงานมาก ไม่มีบุคลากรที่ทำหน้าที่พ่นสารเคมีควบคุมโรครับผิดชอบประจำ ดังนั้นคนพ่นสารเคมีจึงไม่มีความรู้ความชำนาญเรื่องเครื่องพ่นสารเคมีและวิธีการใช้สารเคมี รองลงมาเป็น “ปัญหาความร่วมมือของชุมชน” ร้อยละ 40 ในประเด็นความไม่ตระหนักในปัญหาโรคไข้เลือดออกไม่สนใจดูแลแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบริเวณบ้านของตนเอง ประชาชนนิยมให้มีการพ่นสารเคมีลดความชุกชุมของยุง “ปัญหาด้านงบประมาณ” รพ.สต.งบประมาณไม่เพียงพอ ส่วนงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจาก อปท. ยุ่งยากในการเบิกจ่ายร้อยละ 36

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น “มีปัญหาด้านบุคลากร” มากที่สุดร้อยละ 56 ในประเด็นปัญหาเจ้าหน้าที่ขาดความรู้เรื่องการพ่นสารเคมีในการควบคุมโรค ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก รองลงมาเป็น “ปัญหาด้านเทคนิควิชาการ” ร้อยละ 36 ในประเด็นเรื่ององค์ความรู้เรื่องโรค วิธีการควบคุมโรค สารเคมีและการใช้เครื่องพ่นสารเคมี รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในหน่วยงานสสอ. รพ.สต. และอปท.

ปัญหา	สสอ.(n=16)		รพ.สต. (n=25)		อปท. (n=25)	
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
งบประมาณ	5	31.25	9	36	6	24
บุคลากร	5	31.25	14	56	14	56
ข้อมูลผู้ป่วย	10	62.5	7	28	3	12
เทคนิค/วิชาการ	1	6.25	5	20	9	36
ประสานงานกับเครือข่าย	3	18.75	4	16	1	4
ความร่วมมือของชุมชน	7	43.75	10	40	3	12

ความต้องการสนับสนุนเพื่อการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ในระดับอำเภอและระดับตำบล พบว่าหน่วยงานระดับตำบล รพสต. และ อปท. ต้องการพัฒนาศักยภาพมากที่สุดร้อยละ 56 ของหน่วยงานศึกษา ในเรื่องการสอบสวนโรค การควบคุมโรค การใช้สารเคมี และวิธีการพ่นสารเคมี ส่วนหน่วยงาน สสอ. มีความต้องการสนับสนุนด้านวิชาการมากที่สุดร้อยละ 37.5 ของหน่วยงานศึกษา ในเรื่อง องค์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.7 ความต้องการสนับสนุนเพื่อการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ในระดับอำเภอและระดับตำบล

ความต้องการ	สสอ.(n=16)		รพ.สต. (n=25)		อปท. (n=25)	
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
ด้านข้อมูลโรค	4	25	4	16	5	20
ด้านวิชาการ	6	37.5	12	48	9	36
ด้านการพัฒนาศักยภาพ	4	25	14	56	14	56

2.5) ความเชื่อมโยงการบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's ในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก

จากข้อมูลผลการศึกษาในข้อ 2.1-2.4 พบว่าสิ่งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระดับอำเภอและระดับตำบล ได้แก่ เครือข่ายที่มีส่วนร่วม บทบาทหน้าที่ของเครือข่าย กิจกรรมงานโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ แหล่งงบประมาณสนับสนุน ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน เมื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงตามหลักการบริหารจัดการทรัพยากรการดำเนินงาน และวิเคราะห์ปัญหาส่วนขาดตามหลักการ 5 M's มีรายละเอียดดังนี้

M = คน (Man) หมายถึง บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระดับอำเภอและตำบล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล(รพ./รพ.สต.) อปท.และอสม. พบปัญหาส่วนขาดเจ้าหน้าที่ต้องการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรค การใช้สารเคมีและเครื่องพ่นสารเคมีควบคุมโรคตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานจำแนกตามเครือข่าย

- อสม. ต้องการความรู้เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ที่แตกต่างจากสื่อความรู้
- อปท. ไม่มีผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขโดยตรง คนพ่นสารเคมีไม่ผ่านการอบรมเรื่องการพ่นสารเคมี
- รพ.สต. ต้องการความรู้การสอบสวนโรค ความรู้ทางระบาดวิทยาของโรค วิชาการ/มาตรการที่สามารถนำมาใช้ในพื้นที่ได้ ความรู้เรื่องสารเคมีและเครื่องพ่นสารเคมี
- สสอ. ต้องการองค์ความรู้ใหม่ทางวิชาการในการป้องกันควบคุมโรค

M = การจัดการข้อมูล (Management of Information) หมายถึง ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วย และความชุกของลูกน้ำยุงลาย พบปัญหาระบบการเฝ้าระวังไม่เข้มแข็ง ข้อมูลผู้ป่วยล่าช้าไม่ครบถ้วน ข้อมูลผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อใช้ประโยชน์

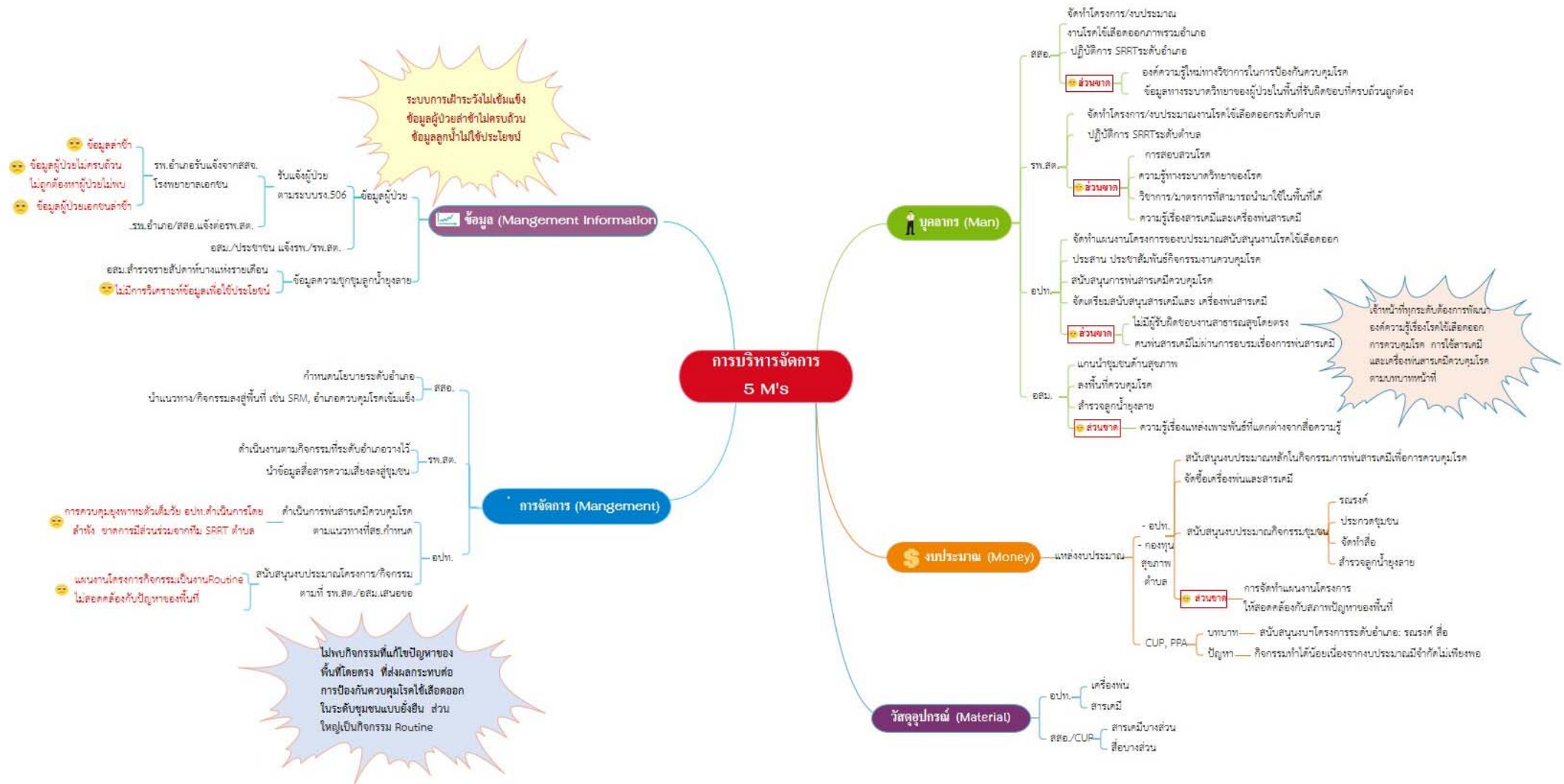
M = เงิน (Money) หมายถึง แหล่งงบประมาณมี 2 แหล่งสำคัญ ได้แก่ อปท./กองทุนสุขภาพตำบล และ CUP, PPA พบปัญหาในเรื่องการจัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรมมีความเหมือนกันในทุกพื้นที่ไม่พบกิจกรรมที่แก้ไขปัญหเฉพาะของพื้นที่

M = วัสดุอุปกรณ์ (Material) หมายถึง วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ เครื่องพ่นสารเคมี สารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัยและลูกน้ำ และสื่อ พบปัญหาเครื่องพ่นสารเคมีขาดการบำรุงรักษาชำรุดขาดประสิทธิภาพในการควบคุมโรค สารเคมีที่ใช้มีความหลากหลายทำให้ผู้ทำหน้าที่พ่นสารเคมีมีความสับสนในวิธีการใช้ สารเคมีและเครื่องพ่นไม่เพียงพอในการควบคุมโรคเนื่องจากมีกิจกรรมพ่นสารเคมีเพื่อลดความชุกชุมด้วยเหตุรำคาญ

M = การบริหารจัดการ (Management) หมายถึง การกำหนดนโยบาย การนำมาตรการมาตรฐานการดำเนินงานลงสู่การปฏิบัติ ปัญหาไม่พบกิจกรรมที่แก้ไขปัญหของพื้นที่โดยตรง ที่ส่งผล

กระทบต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนแบบยั่งยืน ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรม Routine การควบคุมโรคไข้เลือดออกขาดการมีส่วนร่วมจากทีม SRRT ตำบล อปท.ดำเนินการการควบคุมยุงพาหะ ตัวเต็มวัย อสม.กำจัดลูกน้ำยุงลายไม่ออกปฏิบัติการพร้อมกัน แสดงรายละเอียดดังภาพที่ 4.1

ภาพที่ 4.1 แผนผังความคิดการบริหารจัดการ 5 M's งานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ/ตำบล ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน



ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกในหน่วยงาน สสอ. รพสต. และ อปท. ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลทำให้งานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่สามารถดำเนินการได้สำเร็จใน 6 ประเด็น ได้แก่ การมีงบประมาณเพียงพอ บุคลากรมีความพร้อม มีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน มีโครงการงาน/กิจกรรมพิเศษ มีการประสานงานที่ดี และชุมชนมีส่วนร่วม ตามลำดับดังนี้ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกในหน่วยงานระดับตำบล ทั้งจากหน่วยงาน รพสต. และ อปท. ให้ความสำคัญว่าการมี “เครือข่ายร่วมดำเนินงาน” มีส่วนสำคัญมากที่สุด โดยหน่วยงาน รพสต. ให้ความสำคัญมากที่สุดร้อยละ 84 และหน่วยงาน อปท. ให้ความสำคัญมากที่สุดร้อยละ 64 ตามลำดับ รองลงมาเป็น “ชุมชนมีส่วนร่วม” และ “การประสานงานที่ดี” สำหรับระดับอำเภอ สสอ. ให้ความสำคัญที่สุดในประเด็น “การประสานงานที่ดี” ร้อยละ 93.75 รองลงมาเป็น “การมีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน” และ “บุคลากรมีความพร้อม” รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระดับอำเภอและตำบล

ปัจจัย	สสอ.(n=16)		รพ.สต. (n=25)		อปท. (n=25)	
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
1. งบประมาณเพียงพอ	6	37.5	13	52	11	44
2. บุคลากรมีความพร้อม	12	75	15	60	6	24
3. มีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน	12	75	21	84	16	64
4. มีโครงการงาน/กิจกรรม	8	50	10	40	7	28
5. มีการประสานงานที่ดี	15	93.75	10	40	15	60
6. ชุมชนมีส่วนร่วม	8	50	16	64	14	56

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษากิจการบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจการบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's และปัจจัยที่ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายระดับอำเภอ ระดับตำบลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยผู้ทำการศึกษา นำเสนอผลการศึกษาดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก รวม 66 คน จากหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 16 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 25 แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 25 แห่ง สรุปผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's ในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอและระดับตำบล

1.1 การบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's ได้แก่ บุคลากร (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) การจัดการข้อมูล (Management of Information) และการบริหารจัดการ (Management)

1) บุคลากร (Man) ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) พบสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 72.13 จากลักษณะของเพศชายที่มีความมั่นใจและคล่องตัวสูงกว่าเพศหญิงเป็นข้อดีต่อการปฏิบัติการควบคุมโรคในพื้นที่ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยกลางคน อายุ 30-50 ปี ร้อยละ 75.76 เฉลี่ย 42.65 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.45 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานโรคไข้เลือดออกมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.61 เฉลี่ย 9.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.83 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับการศึกษาปริญญาตรีและปริญญาโท ร้อยละ 91.42 การที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกมีประสบการณ์การทำงานและมีการศึกษาสูง มีโอกาสที่จะพัฒนาตนเองในการทำงาน เป็นข้อดีสามารถแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยหรือมีประสบการณ์น้อย ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลเป็นนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 73.17 ส่วนน้อยเป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานสาธารณสุข สำหรับผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีตำแหน่งที่หลากหลาย ร้อยละ 24 เป็นตำแหน่งงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักบริหารสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานสาธารณสุข ด้วยเหตุนี้จึงพบผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของ อปท. ขาดความเข้าใจในมาตรการงานสาธารณสุข บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานอปท.ต่องานสาธารณสุข และแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมในแต่ละประเด็นปัญหาโรคและภัย เช่น ปัญหาโรคไข้เลือดออก จากผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็ต้องการความรู้เพิ่มเติมทางด้านระบาดวิทยา การสอบสวนโรค และการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ว่าเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ต้องการพัฒนาคำรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกวิธีการป้องกันควบคุมโรค ดังนั้นการสื่อสารสนับสนุนและพัฒนาคำรู้ความเข้าใจในมาตรฐานงานและความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่สังกัดต้องงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับบุคลากรของอปท.ทั้งผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข จึงเป็นเรื่องที่หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องให้การสนับสนุน

2) การจัดการข้อมูล (Management of Information) เพื่อการเฝ้าระวังโรคและติดตามสถานการณ์โรค

แหล่งข้อมูลที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลใช้ติดตามสถานการณ์โรคในพื้นที่มาจาก 3 แหล่งข้อมูล ได้แก่ ระบบข้อมูลรณ.506, Website ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักระบาดวิทยา และจากการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน พบว่าแหล่งข้อมูลที่เจ้าหน้าที่เข้าถึงได้มากที่สุด ได้แก่ รายงานสถานการณ์โรคจากการประชุมประจำเดือนร้อยละ 78.05 ความถี่การได้รับข้อมูลส่วนใหญ่เป็นรายเดือน รองลงมาเป็นข้อมูลจากรณ.506 ร้อยละ 65.85 ความถี่การใช้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นรายวัน และจาก Website ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักระบาดวิทยาร้อยละ 58.54 ความถี่การได้รับข้อมูลส่วนใหญ่เป็นรายสัปดาห์ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจากการประชุมประจำเดือนเป็นแหล่งข้อมูลที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับสมำเสมอที่สุด แต่ไม่ใช่เพื่อการควบคุมโรค แต่เป็นการรายงานเพื่อติดตามการดำเนินงานและพิจารณาแนวทางการดำเนินงาน ดังนั้นควรส่งเสริมพัฒนาให้ผู้จัดทำข้อมูลมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง ซึ่เป้าพื้นที่เสี่ยง และจัดทำข้อเสนอในการรายงานสถานการณ์โรคประจำเดือน ก็จะเป็นโอกาสให้เกิดข้อสั่งการหรือนโยบายการดำเนินงานที่แก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ได้

ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังเหตุการณ์ระบาดของโรคและภัย พบว่า สสอ.และ รพ.สต.มีทะเบียนรับแจ้งข่าวการเกิดโรคและภัยทุกจังหวัด ยกเว้น ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ไม่มีทะเบียนรับแจ้งข่าวการเกิดโรคและภัย การบันทึกข่าวลงในทะเบียนรับแจ้งข่าวเป็นกิจกรรมเริ่มต้นของกระบวนการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่

ข้อมูลมาจากหลากหลายแหล่งและอาจยังไม่ได้ตรวจสอบซ้ำ แต่เพื่อให้เหตุการณ์ที่อาจเป็นปัญหาสำคัญได้ถูกบันทึกและได้ติดตามตรวจสอบเหตุการณ์เพื่อการรู้เร็ว ควบคุมโรคเร็ว จึงควรต้องสนับสนุนให้ทุก สสอ.และ รพ.สต.มีทะเบียนรับแจ้งข่าวเจ็บป่วยที่กสมำเสมอตรวจสอบติดตามได้ทุกพื้นที่

ข้อมูลเฝ้าระวังความชุกของลูกน้ำยุงลายได้จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เพื่อประโยชน์ในการประเมินความเสี่ยงของพื้นที่ต่อการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก พบว่าทุกตำบลมีกิจกรรมสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยอสม.มีความถี่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ สำรวจถี่เดือนละ 1 ครั้งพบร้อยละ 48.78 และสำรวจถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้งพบร้อยละ 43.9 จากการสัมภาษณ์และอ่านเอกสารรายงานผลการดำเนินงานของพื้นที่ ไม่พบการวิเคราะห์ข้อมูลความชุกของลูกน้ำยุงลายหรือมีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผนงานแต่อย่างใด

3) งบประมาณ (Money)

แหล่งงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ทั้งระดับอำเภอและตำบลมี 2 แหล่งงบประมาณ ได้แก่ อปท./กองทุนสุขภาพตำบล และ CUP/PPA พบว่างบประมาณจากอปท./กองทุนสุขภาพ สนับสนุนให้กับกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย กิจกรรมพ่นสารเคมีทั้งเพื่อการลดความชุกชุมของยุงและเพื่อการควบคุมโรค การจัดทำสื่อ การประกวดชุมชนหรือโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เครื่องพ่นสารเคมีและสารเคมีควบคุมโรค ส่วนงบประมาณจาก CUP/PPA สนับสนุนกิจกรรมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อการพัฒนาวิชาการให้กับบุคลากร ได้แก่ อบรมพนักงานพ่นสารเคมี ประชาคม อบรมพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และซ่อมแผนควบคุมโรค

จากการศึกษาพบว่ากิจกรรมมีความเหมือนกันในทุกพื้นที่ ไม่พบกิจกรรมที่แก้ไขเฉพาะของพื้นที่แม้ว่างบประมาณของอปท.จะมากน้อยแตกต่างกันตามขนาดของอปท.และรายได้ของอปท.ก็ตาม ส่วนงบประมาณพัฒนาบุคลากรที่ได้รับสนับสนุนจาก CUP/PPA ไม่เพียงพอทำให้กิจกรรมที่วางไว้ทำได้ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในครั้งเดียวต้องแบ่งย่อยหลายปี ดังนั้นเพื่อให้การใช้งบประมาณเหมาะสมและแก้ไขปัญหของพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ อปท.ต้องมีความเข้าใจในงานมาตรฐานการควบคุมโรคไข้เลือดออกและมีการประสานงานที่ดีกับภาคประชาชนร่วมกันทำแผนงานโครงการ

4) วัสดุอุปกรณ์ (Material) หมายถึง เครื่องพ่นสารเคมี สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัย เป็นวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญในงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทุกพื้นที่หน่วยงานอปท.ให้การสนับสนุนเครื่องพ่นสารเคมีและสารเคมีกำจัดยุงลาย รวมทั้งสนับสนุนทีมพ่นสารเคมีและดูแลรักษาเครื่องพ่นสารเคมี ดังนั้นการสนับสนุนความรู้เรื่องเครื่องพ่นสารเคมีที่ได้มาตรฐาน สารเคมีที่มีคุณภาพให้กับเจ้าหน้าที่อปท.ที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาวัสดุอุปกรณ์จึงต้องดำเนินการโดยหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การจัดหาวัสดุอุปกรณ์มีคุณภาพตามมาตรฐานการควบคุมโรคไข้เลือดออกและสามารถใช้สารเคมีเครื่องพ่นสารเคมีได้อย่างปลอดภัย

5) การบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (Management of disease control) หมายถึง การวางแผนงาน การปฏิบัติงานตามแผน การควบคุมและการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอ และตำบล มีลักษณะกิจกรรมคล้ายคลึงกันในทุกจังหวัด ร้อยละ 70 ของพื้นที่ที่ทำการศึกษาค้นพบกิจกรรมการพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัยเพื่อลดความชุกชุมและเพื่อการควบคุมโรค การรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย การจัดทำสื่อ และการประกวดชุมชนหรือโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากอปท.และกองทุนสุขภาพตำบล ส่วนกิจกรรมด้านการพัฒนาบุคลากร ได้แก่ การอบรมพนักงานพ่นสารเคมี การอบรมทีม SRRT การซ้อมแผนควบคุมโรค การทำประชาคม และการสำรวจลูกน้ำยุงลาย เป็นกิจกรรมที่พบเพียงร้อยละ 5 ของพื้นที่ที่ทำการศึกษา โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก CUP และงบฯ PPA ไม่พบกิจกรรมที่มีลักษณะแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออก

1.2 เครือข่ายงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ในระดับอำเภอและตำบลพบว่าหน่วยงานหลักที่ร่วมดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) และเป็นทีม SRRT ตำบล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งระบบ อสม.เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนเจ้าหน้าที่อปท.สนับสนุนการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน ได้แก่ สนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการประสานงานในชุมชนเพื่อการป้องกันควบคุมโรค ปัญหาที่พบในการปฏิบัติการควบคุมโรคของทีม SRRT ตำบล ได้แก่ การปฏิบัติการควบคุมโรคแยกส่วนระหว่างทีมพ่นสารเคมีควบคุมยุงตัวเต็มวัย ทีมสอบสวนโรค และทีมควบคุมลูกน้ำยุงลาย เป็นเหตุให้ปฏิบัติการควบคุมโรคด้อยประสิทธิภาพ เช่น ไม่มีการเตรียมชุมชนก่อนพ่น ไม่มีการกำหนดขอบเขตพื้นที่ควบคุมโรครัศมีรอบบ้านผู้ป่วย 100 เมตร กำจัดลูกน้ำยุงลายไม่ครอบคลุม ไม่เกิดกระแสความตื่นตัวของประชาชนในการมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากผลการศึกษาพบว่าผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกของหน่วยงาน อปท.ร้อยละ 76 มีตำแหน่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข ทำให้ความเข้าใจในมาตรฐานงานสาธารณสุขและความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่มีต่องานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ชัดเจน ดังนั้นต้องพัฒนาความเข้าใจในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับเจ้าหน้าที่อปท. เพื่อร่วมกันเป็นแกนหลักในการจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายอื่นๆ

ระดับตำบล ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่วางขั้นตอนการปฏิบัติงานให้รวดเร็ว มีความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้จริง เครือข่ายอื่นๆที่มีบทบาทในงานโรคไข้เลือดออกที่พบจากการศึกษานี้ ได้แก่

1) ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีส่วนร่วมในงานโรคไข้เลือดออกร้อยละ 90.24 ของพื้นที่ศึกษา โดยมีบทบาทในด้านการประชาสัมพันธ์ประชาสัมพันธ์และควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก วิธีการสื่อสารความรู้ และพัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับพื้นที่ สนับสนุนให้กับผู้นำชุมชนจะช่วยเสริมสมรรถนะการสื่อสารแก่ผู้นำชุมชนให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น

2) โรงเรียนมีส่วนร่วมในงานโรคไข้เลือดออกร้อยละ 78.05 ของพื้นที่ศึกษา พบว่าโรงเรียนที่มีส่วนร่วมร้อยละ 84.38 จัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในโรงเรียน ร้อยละ 9.38 จัดกิจกรรมการเรียนการสอนความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในโรงเรียน และร้อยละ 6.25 จัดกิจกรรมสม.น้อยในโรงเรียน การจัดการเรียนการสอนความรู้เรื่องโรคและกิจกรรมสม.น้อย เป็นการส่งเสริมสุขภาพด้านสาธารณสุขพื้นฐานตั้งแต่วัยเด็กได้เป็นอย่างดีและยังสามารถเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนในชุมชนได้ด้วย แต่พบว่าโรงเรียนที่มีกิจกรรมเหล่านี้มีอยู่น้อย ดังนั้นควรผลักดันให้กระทรวงศึกษาธิการเห็นความสำคัญและรับเป็นนโยบายบรรจุกิจกรรมไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนระดับประถมทั่วประเทศ

3) นายอำเภอมีส่วนร่วมในงานโรคไข้เลือดออกร้อยละ 63.41 ของพื้นที่ศึกษา ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน 2534 มาตรา 61 ได้บัญญัติให้อำเภอมีอำนาจและหน้าที่เช่นเดียวกับอำนาจหน้าที่ของจังหวัด เช่น ตามมาตรา 52/1 ในการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมมือกับชุมชนในการดำเนินการให้มีแผนชุมชน เพื่อรองรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด และกระทรวง ทบวง กรม ฯลฯ ตามมาตรา 65 กำหนดให้อำเภอมีอำนาจปกครองบังคับบัญชาและควบคุมการปฏิบัติงานของกำนัน ผู้ใหญ่บ้านในเขตท้องที่อำเภอรับผิดชอบ เป็นต้น จากอำนาจหน้าที่ของอำเภอตามพรบ.ดังกล่าว นายอำเภอจึงมีอำนาจสามารถผลักดันให้เกิดความร่วมมือบูรณาการงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด เจ้าของกิจการ ผู้นำชุมชน ทหาร ตำรวจ ประชาชน เป็นต้น นอกจากนี้นายอำเภอสามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ โดยมีเครื่องมือด้านกฎหมายและระเบียบแบบแผนรองรับ ดังนั้นปัญหาโรคไข้เลือดออกจึงต้องการนายอำเภอเข้าร่วมแก้ไขปัญหา หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอต้องจัดเตรียมข้อมูลเสนอปัญหาของพื้นที่ เช่น สถานการณ์โรค ปังจยเสี่ยง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในพื้นที่ให้นายอำเภอได้รับทราบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหา

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้สำเร็จในพื้นที่ระดับตำบลมากที่สุด ได้แก่ “การมีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน” รองลงมาเป็น “ชุมชนมีส่วนร่วม” และ “การประสานที่ดี” การที่ตำบลมีเครือข่ายเข้าร่วมดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกที่หลากหลายเข้มแข็ง จะสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดีกว่าตำบลที่ไม่มีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน ส่วนการดำเนินงานในระดับอำเภอปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมากที่สุด ได้แก่ “การประสานงานที่ดี” รองลงมาเป็น “การมีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน” และ “บุคลากรมีความพร้อม”

ด้านปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกจำแนกตามหน่วยงาน ในหน่วยงานสาธารณสุข(สสอ.และ รพ.สต.) พบปัญหาอุปสรรค

- 1) ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ขาดความรู้ทางวิชาการเรื่องโรคไข้เลือดออก ขาดความเข้าใจในปัญหาเฉพาะของพื้นที่ ไม่สามารถแปลงนโยบายลงสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่ได้
- 2) ด้านงบประมาณ งบประมาณดำเนินงานไม่เพียงพอ งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจาก อปท.มีปัญหาในการเบิกจ่ายและล่าช้า
- 3) ด้านข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลผู้ป่วยจากการแจ้งเหตุการณ์ล่าช้าไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนทำให้ค้นหาตัวผู้ป่วยไม่พบเป็นสาเหตุให้ไม่ได้ดำเนินการควบคุมโรค
- 4) ด้านความร่วมมือของประชาชน ประชาชนไม่ตระหนักในปัญหาโรคไข้เลือดออกไม่ดูแลแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านของตนเอง และความร่วมมือในการควบคุมโรคโดยเฉพาะในชุมชนเขตเมืองและชุมชนกึ่งเมือง

ในหน่วยงาน อปท. พบปัญหาอุปสรรคในด้านบุคลากร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของหน่วยงาน อปท.ที่พบส่วนใหญ่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นความเข้าใจในมาตรการงานสาธารณสุข บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานอปท.ต่องานสาธารณสุข และแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมต่อการแก้ไขปัญหายาสาธารณสุขของพื้นที่ต้องได้รับการสนับสนุนและพัฒนา โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออกที่กระบวนการทำงานต้องการอปท.สนับสนุนหลายด้าน ดังนั้นบุคลากรอปท.ต้องมีความรู้ความเข้าใจในงานระบาดวิทยา มาตรการและมาตรฐานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

5.2 อภิปรายผล

“อำเภอ” เป็นจุดเชื่อมโยงการดำเนินงานบริหารจัดการทรัพยากร จากส่วนภูมิภาคสู่ส่วนท้องถิ่น และชุมชน จึงเป็นจุดส่งผ่านการพัฒนาสู่ระดับตำบลด้วย นอกจากนี้อำเภอยังเป็นพื้นที่เป้าหมายสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายของผู้ปฏิบัติงานตอบโจทย์การทำงานเชิงพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยที่ต้องการเครือข่ายเข้าร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหา ดังนั้นการศึกษาระบบการบริหาร

จัดการทรัพยากรเพื่องานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอ จึงดำเนินการเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางาน ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการบริหารจัดการตามทฤษฎี 4 M's ได้แก่ บุคลากร (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการบริหารจัดการ (Management) แต่ในการบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยควรเพิ่ม 1 M ที่จำเป็น คือ การจัดการข้อมูล (Management of Information) รวมเป็น 5 M's จากผลการศึกษาพบว่า

1) ด้านบุคลากร(Man) ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอและตำบล เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีประสบการณ์การทำงาน มีการศึกษาสูงสามารถพัฒนาตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานได้ ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานอปท.ส่วนใหญ่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงขาดความเข้าใจในมาตรการงานสาธารณสุขและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานอปท.ต้องงานสาธารณสุข สอดคล้องการศึกษา โกวิทย์ พวงงาม และคณะ(2544) ศึกษาภาระกิจ อบต.และความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล พบว่าอบต.ขาดเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดนักวิชาการที่จะเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชน และมีปัญหาด้านการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงไม่สามารถดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพได้ เช่นเดียวกับ วีระพงศ์ จินะดิษฐ์ และคณะ(2544) ศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ปี 2544 พบว่า ปัญหาด้านการควบคุมโรคไข้เลือดออก อบต.ขาดบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรอื่น ๆ ที่มีอยู่ขาดความรู้ประสบการณ์ด้านการควบคุมโรคไข้เลือดออก และมีปัญหาด้านการประสานงานกับสถานอนามัยทำให้ประธาน อบต. และปลัดอบต. หลายแห่งให้ความเห็นว่าควรให้เจ้าหน้าที่สถานอนามัยเนื่องจากมีบุคลากรสาธารณสุข อบต.ขาดบุคลากรที่มีความรู้ จึงควรมีการประสานงานและแบ่งงานกันให้ชัดเจน ดังนั้นการสนับสนุนและพัฒนาความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานงานโรคไข้เลือดออก และความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต้องงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับบุคลากรของ อปท.ทั้งผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรงค์ ลีสุรพงศ์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อขององค์การบริหารส่วนตำบล พบว่าปัจจัยระดับความรู้การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับมากต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อขององค์การบริหารส่วนตำบล

2) ด้านการจัดการข้อมูล (Management of Information) เพื่อการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก พบว่ารายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกรายเดือนในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอเป็นช่องทางที่เจ้าหน้าที่ได้รับทราบสถานการณ์โรคมากที่สุด เป็นข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา(รง.506) ระบบเดียวกันทั้งประเทศ ส่วนการเฝ้าระวังความชุกของลูกน้ำ ยุงลายปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมีการสำรวจในทุกพื้นที่ โดยมีความถี่ในการสำรวจแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ทั้งรายเดือนและรายสัปดาห์ แต่พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่มีการนำข้อมูลผลการสำรวจ

ลูกน้ำยุงลายไปใช้ประโยชน์ตามที่สำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค แนะนำไว้ว่าการสำรวจลูกน้ำยุงลายเพื่อให้ทราบว่าในพื้นที่นั้นมียุงลายอยู่หรือไม่ และระดับความชุกชุมหรือความหนาแน่นของประชากรยุงลายมีมากน้อยเพียงใด ยุงลายมีการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์อย่างไร แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำลายที่เป็นปัญหาหลักของพื้นที่ ซึ่งข้อมูลทางกีฏวิทยาที่ได้จากการสำรวจสามารถนำมาพิจารณาหาวิธีกำจัดลูกน้ำยุงลายและวางแผนดำเนินการได้เหมาะสมจนไม่เป็นปัญหาในฤดูระบาดของโรคไข้เลือดออก และยังสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณและสารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลายเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อีกด้วย

3) ด้านงบประมาณ (Money)

งบประมาณดำเนินงานโรคไข้เลือดออกในระดับตำบล จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เครื่องพ่นสารเคมี และสารเคมีส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากอปท./กองทุนสุขภาพตำบล ส่วนงบประมาณพัฒนางานเชิงระบบ ได้แก่ การซ่อมแผน การอบรมพัฒนาศักยภาพในภาพกว้างทั้งอำเภอได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก CUP และ PPA พบปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ กิจกรรมแก้ไขปัญหามีสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ ดังนั้นการทำแผนงานโครงการควรทำแผนงานร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐฝ่ายสาธารณสุข อปท. ตัวแทนภาคประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่และร่วมกันพิจารณาเสนอแผนงานที่แก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณมีประสิทธิภาพสูงสุด

4) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) หน่วยงานอปท.สนับสนุนจัดหาอุปกรณ์เครื่องพ่นสารเคมีและสารเคมีกำจัดระยะลูกน้ำและตัวเต็มวัยยุงลาย รวมทั้งบำรุงรักษาเครื่องพ่นสารเคมี แต่พบว่าเจ้าหน้าที่อปท.ขาดความรู้ทักษะการใช้สารเคมี และการใช้เครื่องพ่นสารเคมีที่ถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ ต้องให้การสนับสนุนพัฒนาความรู้เรื่องเครื่องพ่นสารเคมี การเลือกใช้สารเคมีกำจัดยุง ที่เหมาะสมแก่เจ้าหน้าที่ของอปท. เพื่อให้การจัดหาวัสดุอุปกรณ์มีคุณภาพสามารถใช้ควบคุมโรคได้ตามมาตรฐานการควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมทั้งปลอดภัยทั้งผู้ปฏิบัติงานและประชาชน

5) ด้านการบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (Management of disease control) การวางแผนงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่พบกิจกรรมที่มีลักษณะแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ หรือกิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาระบาดโรคไข้เลือดออกในชุมชน สอดคล้องกับ ภาณพวงษ์ พุทธชา และคณะ(2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอปท.ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดอุดรธานี ปี 2549 พบว่าการมีส่วนร่วมของ อปท. ที่สำคัญคือการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมโรคไข้เลือดออก และสนับสนุนงบประมาณในการควบคุมการระบาดด้วย ขณะที่สนับสนุนการอบรมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้า พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของหน่วยงาน อปท. ขาด

ความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานงานสาธารณสุข และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานอปท.ที่ต้องดำเนินงาน ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขทุกภาคส่วนต้องสนับสนุนและพัฒนาความรู้ความเข้าใจในกระบวนการงานสาธารณสุขแต่ละด้าน แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของหน่วยงาน อปท. เพื่อให้เกิดการประสานงานและดำเนินงานร่วมกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้

สรุปได้ว่า กระบวนการบริหารจัดการงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามแนวทาง 5 M's ต้องจัดการให้เกิดการวางแผนงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชนในพื้นที่ทั้งในระดับตำบลและอำเภอ เพื่อให้การใช้ทรัพยากร 5 M's มีประสิทธิภาพ โดยต้องใช้ข้อมูลในการวางแผนงานแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายเข้าร่วมดำเนินงานให้ชัดเจน มีการบูรณาการแผนงานการดำเนินงานร่วมกัน และมีกระบวนการติดตามประเมินผล หน่วยงานภาครัฐต้องสนับสนุนความรู้และพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับงานโรคไข้เลือดออกให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่และภารกิจของหน่วยงาน ถึงแม้ว่าบทบาทหลักในงานโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จะเป็นหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ก็ต้องการเครือข่ายร่วมดำเนินงาน ดังผลการศึกษาพบว่าในพื้นที่ที่มีเครือข่ายร่วมดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคไข้เลือดออกสำเร็จในพื้นที่ สอดคล้องกับงานศึกษา ถวิลวดี บุรีกุลและคณะ(2551) ได้แสดงไว้ในคู่มือการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐในระดับจังหวัด กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชนทำให้ชุมชนมีคุณภาพของการตัดสินใจดีขึ้น มีประโยชน์ใช้ต้นทุนน้อยและลดความล่าช้าลง มีประโยชน์ในการสร้างฉันทามติ มีประโยชน์ในการนำฉันทามติไปปฏิบัติง่ายขึ้น ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมกำหนดแผนงานหรือกิจกรรมร่วมกัน ร่วมแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะและร่วมตัดสินใจจะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนชุมชนให้มีความเข้มแข็ง และเป็นผู้ประสานสร้างความร่วมมือ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนในตำบลเพื่อบริหารจัดการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขต้องให้การสนับสนุนข้อมูลและความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก รวมทั้งมาตรการและมาตรฐานงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับบุคลากรของหน่วยงานอปท. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ เครือข่ายต้องการความเชื่อมโยงแบบใช้อำนาจภาครัฐอย่างเช่นอำนาจของนายอำเภอช่วยประสาน ดังนั้นนายอำเภอจึงเป็นเครือข่ายสำคัญแบบใช้อำนาจสั่งการและอำนวยการทั้งในระดับอำเภอและตำบล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่านายอำเภอเข้ามามีบทบาทในงานโรคไข้เลือดออกน้อย ดังนั้นการศึกษาหากระบวนการ รูปแบบ เงื่อนไข ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานโรคไข้เลือดออกจึงจำเป็นเพื่อนำมาปรับใช้ต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน

จากการศึกษากระบวนการบริหารจัดการทรัพยากร 5 M's ในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก พบประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อประโยชน์ในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ดังนี้

- 1) หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลประจำอำเภอ ควรเพิ่มบทบาทเป็นพี่เลี้ยงช่วยทำแผนงานโครงการป้องกันควบคุมโรคระดับตำบล โดยสร้างเวทีการทำแผนงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนวิชาการ วิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัญหา และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ร่วมกับชุมชน
- 2) แผนการควบคุมโรคระดับตำบลต้องกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตการดำเนินงาน แหล่งงบประมาณ ประโยชน์จากการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดข้อตกลงและสามารถปฏิบัติได้จริง
- 3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรส่งเสริมสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ได้รับการพัฒนาด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการโรค ไข้เลือดออก การประเมินความเสี่ยง เพื่อประโยชน์ในการวางแผนงานและนำเสนอปัญหา
- 4) บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และภารกิจ ดังนี้
 - อาสาสมัครสาธารณสุข ควรได้รับความรู้เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ที่แตกต่างจากสื่อความรู้ทั่วไป และวิธีวิเคราะห์ข้อมูลผลการสำรวจลูกน้ำยุงเพื่อการแก้ไขปัญหาของพื้นที่
 - เจ้าหน้าที่อปท. ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกควรได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออก มาตรการและมาตรฐานงานควบคุมโรค และบทบาทหน้าที่ของอปท. ต่องานโรคไข้เลือดออก
 - ทีมพันสารเคมีควบคุมยุงพาหะในพื้นที่ ควรได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องวิธีการพันสารเคมี การใช้สารเคมี การใช้เครื่องพันสารเคมี และการบำรุงรักษาเครื่องพัน
 - เจ้าหน้าที่รพ.สต. และ สสอ. ควรได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องการสอบสวนโรค การเขียนรายงานสอบสวนโรค ความรู้ทางระบาดวิทยาของโรค วิชาการ/มาตรการ ความรู้เรื่องสารเคมีและเครื่องพันสารเคมี และวิธีวิเคราะห์ข้อมูลผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายเพื่อ

ติดตามความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย

- เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนการรายงานโรค ควรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ของระบบเฝ้าระวัง เช่น การชักประวัติที่มีรายละเอียดแบบเดียวกับรายงานการสอบสวนโรค การวินิจฉัยโรคที่สอดคล้องกับหลักนิยามโรคและการลงรหัสโรคที่เจาะจง

5.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาคูและช่วยพัฒนางานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่

- 1.ควรทำการศึกษากระบวนการ ขั้นตอน เงื่อนไข และปัจจัยที่สามารถทำให้เครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน รวมทั้งนายอำเภอเข้าร่วมดำเนินงานโรคไข้เลือดออก
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในงานโรคไข้เลือดออกทั้งในเชิงบวกและเชิงลบเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน และช่วยประเมินความเสี่ยงของพื้นที่
3. ควรศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรูปแบบการเสริมสร้างจิตสำนึกให้กับประชาชนร่วมรับผิดชอบสังคมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มโรคไข้เลือดออก สำนักโรคติดต่อหน้าโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553) คู่มือการประเมินผลตามตัวชี้วัดงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับจังหวัดปี 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร .
- เกษม ศิริสุโขดม. การประเมินผลโครงการ (2550) [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://mail.oae.go.th/assess.pdf> (เข้าเก็บข้อมูล: กรกฎาคม 2554)
- โกวิทย์ พวงงามและคณะ. (2544). รายงานวิจัยเรื่องการศึกษาภาระกิจ อบต.และความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล. มุลินีส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.
- จรรรงค์ ลีสุพงศ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อขององค์การบริหารส่วนตำบล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต; สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ถวิลวดี บุรีกุล และคณะ. (2551)คู่มือการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐในระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.
- ธีระศักดิ์ มักคูน. (2543) รายงานการวิจัยผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน ต่อความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมของแกนนำของสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง.
- บรรเทิง มาแสง. (2530). การติดตามและประเมินผลโครงการ กรุงเทพฯ. กองประเมินผล สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (เอกสารอัดสำเนา)
- บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา. (2548). อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวธุรกิจที่ไม่มีวันตายของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ซีพีบุ๊ค สแตนดาร์ด .
- ประพันธ์ พงษ์ชินพงษ์. (2551) อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์. ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ปรีดาศักดิ์ หนูแก้ว วิทยา ผ่องแผ้ว และกิริติ สวยสมเรียบ. (2554) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 18(2), 47-55.

- นายวีระพงศ์ จินะดิษฐ์ และคณะ. (2544). รายงานการวิจัย ศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ปี 2544, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สุจิตรา นิมมานนิตย์. (2545) การติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยง, อาการและการแสดง, การดูแลรักษาผู้ป่วย. ใน: โรคไข้เลือดออกประเภทรณก. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร, หน้า 7-21
- สันติชัย เอื้อจงประสิทธิ์. (2551). การศึกษาวิจัยในหน่วยงานท่องเที่ยวของรัฐ. จุลสารการท่องเที่ยว.
- สุริยะ คูหะรัตน์. (2544) นิยามโรคติดเชื้อ ประเทศไทย 2544. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554) รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อรนุช พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสังการ. (2551). พฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชนกรณีศึกษา หมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล. วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร, 27(1), 81-89
- Countries/area at risk of Dengue transmission. (2008). Geneva: World Health Organization. Available from: <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/>. (Access date: January, 2016)

ภาคผนวก

ชุด ก

แบบสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออก

☐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....

☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....

2. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

3. วุฒิการศึกษา ☐ 1.อนุปริญญา ☐ 2.ปริญญาตรี
☐ 3.ปริญญาโท ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

4. ตำแหน่ง ☐ 1.นักวิชาการสาธารณสุข ☐ 2.พยาบาลวิชาชีพ
☐ 3.เจ้าพนักงานสาธารณสุข ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก.....ปี

6. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของท่าน

6.1

6.2.....

6.3.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลการเฝ้าระวัง

7. มีทะเบียนรับแจ้งข่าวผู้ป่วยของหน่วยงานหรือไม่

☐ มี

☐ ไม่มี(ระบุเหตุผล).....

8. ท่านรับทราบสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบ จากแหล่งข้อมูลใด

แหล่งข้อมูล	ที่มาของข้อมูล	ความถี่
Web Site.....		☐ รายวัน ☐ รายสัปดาห์ ☐ รายเดือน ☐ อื่นๆ.....
รง. 506		☐ รายวัน ☐ รายสัปดาห์ ☐ รายเดือน ☐ อื่นๆ.....
รายงานในการประชุมของ หน่วยงาน.....		☐ รายวัน ☐ รายสัปดาห์ ☐ รายเดือน ☐ อื่นๆ.....
อื่นๆ.....		☐ รายวัน ☐ รายสัปดาห์ ☐ รายเดือน ☐ อื่นๆ.....

9. มีระบบการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ของท่าน หรือไม่

☐ มี ความถี่ ☐ รายสัปดาห์ ☐ รายเดือน ☐ อื่นๆ.....
สำรวจโดย.....

☐ ไม่มี

ตอนที่ 3 การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

10. โครงการ/กิจกรรมงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2554

☐ จัดกิจกรรมรณรงค์ งบประมาณ.....บาท แหล่งงบประมาณ.....

☐ ประกวดชุมชนหรือโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย

งบประมาณ.....บาท แหล่งงบประมาณ.....

☐ พ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคก่อนการระบาดหรือหลังการระบาด

งบประมาณ.....บาท แหล่งงบประมาณ.....

☐ พ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคขณะเกิดการระบาด

งบประมาณ.....บาท แหล่งงบประมาณ.....

☐ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ชนิดสื่อ.....

งบประมาณ.....บาท แหล่งงบประมาณ.....

☐ อื่นๆ กิจกรรม.....งบประมาณ.....บาท แหล่งงบฯ.....

กิจกรรม.....งบประมาณ.....บาท แหล่งงบฯ.....

กิจกรรม.....งบประมาณ.....บาท แหล่งงบฯ.....

11. ใครมีบทบาทต่อไปนี้ในงานควบคุมโรคไข้เลือดออก

ชื่อและสนับสนุนสารเคมี

☐ เทศบาล/อบต./อบจ. ☐ CUP ☐ สสอ. ☐ สสจ. ☐ อื่น.....

ชื่อและสนับสนุนเครื่องพ่นสารเคมี

☐ เทศบาล/อบต./อบจ. ☐ CUP ☐ สสอ. ☐ สสจ. ☐ อื่น.....

12. ท่านได้รับทราบนโยบาย อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน หรือไม่ ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน

ควบคุมโรคไข้เลือดออกหรือไม่

☐ เคย จากแหล่งใด.....

☐ ไม่เคย(ข้ามไปข้อต่อไป)

13. มีคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ หรือไม่

☐ มี ประธานคือ.....

เลขาฯ คือ.....

☐ ไม่มี(ข้ามไปข้อต่อไป)

14. การนิเทศติดตามงานโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ของท่าน ในปี 2553-2554 มีหรือไม่

☐ มี

☐ ผู้นิเทศ..... ความถี่..... ครั้งสุดท้ายว/ด/ป.....

☐ ผู้นิเทศ..... ความถี่..... ครั้งสุดท้ายว/ด/ป.....

☐ ผู้นิเทศ..... ความถี่..... ครั้งสุดท้ายว/ด/ป.....

☐ ไม่มี และมีวิธีติดตามงานอย่างไร.....

15. มีเครือข่ายอะไรบ้างที่มีส่วนร่วมในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ของท่าน

☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาท.....

☐ ผู้นำชุมชน บทบาท.....

☐ อสม. บทบาท.....

☐ หน่วยงานสาธารณสุขเช่น สสจ./สสอ./รพสต. บทบาท.....

☐ โรงพยาบาล บทบาท.....

☐ นายอำเภอ บทบาท.....

☐ โรงเรียน บทบาท.....

☐ ตำรวจ/ทหาร บทบาท.....

☐ อื่นๆ.....

16. มีทะเบียนรายชื่อพร้อมข้อมูลติดต่อของเครือข่าย หรือบุคคลที่ร่วมดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกหรือไม่ (ขอดูเอกสาร)

☐ มี

☐ ไม่มี

ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค จุดเด่น และสิ่งที่ต้องการสนับสนุน

17. มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในด้านใดบ้าง

- ☐ งบประมาณ.....
- ☐ บุคลากร.....
- ☐ ข้อมูลผู้ป่วย.....
- ☐ เทคนิค/วิชาการ.....
- ☐ การประสานงานเครือข่าย.....
- ☐ ความร่วมมือของชุมชน.....
- ☐ อื่นๆ.....

18. จุดเด่นที่ทำให้งานควบคุมโรคไข้เลือดออกประสบผลสำเร็จในพื้นที่ของท่านคือ

- ☐ งบประมาณ.....
- ☐ บุคลากร.....
- ☐ เครือข่าย.....
- ☐ มีโครงการงาน/กิจกรรมพิเศษ เช่นประกวดหมู่บ้าน/รร.ปลอดลูกน้ำยุงลาย ชุมชนเข้มแข็ง
- ☐ การประสานงาน.....
- ☐ ความร่วมมือของชุมชน.....
- ☐ อื่นๆ.....

19. สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

- ☐ ข้อมูล.....
- ☐ วิชาการเรื่อง.....
- ☐ พัฒนาบุคลากรด้าน.....
- ☐ อื่นๆ.....

ผู้สัมภาษณ์..... วันที่.....

ชุด ข

แบบสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออก

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ เทศบาลตำบล.....

☐ องค์การบริหารส่วนตำบล.....ขนาด.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....

2. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

3. วุฒิการศึกษา ☐ 1.อนุปริญญา ☐ 2.ปริญญาตรี
☐ 3.ปริญญาโท ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

4. ตำแหน่ง ☐ 1.นักวิชาการสาธารณสุข ☐ 2.นักวิชาการสุขาภิบาล
☐ 3.เจ้าพนักงานสาธารณสุข ☐ 4.อื่น ๆ ระบุ.....

5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก.....ปี

6. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของท่าน

6.1.....

6.2.....

6.3.....

ตอนที่ 2 ตอนที่ 3 การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

7. โครงการ/กิจกรรมงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2554 ที่อปท.จัดทำเอง

☐ จัดกิจกรรมรณรงค์ งบประมาณ.....บาท

☐ ประกวดชุมชนหรือโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย งบประมาณ.....บาท

☐ พ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคการระบาดหรือหลังการระบาด งบประมาณ.....บาท

☐ พ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคขณะระบาด งบประมาณ.....บาท

☐ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ชนิดสื่อ..... งบประมาณ.....บาท

☐ อื่นๆ ระบุ.....

8. การพนสารเคมีเมื่อพบผู้ป่วยใช้เลือดออกในพื้นที่ ใครมีบทบาทต่อไปนี้

หน่วยงานใดสนับสนุนงบประมาณ ☐ อบท. ☐ รพสต. ☐ สสอ. ☐ อื่นๆ.....

ผู้ทำหน้าที่พนสารเคมี.....

หน่วยงานใดสนับสนุนสารเคมี ☐ อบท. ☐ รพสต. ☐ สสอ. ☐ อื่นๆ.....

หน่วยงานใดสนับสนุนเครื่องพนสารเคมี ☐ อบท. ☐ รพสต. ☐ สสอ. ☐ อื่นๆ.....

9. มีการออกเทศบัญญัติหรือข้อบัญญัติเพื่อสนับสนุนงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยอาศัยพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หมวด 5 เรื่องเหตุรำคาญ

☐ มี ☐ ไม่มี (ข้ามไปข้อต่อไป)

ตอนที่ 3 ปัญหาอุปสรรค จุดเด่น และสิ่งที่ต้องการสนับสนุน

10. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ งบประมาณ.....

☐ บุคลากร.....

☐ ข้อมูลผู้ป่วย.....

☐ เทคนิค/วิชาการ.....

☐ การประสานงานเครือข่าย.....

☐ ความร่วมมือของชุมชน.....

☐ อื่นๆ.....

.....

11. จุดเด่นที่ทำให้งานควบคุมโรคใช้เลือดออกประสบผลสำเร็จในพื้นที่ของท่านคือ

☐ งบประมาณ.....

☐ บุคลากร.....

☐ เครือข่าย.....

☐ มีโครงการงาน/กิจกรรมพิเศษ เช่นประกวดหมู่บ้าน/รร.ปลอดลูกน้ำยุงลาย ชุมชนเข้มแข็ง

☐ การประสานงาน.....

☐ ความร่วมมือของชุมชน.....

☐ อื่นๆ.....

.....

12. สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

- ☐ ข้อมูล.....
- ☐ วิชาการเรื่อง.....
- ☐ พัฒนาบุคลากรด้าน.....
- ☐ อื่นๆ.....
-

ผู้สัมภาษณ์..... วันที่.....