

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินผลการนำนโยบายมาตรการควบคุมโรคชิกุนกุนยาสู่การปฏิบัติในชุมชน
กรณีศึกษา: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสงขลา

Evaluation on the implementation of Chikungunya control measure at community
level: a case study of the Village Health Volunteers Songkhla Province

ยอร์น จิระนคร* พบ. อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน
(เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก)

Yorn Chiranakorn* M.D., Dip. in Clinical Science
(Clinical Preventive Medicine)

ทัศนีย์ พงศ์ไพบุลย์** ร.ป.ม

Tassanee Pongpriboon** M.P.A.

*สำนักงานสาธารณสุขเขต 12

*Public Health Office Region 12

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

**Songkhla Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการกำหนดนโยบาย มาตรการการควบคุมโรคชิกุนกุนยา ไปสู่การปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้รูปแบบของชิปปี้ (CIPP model) ในมุมมอง 4 ด้าน คือ ด้านสภาวะแวดล้อม ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต ศึกษาใน อสม. ของอำเภอเทพา จะนะ นาทวี และอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 4,570 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอนได้ ขนาดตัวอย่าง จำนวน 368 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งได้รับการทดสอบความเชื่อมั่น และนำข้อมูล มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40-49 ปี ระดับการศึกษาอยู่ช่วงชั้นประถมศึกษา มีประสบการณ์เป็น อสม.ประจำหมู่บ้านน้อยกว่า 10 ปี และหลังคา เรือนรับผิชอบเฉลี่ย 10-19 หลังคาเรือน สภาวะแวดล้อมของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ มีความเห็นว่ นโยบายสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ความต้องการของชุมชนระดับดี ปัจจัยเบื้องต้นพบว่า ปัจจัย สนับสนุนโดยภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง เช่น การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การเตรียมความพร้อมของผู้เกี่ยวข้อง และความรู้แนวทางการควบคุมโรคของผู้นำชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ด้านกระบวนการปฏิบัติพบว่า การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อยู่ในระดับมาก การปฏิบัติกิจกรรม ตามมาตรการควบคุมโรคชิกุนกุนยาในพื้นที่ที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยหรือเคยมีผู้ป่วยพบว่า อยู่ในระดับมากแต่ในขณะที่ อสม. ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีปัญหาการขาดแคลนเครื่องพ่นและสารเคมี การใช้มาตรการด้านกฎหมายในการควบคุมโรค การประเมินผลผลิตของ อสม. ในชุมชนพบว่า กิจกรรมค้นหา ผู้ป่วยเชิงรุกพบมากถึงร้อยละ 75.9 การสำรวจค่า House index = 0.20-9.61 ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังดำเนินการฯ ทำให้ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 79.6 การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุข นั้นสามารถดำเนินการเฝ้าระวังเชิงรุกและควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี และหากมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และมีมาตรการที่ง่าย ก็สามารถที่จะพัฒนาให้ อสม. เป็นแกนนำในการเฝ้าระวังโรคและป้องกันควบคุมโรค ในระดับชุมชน เพื่อเตรียมพร้อมรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่ได้ในอนาคต

Abstract

This study aimed to evaluate the implementation of Chigunkunya control measure from policy to practice in a community by the village health volunteers (VHV). The CIPP Model was applied to evaluate in 4 components: context, input, process, and product. The 4,570 VHVs in Thepa, Chana, Sabayoi, and Sadao District in Songkhla Province were stratified randomly sampled to be 368 samples. The questionnaire was pretested for reliability and used for data collection. The statistical analysis was performed and presented by using descriptive statistics. The results revealed that the samples were mostly female with age group of 40-49 years and graduated primary school level. Their experience of working as VHV was less than 10 years. Each VHVs responded an average of 10-19 households. The context of control measure implementation was in good level. The control measure was relevant to the faced problems in the community. Input component was appropriate and adequate which its score was in fair level. The budgets, materials, equipments, preparedness of the community and knowledge of the community leaders including VHVs were fair. The process; the control measure practice in the villages where had no reported case, and ones with any cases had been reported, was good while the control measure practice in the village with a case occurring was fair. The products of control measure practice in community were an active cases finding activities in village (75.9%), less mosquito breeding sites (House index = 0.20 - 9.61) and no any reported cases in controlled villages (79.6%). This study could demonstrate the potential of the VHVs in active surveillance, early detection and disease control timely to prepare for epidemics of the emerging and re-emerging diseases in the near future.

ประเด็นสำคัญ

มาตรการควบคุมโรคชิกุงุนยา,
อาสาสมัครสาธารณสุข

Key words

*Chikungunya control measure ,
Village Health Volunteers*

บทนำ

โรคชิกุงุนยา (Chikungunya) เป็นโรคติดต่อ โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค เกิดจากเชื้อไวรัสชิกุงุนยา มีรายงานการระบาดครั้งแรกทางตอนใต้ของประเทศ แทนซาเนียในทวีปแอฟริกาในปี พ.ศ. 2496⁽¹⁾ ประเทศไทยพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้น มีรายงานผู้ป่วยที่จังหวัดปราจีนบุรี(พ.ศ. 2519) จังหวัดขอนแก่น (พ.ศ. 2534) จังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดหนองคาย (พ.ศ.2538)⁽²⁾ สำหรับการระบาดครั้งล่าสุดมีการรายงานผู้ป่วยรายแรกที่หมู่ที่ 8 ตำบลละหาร อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส ในเดือนสิงหาคม 2551⁽³⁾ ต่อมา มีการระบาดอย่างรวดเร็วกระจายสู่จังหวัดปัตตานี ยะลาและสงขลา สำหรับจังหวัดสงขลาเริ่มแพร่ระบาดครั้งแรกต้นเดือนมกราคม 2552

ที่อำเภอสะบ้าย้อย และระบาดต่อเนื่องมาที่อำเภอเทพา อำเภอจะนะ อำเภอนาทวี และอำเภอสะเดา⁽⁴⁾ การระบาดของโรคได้แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการรายงานผู้ป่วยที่มีมารับบริการที่สถานอนามัยไม่ครอบคลุม และใกล้เคียงจำนวนผู้ป่วยจริงทั้งหมดในชุมชน เนื่องจากมีผู้ป่วยมารับการรักษาที่สถานบริการของรัฐเพียงร้อยละ 33 เท่านั้น ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนไม่สามารถเดินทางได้เนื่องจากอาการปวดข้อเข่าและข้อเท้า⁽⁵⁾ และเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่มีความรู้ในเรื่องอาการและการวินิจฉัยโรคนี้ จึงไม่ได้รายงาน นอกจากนี้พบว่าการประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันโรค ยังอยู่ในวงจำกัดเฉพาะสื่อท้องถิ่น วิทยุชุมชน โปสเตอร์ และแผ่นปลิว ซึ่งพบว่า ประชาชนที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

เพียงร้อยละ 14 เท่านั้น การเกิดผู้ป่วยรายใหม่ยังคงเกิดขึ้นต่อเนื่องเพราะยังมีปัจจัยเสี่ยงคือ แหล่งเพาะพันธุ์ยุงทั้งในบ้านและนอกบ้าน และไม่ได้ป้องกันยุงลายกัด⁽⁶⁾ การบริการของรัฐยังคงอยู่ในสถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ไม่สามารถเข้าถึงในหมู่บ้านในรูปแบบของหน่วยบริการแพทย์เคลื่อนที่ใด เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัด อาการปวดอย่างทรมาณ และไม่สามารถประกอบอาชีพของประชาชน คือ มีไข้ ปวดข้อ มีผื่น โดยเฉพาะอาการปวดข้อนิ้วมือ ข้อมือ มักเกิดขึ้นนานมากกว่า 2 สัปดาห์ บางรายนานเป็นเดือน ทำให้ไม่สามารถกรีดยางได้⁽³⁾ ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ อย่างมหาศาล

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงสถานการณ์การระบาดของ ปัจจัยทำให้เกิดการระบาด ความรุนแรง และความเดือดร้อนของประชาชนจากโรคนี จึงได้กำหนดมาตรการการป้องกันควบคุมโรคในระดับประเทศ เขตจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ซึ่งมีการถ่ายทอดเป็นลำดับ สำหรับในระดับหมู่บ้าน หรือชุมชน การเข้าถึงประชาชนได้นั้น กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญเนื่องจากอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด โดยเฉพาะการค้นหาผู้ป่วย สื่อสารความเสี่ยงและกระตุ้นประชาชนให้มีส่วนร่วมและปฏิบัติตน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม มาตรการป้องกันควบคุมโรคชุกุนญาของกระทรวงสาธารณสุข เน้น 3 ประเด็น คือ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค สร้างความรู้ความเข้าใจ และจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมในทุกพื้นที่ โดยมีกิจกรรม คือ การเฝ้าระวังเชิงรุก โดย อสม. และเยี่ยมบ้าน แจกยาทา กันยุงสำหรับผู้ป่วย ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์เรื่องการป้องกันยุงกัดในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ คนงานทำสวนยางพารา สวนผลไม้ และกลุ่มเสี่ยงเกิดอาการรุนแรง คือ หญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี เป็นต้น และการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (ตามความเหมาะสม) หากมีการระบาดของโรคจะมีการพันสารเคมีกำจัดยุงลายร่วมด้วย ซึ่งทางเขตได้กำชับให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ระบาด

ของโรคได้จัดประชุมและถ่ายทอดนโยบายดังกล่าวลงสู่ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน และกำหนดบทบาทหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ ดังนี้คือ ออกเยี่ยมแบบเคาะประตูบ้านในเขตรับผิดชอบของแต่ละคน รายงานหากพบผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ปวดข้อ และออกผื่นทันที และแจกยาทากันยุงให้บ้านที่พบผู้ป่วยทุกหลัง และให้คำแนะนำ 6 ข้อ แก่ญาติและผู้ป่วย ได้แก่ ทายากันยุงทุกวันจนไข้ลด สมาชิกในบ้านต้องทายากันยุงป้องกันตัวเองด้วย หากมีผู้ป่วยรายใหม่ หลังจากนั้นให้แจ้งตัว อสม. หรือเจ้าหน้าที่สถานีนามัย แต่ถ้าพบผู้ป่วยที่เป็นเด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอ มีโรคเรื้อรัง ให้ไปหาแพทย์ทันที นอนกางมุ้ง ทั้งกลางวันและกลางคืน ฉีดสเปรย์ กำจัดยุงในห้องนอน ห้องนั่งเล่น หรือบริเวณมุมมืดในบ้านและกำจัดเศษภาชนะน้ำขังและทำลายลูกน้ำยุงลายในบ้าน และบริเวณบ้าน⁽⁷⁾ การกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคชุกุนญา ดำเนินการโดยระดมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติอาจมีปัญหาในการขัดแย้งกับบริบทความต้องการของชุมชนตลอดจนความพร้อมของ อสม. และชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยต้องการประเมินผลการนำมาตรการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติในระดับหมู่บ้าน โดยเฉพาะเน้นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (research evaluation) โดยประเมินการนำนโยบายการควบคุมโรคชุกุนญาไปสู่การปฏิบัติ ใช้รูปแบบการประเมินแบบซิปปี (CIPP model) ตามแนวคิดของ Stufflebeam⁽⁸⁻⁹⁾ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2552 - เมษายน 2553 ประชากรศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอจะนะ สะบ้าย้อย เทพาและสะบ้าย้อย ทั้งหมด 4,570 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1967)⁽¹⁰⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 368 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบ

Stratified simple random sampling ในอำเภอจะนะ เทพาสบาย้อย และสะเดา เนื่องจากมีเป็น 4 อำเภอ ที่มีอัตราป่วยสูงสุดของจังหวัด โดยแต่ละอำเภอจะเลือก ตำบลที่มีอัตราป่วยสูงมาร้อยละ 50 ของแต่ละอำเภอ และแต่ละตำบลเลือกหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยสูงสุดตำบลละ 1 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่าง อสม. ในแต่ละหมู่บ้านจำนวน ตั้งแต่ 9-31 คน ตามสัดส่วนของจำนวน อสม. ในแต่ละหมู่บ้าน จนได้ตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ที่ได้พัฒนาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นได้ 0.93 เนื้อหาประกอบด้วย 6 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไป การประเมินด้านสถานะแวดล้อมโครงการ ประกอบด้วยความสำคัญของการดำเนินงานตามนโยบายการสนับสนุนของผู้เกี่ยวข้อง การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ความเพียงพอและความเหมาะสมของงบประมาณ อุปกรณ์ บุคลากร การจัดการ การประเมินด้านกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการควบคุมโรคของ อสม. เกี่ยวกับโรคชุกชุมยาในชุมชน การปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรการควบคุมโรค การประเมินด้านผลผลิต ประกอบด้วย ผลการดำเนินงานการนำนโยบายโรคชุกชุมยาไปสู่การปฏิบัติ เช่น การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การเฝ้าระวัง และการป้องกันโรคในชุมชน การพ่นหมอกควัน และการใช้สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลาย และปัญหาอุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอแนะการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Epi Info V 2000 การแปลผล ในด้านความคิดเห็นระดับคะแนนเฉลี่ยเป็นช่วงตั้งแต่ 1.00-5.00 คะแนนแบ่งเป็น 5 ช่วง แปลผลเป็นน้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุดตามลำดับ และในด้านการปฏิบัติ ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับความคิดเห็น สภาวะแวดล้อมของการนำนโยบายควบคุมโรคชุกชุมยาไปสู่การปฏิบัติ

ระดับคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.00-3.00 คะแนนแบ่งเป็น 3 ช่วง แปลผลเป็นระดับน้อย ปานกลางและมากตามลำดับ ซึ่งอ้างอิงมาจากเกณฑ์ของ Best (1970)⁽⁸⁾ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เป็นต้น

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อสม. ประจำหมู่บ้านจำนวน 298 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 76.2 มีอายุในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.4 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.9 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 24.5 ประสพการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ 10-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.0 และ อสม.รับผิดชอบหลังคาเรือน 10-19 หลังคาเรือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.4 รองลงมาคือ 20-29 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 18.5

ส่วนที่ 2 การประเมินสถานะแวดล้อม ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของการนำนโยบายควบคุมโรคชุกชุมยาไปสู่การปฏิบัติของ อสม. ประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.51$) พบว่า มีความเห็นว่าการนำนโยบายมาตรการควบคุมโรคชุกชุมยานี้สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน เป็นไปตามความต้องการแก้ปัญหาชุมชนได้ และมีการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งระดับความเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.48-3.55$) ส่วนความเห็นด้านการปฏิบัติเป็นรูปธรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$) ดังตารางที่ 1

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. นโยบายสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน	3.53	.70	มาก
2. นโยบายสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน	3.55	.71	มาก
3. นโยบายสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน	3.48	.77	มาก
4. นโยบายนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	3.40	.77	ปานกลาง
5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	3.55	.80	มาก
รวม	3.51	.59	มาก

ส่วนที่ 3 การประเมินปัจจัยเบื้องต้นพบว่า อสม. มีความคิดเห็นต่อปัจจัยเบื้องต้น ของการนำนโยบายโรคชิกุนกูยาไปสู่การปฏิบัติ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.15$) เมื่อพิจารณาปัจจัยรายข้อพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เรื่องแนวทางการควบคุมโรคชิกุนกูยามีความเห็นว่า มีผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.80$ และ 3.54

ตามลำดับ) สำหรับด้านวัสดุอุปกรณ์การควบคุมโรค เช่น สารเคมี ทราซากัดลูกน้ำ สารไล่ยุงสำหรับทา เสื้อสุศึกษา และเครื่องพ่นหมอกควัน มีความพร้อมในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.69-3.29$) และในด้านงบประมาณเพียงพอต่อการควบคุมโรคในชุมชนมีความเห็นว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.87$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับความคิดเห็นของ อสม. ประจำหมู่บ้านต่อปัจจัยเบื้องต้นของการนำนโยบายชิกุนกูยาไปสู่การปฏิบัติ

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. งบประมาณเพียงพอต่อการควบคุมโรคในชุมชน	2.87	0.80	ปานกลาง
2. เครื่องพ่นหมอกควันมีเพียงพอ	2.75	0.92	ปานกลาง
3. เคมีสำหรับพ่นมีความเพียงพอ	3.01	0.86	ปานกลาง
4. ทราซากัดลูกน้ำมีความเพียงพอ	3.28	0.87	ปานกลาง
5. สารไล่ยุงสำหรับทาผิวมีความเพียงพอ	2.69	0.92	ปานกลาง
6. สื่อสำหรับให้สุศึกษาประชาชนมีความเพียงพอ	3.29	0.76	ปานกลาง
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เรื่องแนวทางการควบคุมโรคชิกุนกูยา	3.80	0.68	มาก
8. อสม. มีความรู้เรื่องแนวทางการควบคุมโรคชิกุนกูยา	3.54	0.70	มาก
9. ผู้นำชุมชนมีความรู้แนวทางการควบคุมโรคชิกุนกูยา	3.51	0.82	ปานกลาง
10. ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการควบคุมโรค	3.11	0.83	ปานกลาง
รวม	3.15	0.54	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 การประเมินกระบวนการพบว่าการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการควบคุมโรคชิกุนกูยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่าง ๆ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อย่อยพบว่า กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ สํารวจบ้านทุก

หลังคาเรือนเพื่อหาผู้ป่วยรายใหม่ เข้าประชุมเตรียมความพร้อมที่สถานอนามัย/โรงพยาบาล/ที่ว่าการอำเภอ ฯลฯ ร่วมประชุมวางแผนการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และให้สุศึกษาแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้ดำเนินการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.59-2.66$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับกระบวนการ การนำนโยบายควบคุมโรคชิกุนกูยา ไปสู่การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการควบคุมโรคชิกุนกูยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับการปฏิบัติ
1. เข้าประชุมเตรียมความพร้อมที่สถานอนามัย/โรงพยาบาล/ที่ว่าการอำเภอ ฯลฯ	2.61	0.59	มาก
2. สํารวจบ้านทุกหลังคาเรือนเพื่อหาผู้ป่วยรายใหม่	2.66	0.59	มาก
3. ส่งรายงานต่อเจ้าหน้าที่สถานอนามัยทุกวัน	2.41	0.77	มาก
4. ร่วมประชุมวางแผนการควบคุมลูกน้ำยุงลาย	2.59	0.58	มาก
5. ให้สุศึกษาแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	2.59	0.56	มาก
รวม	2.57	0.43	มาก

การปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรการควบคุมโรคชุกุนยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยพบว่าอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณา กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ มีการกำจัดลูกน้ำยุงลาย โดยใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ มีการสำรวจลูกน้ำ

ยุงลายทุก 6 เดือน และมีการใช้สื่อประชาสัมพันธ์มากกว่าปีละครั้ง ($\bar{X}=2.60-2.67$) ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางคือ มีการปล่อยปลากินลูกน้ำ และกิจกรรมเพิ่มบทบาทผู้นำชุมชน ($\bar{X}=2.09, 2.22$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรการควบคุมโรคชุกุนยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ไม่มีรายงานผู้ป่วย

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับการปฏิบัติ
1. มีกิจกรรมณรงค์การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน	2.60	0.58	มาก
2. มีการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ	2.67	0.54	มาก
3. มีการปล่อยปลากินลูกน้ำ	2.09	0.87	ปานกลาง
4. มีการใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ	2.60	0.61	มาก
5. มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายทุก 6 เดือน	2.64	0.60	มาก
6. มีการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ มากกว่าปีละครั้ง	2.64	0.58	มาก
7. จัดกิจกรรมเพิ่มบทบาทผู้นำชุมชน	2.22	0.74	ปานกลาง
8. มีการใช้กฎหมายมาบังคับในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	2.48	1.15	มาก
รวม	2.48	0.42	มาก

การปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรการควบคุมโรคชุกุนยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยรายสุดท้ายเกิน 1 เดือน พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.34-2.65$)

ยกเว้นกิจกรรมการปล่อยปลากินลูกน้ำ และจัดกิจกรรมเพิ่มบทบาทผู้นำชุมชน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.21, 2.13$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรการควบคุมโรคชุกุนยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยรายสุดท้ายเกิน 1 เดือน

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับการปฏิบัติ
1. มีกิจกรรมณรงค์การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน	2.58	0.64	มาก
2. มีการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ	2.60	0.63	มาก
3. มีการปล่อยปลากินลูกน้ำ	2.21	0.89	ปานกลาง
4. มีการใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ	2.54	0.67	มาก
5. มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกเดือนติดต่อกัน 3 เดือน ในพื้นที่ที่เคยเกิดการระบาด	2.65	0.60	มาก
6. มีการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ อย่างน้อยเดือนละครั้ง	2.46	0.70	มาก
7. จัดกิจกรรมเพิ่มบทบาทผู้นำชุมชน	2.13	0.76	ปานกลาง
8. มีการใช้กฎหมายมาบังคับในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	2.34	1.19	มาก
รวม	2.44	0.48	มาก

การปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรการควบคุมโรคชิคุนกุนยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยภายใน 1 เดือน แต่รายสุดท้ายเกิน 2 สัปดาห์ พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.36-2.51$) ยกเว้นกิจกรรมการปล่อยปลาในลูกน้ำ, การใช้สื่อประชาสัมพันธ์สัปดาห์ละครั้ง และจัดกิจกรรมเพิ่มบทบาทผู้นำชุมชนมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.07-2.27$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรการควบคุมโรคชิคุนกุนยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วย ภายใน 1 เดือน แต่รายสุดท้ายเกิน 2 สัปดาห์

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับการปฏิบัติ
1. มีกิจกรรมรณรงค์การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน	2.42	0.60	มาก
2. มีการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ	2.51	0.63	มาก
3. มีการปล่อยปลาในลูกน้ำ	2.15	0.99	ปานกลาง
4. มีการใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ	2.51	0.69	มาก
5. มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ ติดต่อกัน 3 สัปดาห์	2.36	0.72	มาก
6. มีการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ สัปดาห์ละครั้ง	2.27	0.80	ปานกลาง
7. จัดกิจกรรมเพิ่มบทบาทผู้นำชุมชน	2.07	0.81	ปานกลาง
8. มีการใช้กฎหมายมาบังคับในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	2.42	1.19	มาก
รวม	2.34	0.51	มาก

การปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรการควบคุมโรคชิคุนกุนยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์ พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.10-2.31$) ยกเว้นมีกิจกรรมรณรงค์การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน มีการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ และมีการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านผู้ป่วยซ้ำ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.35-2.46$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรการควบคุมโรคชิคุนกุนยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน อยู่ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. มีกิจกรรมรณรงค์การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน	2.37	0.73	มาก
2. มีการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ	2.39	0.72	มาก
3. มีการปล่อยปลาในลูกน้ำ	2.16	0.91	ปานกลาง
4. มีการใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ	2.46	0.72	มาก
5. มีการพ่นหมอกควันหลังสำรวจลูกน้ำยุงลายในรัศมี 200 เมตร 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ เช้า-เย็น	2.10	0.80	ปานกลาง
6. มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายและสำรวจยุงพาหะ และจับยุงในบ้านผู้ป่วยส่งตรวจ	2.27	1.05	ปานกลาง
7. มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านผู้ป่วยซ้ำ	2.35	0.80	มาก
8. มีการใช้สื่อประชาสัมพันธ์มากกว่าสัปดาห์ละครั้ง	2.20	0.74	ปานกลาง
9. จัดกิจกรรมเพิ่มบทบาทผู้นำชุมชน	2.14	0.78	ปานกลาง
10. มีการใช้กฎหมายมา บังคับในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	2.31	1.22	ปานกลาง
รวม	2.29	0.59	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 การประเมินผลผลิตพบว่าผลการ (HI < 10) โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.20-9.61 และค่า Con-
สำรวจลูกน้ำยุงลายครั้งสุดท้ายของ อสม. ประจำหมู่บ้าน tainer index (CI) เกินกว่ามาตรฐาน (CI=0) โดย
พบว่า ค่า House index (HI) น้อยกว่าค่ามาตรฐาน มีค่าอยู่ระหว่าง 1.30-8.30 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ผลการสำรวจครั้งสุดท้ายที่มีการสำรวจลูกน้ำยุงลาย

ค่า	ค่ามาตรฐาน	ค่าที่จัดได้	การประเมิน
HI	< 10	0.20-9.61	ได้ตามเป้าหมาย
CI	0	1.30-8.30	ไม่ได้ตามเป้าหมาย

ผลการดำเนินการนำนโยบายควบคุมโรค 18 ครั้ง มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ ร้อยละ 95.4 โดยมี
ชุกชุมไปสู่การปฏิบัติของ อสม. ประจำหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมรณรงค์ระหว่าง 1-5 ครั้ง ร้อยละ 96.5
พบว่า กิจกรรมการค้นหาผู้ป่วย ร้อยละ 75.9 และพบ มีการให้สุขศึกษา ร้อยละ 97.5 โดยมีการให้สุขศึกษา
ร้อยละ 54.3 มีการพ่นหมอกควัน ร้อยละ 34.6 โดยมี ระหว่าง 1-5 ครั้ง ร้อยละ 90.6 หลังจากจัดกิจกรรมทุก
การพ่นระหว่าง 1-5 ครั้ง ร้อยละ 95.7 มีการใส่ทราย รูปแบบแล้ว ไม่พบผู้ป่วยร้อยละ 79.6 ผู้ป่วยที่พบ
ที่มีฟอส ร้อยละ 98.7 โดยมีการใส่ทรายที่มีฟอสเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 1-5 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 ดังตารางที่ 9
ตารางที่ 9 ค่าร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดที่มีผลการดำเนินการควบคุมโรคชุกชุมในชุมชน

กิจกรรม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การค้นหาผู้ป่วย	มี	195	75.9
	พบผู้ป่วย	89	54.3
การพ่นหมอกควัน	พ่นหมอกควัน	295	94.6
	จำนวนครั้งที่พ่นหมอกควัน		
	1-5 ครั้ง	242	95.7
	6-10 ครั้ง	10	4.0
ใส่ทรายที่มีฟอส	11-15 ครั้ง	1	0.3
	ใส่ทราย	311	98.7
	จัดกิจกรรมรณรงค์	จัดกิจกรรม	291
จัดกิจกรรมรณรงค์	จัดกิจกรรม		
	จำนวนครั้งที่จัดกิจกรรมรณรงค์		
	1-5 ครั้ง	219	96.5
ให้สุขศึกษา	6-10 ครั้ง	6	2.6
	>10 ครั้ง	2	0.9
	ให้สุขศึกษา	277	97.5
	จำนวนครั้งที่ให้สุขศึกษา		
มีการพบผู้ป่วยหลังจัดกิจกรรม	1-5 ครั้ง	184	90.6
	6-10 ครั้ง	14	6.9
	>10 ครั้ง	5	2.5
จำนวนผู้ป่วยที่พบหลังจัดกิจกรรมแล้ว	พบผู้ป่วย	59	20.4
	จำนวนผู้ป่วยที่พบหลังจัดกิจกรรมแล้ว		
	1-5 คน	29	70.8
	6-10 คน	6	14.6
	>10 คน	6	14.6

วิจารณ์

การประเมินผลการนำนโยบายควบคุมโรคชิคุนกุนยาไปสู่การปฏิบัติของ อสม. ประจำหมู่บ้านใน 4 อำเภอ ของจังหวัดสงขลาพบว่า เป็นนโยบายมาตรการที่สอดคล้องกับปัญหาที่ชุมชนประสบอยู่ตรงกับความต้องการของชุมชน และเห็นว่าสามารถแก้ไขปัญหามาในชุมชนได้ แต่ยังไม่มั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมได้จริง ซึ่งอาจมาจากนโยบายควบคุมโรคชิคุนกุนยาที่ได้รับมติความคิดจากนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งไม่ได้อยู่ในพื้นที่ และถูกถ่ายทอดจากระดับกระทรวงถึงผู้ปฏิบัติหลายขั้นตอน เมื่อมาถึงระดับล่างซึ่งมีบริบทของพื้นที่แตกต่างกัน กอปรกับโรคนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขอาจยังมีความรู้ความเข้าใจ และประสบการณ์น้อย⁽³⁾ ทำให้ไม่แน่ใจว่ามีกรปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมได้ สำหรับปัจจัยเบื้องต้นของการควบคุมโรคชิคุนกุนยาในชุมชนพบว่า ในภาพรวมมีความเพียงพอและเหมาะสม อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อจำกัดของงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การเตรียมความพร้อมของชุมชน และหน่วยงานสนับสนุน เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนยังน้อย ไม่ได้วางแผนเตรียมรับล่วงหน้า ทำให้ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณ และการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ ในการควบคุมโรค สำหรับในบางพื้นที่ได้ใช้งบฉุกเฉินแต่ก็ไม่เพียงพอ⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยาของ อสม. ประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก แต่ความรู้ของผู้นำชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการถ่ายทอดความรู้ของ อสม. สู่มุมชนยังค่อนข้างน้อยทำให้ผู้นำชุมชน ไม่มีความรู้ในโรคนี้เท่าที่ควร⁽⁶⁾ กระบวนการปฏิบัติในการควบคุมโรคชิคุนกุนยาในพื้นที่ในภาพรวมได้ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก กิจกรรมที่ทำได้ดีในทุกพื้นที่คือ การประชุมเตรียมความพร้อม การสำรวจผู้ป่วยรายใหม่ การส่งรายงาน การสำรวจลูกน้ำยุงลาย และการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ นอกจากนี้พบว่า การปฏิบัติที่ได้ระดับปานกลาง คือ การปล่อยปลาหางนกยูง เนื่องจากแหล่งเพาะพันธุ์ที่สำรวจพบ

ส่วนใหญ่ เป็นเศษภาชนะ กะลา เศษโองแตก เป็นต้น⁽¹¹⁾ ซึ่งกำจัดโดยวิธีการเก็บทำลาย ดังนั้น จึงไม่ได้ใช้การปล่อยปลาหางนกยูง แต่ที่น่าสนใจคือ กิจกรรมการเพิ่มบทบาทของผู้นำ เช่น การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ การให้ผู้นำเชิญชวนให้กำจัดลูกน้ำยุงลาย รวมทั้งการใช้กฎหมายควบคุมลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น ยังมีระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้นำชุมชนยังไม่มียุทธศาสตร์ในการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมเท่าที่ควร และยังไม่ได้ใช้มาตรการทางด้านกฎหมายเนื่องจากผู้นำชุมชน ไม่เห็นด้วยในหลายพื้นที่ที่โรคกำลังระบาด สำหรับในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์อาจจะมีปัญหาอุปสรรคเรื่องการพ่นหมอกควัน เนื่องจากไม่มีเครื่องพ่นและสารเคมี นั้นเนื่องจากกิจกรรมนี้ มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ ยกเว้นในกรณีมีการระบาดมาก อาจให้ อสม. ช่วยพ่นในบางพื้นที่เท่านั้น จึงไม่ได้มอบหมายให้เป็นหน้าที่หลักของ อสม. แต่การพ่นหมอกควันไม่ใช่ปัจจัยของความสำเร็จในการควบคุมยุงลาย เนื่องจากได้มีการวิจัยแล้วว่าการพ่นหมอกควันเป็นการปล่อยยุงเข้าสวนอย่างมากกว่าฆ่ายุง และพบว่าไม่สามารถลดความหนาแน่นของยุงลายสวนได้หลังพ่น หากต้องใช้ควรเลือกใช้เครื่องพ่นละอองฝอยละเอียด (ultra low volume) จะให้ประสิทธิภาพมากกว่า⁽¹²⁾ ดังนั้นจึงให้ อสม. เน้นการสำรวจ และกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นหลัก ซึ่งเป็นการควบคุมพาหะนำโรคที่ได้ผลที่สุด จากการศึกษาของ รจนา วัฒนรังสรรค์ และคณะพบว่า การจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายประมาณ 2 สัปดาห์ ก่อนการระบาด เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคนี้ได้ (OR=0.70)⁽⁴⁾ ส่วนผลผลิตของการนำนโยบายควบคุมโรคชิคุนกุนยาไปสู่การปฏิบัติในภาพรวมพบว่า ค่าร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย House index (HI) เท่ากับ 0.2-9.61 ซึ่งได้ตามเกณฑ์ HI < 10 แสดงถึงความครอบคลุมของการดำเนินการและความร่วมมือของประชาชนในชุมชนอย่างน้อยมากกว่าร้อยละ 90 โดยประมาณ และมีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกมากถึง ร้อยละ 75.9 เมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่ก็ให้ทายากันยุงทันที จนหายใช้ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว พ่นทำลายยุงลายด้วยสเปรย์กระพองทันที

และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ในบ้าน ทำให้ตัดการแพร่เชื้อในบ้าน พบผู้ป่วยโรคชุกชุมกุนยา นอกจากนี้มาตรการนี้ทำให้ผู้ป่วยในชุมชน เข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้นโดยผ่านกลไกของ อสม.

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพในการเรียนรู้แนวทางการควบคุมโรคชุกชุมกุนยา และสามารถปฏิบัติตามบทบาทที่กำหนดได้เป็นอย่างดี แม้ว่าต้องประสบอุปสรรคในเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุและอุปกรณ์ รวมทั้งการไม่เห็นความสำคัญของผู้นำชุมชนในบางพื้นที่ก็ตาม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. การกำหนดนโยบายมาตรการควบคุมโรคในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน ควรมีความชัดเจน มีความยืดหยุ่น ให้สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. การถ่ายทอดจากระดับหนึ่งสู่แต่ละระดับ มักจะเกิดความไม่สมบูรณ์ และต้องคำนึงถึงพื้นฐานความรู้ของบุคคลที่รับการถ่ายทอดด้วย ดังนั้นควรจัดการอบรมและมีคู่มือหรือแนวทางที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน เป็นต้น

3. จัดให้มีทีมทำงานระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งเอกชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาทำหน้าที่วางแผน เตรียมพร้อมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ควรเริ่มจากการให้ผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักว่ามีความสำคัญต่อชุมชน และชักชวนให้ชาวบ้านมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขว่ามีศักยภาพในการเรียนรู้ และสามารถทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี ซึ่งหากพัฒนาอย่างเป็นระบบ สามารถ

ที่จะสร้างระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์หรือโรค (event-based surveillance) โดยเมื่อพบเหตุการณ์ผิดปกติ เช่น สัตว์ปีกตาย ผู้ป่วยมีอาการคล้ายกันเป็นกลุ่มก้อน ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น ให้รายงานเจ้าหน้าที่โดยด่วน ร่วมกับทีม SRRT (surveillance rapid response team) สอบสวนและควบคุมโรคเบื้องต้น และให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนให้ป้องกันตนเอง จะทำให้รู้เร็ว รู้ทัน ป้องกันควบคุมโรค ได้ทันเวลา ซึ่งควรให้ความสำคัญในการเน้นการ โดยเฉพาะพื้นที่ติดต่อกับชายแดน หรือมีการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างชาติสูง เป็นต้น เพื่อเตรียมพร้อมรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำในอนาคตอันใกล้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เพราะได้รับความร่วมช่วยเหลือ แนะนำ และให้คำปรึกษาอย่างดียิ่ง จาก ผศ.ดร.กมล ส่งวัฒนา ผศ.สุพจน์ โกวิทยา ผศ.จนาลักษณ์ พัฒนศักดิ์ภิญโญ ที่ได้ชี้แนะแนวทางการศึกษา ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ให้คำแนะนำขอขอบคุณ คุณปัจฉิมา บัวยอม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ที่ตรวจสอบ แก้ไขผลงานวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะบ้าย้อย เทพา จะนะ และเสเตา ในการประสานงานเก็บรวบรวมข้อมูล สุดท้ายขอขอบคุณ อสม. ประจำหมู่บ้านทุกท่านในการให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Tesh RB. Arthritides caused by mosquito-borne viruses. *Ann Rev Med* 1982;33:31-40.
2. ชำนาญ ม่วงแดง. บทเรียนจากไข้ปวดข้อยุงลาย การเดินทางครั้งใหม่บนเส้นทางสายเดิม. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.

3. พิสิษฐ์วุธ อยุทธ, ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์, สุวิช ธรรมปาโล, วิรัช วงศ์หิรัญรัช และ สวรรยา จันทุตานนท์. การสำรวจโรคชิคุนกุนยาและปัจจัยเสี่ยงในหมู่บ้าน อำเภอเยื้อง จังหวัดนราธิวาส. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ เดือนตุลาคม 2551. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา; 2551.
4. รจนา วัฒนรังสรรค์, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, สรรพวงษ์ ฤทธิรักษา, สุวัฒน์ วิชัยพงษ์สกุล. การศึกษาการระบาดของโรคชิคุนกุนยา อำเภอเทพา และอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ เดือนมีนาคม-เมษายน 2552. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา; 2552.
5. Thammapalo S, Thaikruea L, Prickchoo P, et al. Factors contributing to rapid spreading of Chikungunya epidemimic in Thailand 2008-2009. Technical Consultation on the Reemergence of Chikungunya fever; 26-28 August 2009; Graceland Phuket Thailand.
6. สุวิช ธรรมปาโล, ปฐมพร พรिक्षู และชูศักดิ์ โมลิโต. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตัวจากไข้ชิคุนกุนยา เอกสารประกอบการประชุมประเมินสถานการณ์โรคชิคุนกุนยาภาคใต้ 2552. (เอกสารอัดสำเนา).
7. ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ภาคใต้. คู่มือการดำเนินการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคไข้ปวดข้อยุงลายภาคใต้ ยุทธการ 90 วันได้ร่วมใจต้านภัยไข้ปวดข้อยุงลาย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
8. นิศา ชูโต. การประเมินโครงการ. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ็น. การพิมพ์; 2538.
9. สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. รวมบทความทางการประเมินโครงการ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
10. Yamane T. Statistics, an introductory analysis, 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
11. Wonghirunrat W, Moonmek S, Wasinee S. The survey of *Aedes albopictus* breeding ource in the urban and rural areas. Technical Consultation on the Reemergence of Chikungunya fever; 2009 Aug 26-28; Phuket, Thailand.
12. วิรัช วงศ์หิรัญรัชต์, ชูศักดิ์ โมลิโต, โสภาวดี มูลเมฆ. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการพ่นหมอกควันและพ่นฝอยละอองรถยนต์ในการควบคุมยุงลายบ้านในเขตเทศบาลเมืองสงขลา. สงขลา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12; 2552.