

การประเมินผลโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี

**The assessment of the active and sustainable disease control district project,
Khuang Nai District, Ubonratchathani Province**

สมัย พูลทอง รปม.

Samai poolthong M.P.A

เจริญชัย คำแฝง ปร.ด. (ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค) charoenchai kampheang Ph.D.

ชนะ หอมจันทร์ สม.

Chana homjan M.P.H

จีระนันท์ คำแฝง สป.

Jeeranan kampheang B.P.H

ทวีศักดิ์ จันทร์หอม สป.

Tawesak janhom B.P.H

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงใน
จังหวัดอุบลราชธานี

Khuang Nai District Public Health Office,
Ubonratchathani province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้รูปแบบการประเมินผลชิปป (CIPP model) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 30 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 342 คน และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 19 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน - 10 กรกฎาคม 2555 โดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า (1) ด้านบริบท: โครงการนี้มีความจำเป็นต่อประชาชน ($\bar{X}=4.41$, S.D.=0.9) และควรดำเนินการต่อไป ($\bar{X}=4.35$, S.D.=0.6) (2) ด้านปัจจัยนำเข้า: บุคลากรด้านสาธารณสุขมีความรู้ ($\bar{X}=3.87$, S.D.=0.8) และมีศักยภาพในการทำโครงการนี้ ($\bar{X}=3.79$, S.D.=0.5) (3) ด้านกระบวนการดำเนินงาน: การรายงานการเกิดโรคที่สำคัญของพื้นที่และของประเทศตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึงโรงพยาบาลชุมชน มีความครอบคลุม ทันเวลา เหมาะสม ($\bar{X}=3.78$, S.D.=0.6) และปฏิทินการรณรงค์การป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่และที่เป็นนโยบายของประเทศมีความเหมาะสม ($\bar{X}=3.43$, S.D.=0.7) (4) ด้านผลผลิตของโครงการ: อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ 3.7 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกรายได้รับการกำกับการกินยาโดยพี่เลี้ยง ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขหรือแกนนำชุมชน ร้อยละ 97.37 ดังนั้นให้บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ วิชาการในประเด็นการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ต่อโครงการนี้ต่อไป

Abstract

The objective of this study was to assess of the active and sustainable disease control of Khuang Nai District of Ubonratchathani Province. A cross sectional descriptive study in which the Context-Input-Process-Product Model or CIPP was conducted, Questionnaires were used to collect data from 30 directors of

subdistrict health promotion hospitals, 342 village public health volunteers, and 19 chief executives of subdistrict administrative organizations or SAO in the Khuangnai District of Ubonratchathani Province between June 10th to July 10th, 2012. Statistical data consisted of percentage, average, and standard deviation. The results were that: (1) project context: the project is necessary for residents in the studied area ($\bar{X}=4.41$, S.D.=0.9) and worth being continued ($\bar{X}=4.35$, S.D.=0.6) (2) Project input factors: public health personnel have adequate academic and specific knowledge on the jobs ($\bar{X}=3.87$, S.D.=0.8), and capability to manage this project ($\bar{X}=3.79$, S.D.=0.5) (3) Project managerial procedures: the reports of significant diseases or illnesses in the area as well as in the country submitted from subdistrict health promotion hospitals to community hospitals and were timely and appropriate ($\bar{X}=3.78$, S.D.=0.6), and the operation calendar for disease control campaigns of priority health problems at the local and policy level are appropriate ($\bar{X}=3.43$, S.D.=0.7) (4) Project outputs: Dengue Hemorrhagic Fever infection rate decreased 3.7 percent compared to the previous five-year median. 97.37 percent of newly-positive smeared-sputum cases of pulmonary tuberculosis received directed observation treatment (DOT) by caregivers who are public health officers, public health volunteers, and community leaders. Therefore, Health personnel should be encouraged to strengthen their knowledge and skill in surveillance prevention and control of disease and health hazards

ประเด็นสำคัญ

อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน,
ประเมินผล

Key words

active and sustainable disease control district,
assessment

บทนำ

การบริหารทรัพยากรจากส่วนภูมิภาคสู่ท้องถิ่น และชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ในพื้นที่ มีศูนย์รวมและจุดเชื่อมโยงการดำเนินงานอยู่ที่หน่วยงานระดับ “อำเภอ” เช่นเดียวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ซึ่งมีหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอดำเนินงานอยู่แล้ว แต่ขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบและมีความเข้มแข็งแตกต่างกัน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้สนับสนุนผลักดันให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่นในระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อให้เกิดระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยปี พ.ศ. 2554 กรมควบคุมโรค จึงได้ มีนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนขึ้น โดยมีเกณฑ์คุณลักษณะ 5 ด้าน ได้แก่ (1) การมีคณะกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

(2) การมีระบบระบาดวิทยาระดับอำเภอที่ดี (3) การมีการวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (4) การมีการระดมทรัพยากร หรือมีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม และ (5) การมีผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 เรื่อง เพื่อปกป้องประชาชนในพื้นที่ มีการสร้างเครือข่าย ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ระดับตำบล จากการดำเนินงานพบว่า อำเภอส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่ยังมีปัญหาบางอย่าง เช่น การผลักดันนโยบายและการถ่ายทอดแนวคิดเรื่อง อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และเกณฑ์การประเมินตนเอง บางข้อไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เป็นต้น⁽¹⁾

อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ได้ระยะหนึ่ง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานอยากทราบว่า โครงการนี้ประสบความสำเร็จ มีปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะเป็นอย่างไร จึงต้องมีการประเมินอย่างเป็นระบบ โดยคณะผู้วิจัยใช้รูปแบบชิปป (CIPP Model)⁽²⁾ เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของโครงการ พร้อมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะ

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้รูปแบบการประเมินผลชิปป (CIPP; Context-Input-Process-Product Model) ของ Daniel L. Stufflebeam⁽²⁾ ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 30 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 19 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2,341 คน ในพื้นที่อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน 2555 ถึงวันที่ 10 กรกฎาคม 2555 โดยคำนวณขนาด อสม. ใช้สูตรของ Taro Yamane⁽³⁾ ให้ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้จำนวน อสม.ทั้งหมด 342 คน

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมี 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นคุณลักษณะทางประชากรแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการและแบบให้เติมคำในช่องว่าง มี 5 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับบริบทของโครงการ มี 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าของโครงการ มี 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการของโครงการ มี 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรา

ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ มี 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ส่วนด้านผลผลิตของโครงการ จะเก็บข้อมูลจากรายงานผลการปฏิบัติงานของอำเภอเชียงใน เครื่องมือในการศึกษานี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่า IOC (index of item objective congruence) เท่ากับ 0.83 การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับประชากรที่ศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.73 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามและส่งกลับมายังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.3 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 47.1 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี ร้อยละ 29.4 อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 86 ปี ($\bar{X}$ = 43.0, S.D. = 8.83) เป็นเกษตรกร ร้อยละ 84.9 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 7.1 การศึกษาสูงสุดจบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 34.4 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 31.9 ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 3,000-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.1

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะทางประชากรของนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.2 อายุระหว่าง 41-50 ปี

ร้อยละ 41.2 รองลงมาอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 35.3 โดยอายุต่ำสุด 36 ปี สูงสุด 66 ปี ($\bar{X} = 48.76$, S.D. = 8.81) ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งนี้ 2-4 ปี ร้อยละ 52.9 จบปริญญาตรี ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ ปริญญาโท ร้อยละ 35.3 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 64.7

ส่วนที่ 3 คุณลักษณะทางประชากรของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พบว่าเพศชายร้อยละ 56.5 เพศหญิง ร้อยละ 43.5 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.3 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 52.1 รองลงมาคือ 32-40 ปี ร้อยละ 34.8 อายุต่ำสุด 32 ปี สูงสุด 56 ปี ($\bar{X} = 44.45$, S.D.=6.43) ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีร้อยละ 69.5 ระยะเวลาการทำงาน 21-30 ปี ร้อยละ 56.5 รองลงมา 9-20 ปี ร้อยละ 39.2 มีเงินเดือน 16,230-20,000 บาท ร้อยละ 39.1 และมากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 39.1 โดยมีเงินเดือนเฉลี่ย 26,071.65 บาท

ส่วนที่ 4 ด้านบริบทของโครงการ

โครงการนี้เหมาะสมกับอำเภอเชิงในมีค่าเฉลี่ย 4.10 รองลงมา โครงการนี้มีประโยชน์ มีความจำเป็นต่อประชาชน และสมควรต้องทำเร่งด่วน มีค่าเฉลี่ย 4.01 4.00 และ 3.97 ตามลำดับ ที่ต่ำสุด ได้แก่ การเริ่มโครงการนี้เข้าไป มีค่าเฉลี่ย 3.27 รองลงมาได้แก่ มีความซ้ำซ้อนกับโครงการอื่น ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ และระยะเวลาดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 2.98 3.63 และ 3.68 ตามลำดับ แต่โดยภาพรวมมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย 3.77

ส่วนที่ 5 ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ

บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.87 รองลงมาได้แก่ การมีศักยภาพในการทำงาน มีค่าเฉลี่ย 3.79 และการมีขวัญกำลังใจในการทำงานมีค่าเฉลี่ย 3.79 ส่วนที่ต่ำสุด ได้แก่ การมีงบประมาณการดำเนินโครงการมีค่าเฉลี่ย 2.93 รองลงมาได้แก่ การมีอุปกรณ์ เครื่องพ่นหมอกควัน เครื่องคอมพิวเตอร์ และวิทยุสื่อสารโทรศัพท์ มีค่าเฉลี่ย 2.98 3.02 และ 3.22 ตามลำดับ โดยภาพ

รวมความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.18

ส่วนที่ 6 ด้านกระบวนการของโครงการ

การรายงานการเกิดโรคที่สำคัญของพื้นที่ และของประเทศจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลถึงโรงพยาบาลชุมชนมีความครอบคลุม ทันเวลา มีค่าเฉลี่ย 3.78 รองลงมาได้แก่ การกำหนดระยะเวลา ในการประเมินผลความสำเร็จ การมีแผนปฏิบัติการ ป้องกันควบคุมโรค การมีปฏิทินปฏิบัติการรณรงค์ การป้องกันควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ และที่เป็นนโยบายของประเทศ การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์สำหรับการจัดการและวิเคราะห์ ข้อมูล มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 3.74 ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลชุมชนสามารถเพาะเชื้อ แบคทีเรียจากอุจจาระ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.12 รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนมีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการส่งต่อ หรือการตรวจส่งตรวจเบื้องต้นจากทีมสอบสวน โรคเคลื่อนที่เร็ว การมีการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดสรรทรัพยากร เพื่อการป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นรูปธรรม มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.49 3.54 และ 3.55 ตามลำดับ โดยภาพรวมมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.64

ส่วนที่ 7 ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานตามโครงการ

พบว่ามีปัญหาด้านงบประมาณ บุคลากรไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลา ร้อยละ 45.6 รองลงมาได้แก่ การปรับปรุงเครื่องมือ สถานที่ ชาวบ้านคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัวให้ความร่วมมือน้อย และประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ ร้อยละ 3.0 13.0 และ 6.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานตามโครงการ

ได้แก่ รัฐควรให้ชุมชนได้ประโยชน์จากโครงการนี้ ร้อยละ 13.3 การสื่อสารให้รวดเร็วมากขึ้น

ร้อยละ 13.3 รองลงมาได้แก่ การหาทุนเพิ่มและการเพิ่มค่าตอบแทนแก่บุคลากร ร้อยละ 6.7

ส่วนที่ 9 ด้านผลผลิตของโครงการ

พบว่ากิจกรรมที่บรรลุตามเป้าหมาย ได้แก่

1) ผู้ป่วยโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกรายได้รับการกำกับการกินยาโดยพี่เลี้ยง ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขหรือแกนนำชุมชน ร้อยละ 97.37 2) ไม่พบการขาดยาของผู้ป่วยโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ 3) อัตราการเปลี่ยนเสมหะที่ตรวจพบเชื้อโรคจากบวกเป็นลบในผู้ป่วยโรคปอด เสมหะพบเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 90.98 ส่วนที่ไม่บรรลุเป้าหมายคือ อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 3.7 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี

วิจารณ์

โครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนนี้ พบว่าหน่วยงานอื่น เช่น องค์กรเอกชน วัด ประชาชน สนับสนุนบุคคล เงิน วัสดุ อุปกรณ์ องค์ความรู้ และเวลา เพื่อการป้องกันควบคุมโรค อย่างเป็นรูปธรรม มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.12 จากการศึกษาของจุฑารัตน์ ผาสุก และธนวรรณ อัมสมบุรณ์⁽⁴⁾ พบว่าเกิดจากการได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมป้องกันโรคเพื่อทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักในการมีส่วนร่วมสนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆ เกิดแรงจูงใจ จิตสำนึก รับผิดชอบ ในการควบคุมป้องกันโรคมมากขึ้น เช่น การอบรม การประชุม การสัมมนา การศึกษาดูงาน เป็นต้น ค่อนข้างน้อย⁽⁵⁾ การพัฒนาศักยภาพฯ ยังทำให้เกิดการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค⁽⁶⁾ เกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค⁽⁷⁻⁹⁾ นอกจากนี้ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรค ผ่านทางช่องทางต่างๆ เช่น วิทยุ วิทยุชุมชน โทรทัศน์ เป็นต้น ค่อนข้างน้อย⁽¹⁰⁾ และจึงมีการรวมตัวเป็นสมาชิกกลุ่มองค์กรทางสังคมค่อนข้างน้อย จากการศึกษาของจุฑารัตน์ ผาสุก และธนวรรณ อัมสมบุรณ์⁽⁴⁾ พบว่าให้

ความสำคัญในการขับเคลื่อน ผลักดัน ริเริ่ม และชักจูงเครือข่าย ภาครัฐบาล ภาคธุรกิจเอกชน ภาคประชาชน และองค์กรพัฒนาเอกชนให้รวมตัวกัน มีกิจกรรมปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน จะทำให้สมาชิกกลุ่มทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวก สมาชิกในกลุ่มชักชวนให้เกิดทัศนคติที่ดี มีการขัดเกลาทางสังคม และได้รับข่าวสารด้านการพัฒนา มีความรู้สูงกว่าคนในชุมชนทั่วไป เกิดการเสียสละ บริจาคเงิน วัสดุอุปกรณ์ง่ายขึ้น และทำกิจกรรมที่เป็นการพัฒนาสังคม เพื่อแสดงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น^(7,11,12,13) เช่นเดียว กับชินรัตน์ สมสืบ⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่า การรวมกลุ่มองค์กร และสถาบันต่างๆ เป็นยุทธวิธีทางตรงในการพัฒนาการมีส่วนร่วม และการเข้าร่วมกลุ่มองค์กร ก็จะเกิดการทำตามข้อตกลง ข้อผูกมัด ข้อผูกพันของกลุ่มองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของบุคคล ตามแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ และทฤษฎีแรงจูงใจที่ว่า การกระทำของมนุษย์เกิดจากความต้องการทางสังคม และความต้องการที่จะเป็นที่ยอมรับนับถือ⁽¹⁵⁾ ซึ่งสมาชิกของกลุ่มจะกระทำตามแรงจูงใจดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารสาธารณสุขควรเพิ่มการพัฒนาศักยภาพการควบคุมป้องกันโรค เช่น การอบรม การประชุม การสัมมนา การศึกษาดูงาน เป็นต้น มีการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการควบคุมป้องกันโรค แก่หน่วยงานอื่น โดยผ่านช่องทางต่างๆ มีการสนับสนุนให้มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มองค์กรทางสังคมให้มากขึ้น และควรขยายพื้นที่การศึกษา เช่น ศึกษาภาพรวมระดับจังหวัด เป็นต้น มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ เพื่อให้โครงการมีความยั่งยืน ควรเพิ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น และควรเพิ่มกลุ่มผู้บริหารสถานศึกษา เนื่องจากมีโรคติดต่อที่เกิดขึ้นในโรงเรียน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.สุรศักดิ์ สุขสาย
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี
ที่ให้คำแนะนำ ตรวจ แก้ไขรายงานฉบับนี้ และขอขอบคุณ
ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. ร่างคู่มือประเมิน
อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ปี 2555.
(เอกสารอัดสำเนา). 2555.
2. Stufflebeam DL. Education evaluation and de-
cision making. New York: Raven Press; 1971.
3. Yamane T. Statistics: an introductory analysis.
New York: Harper and Row; 1967.
4. จุฑารัตน์ ผาสุก, ธนวรรณ อัมสมบุญ. ปัจจัย
สำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย
สุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา
อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วารสารควบคุมโรค
2555; 38(3): 258-9.
5. กรมควบคุมโรคติดต่อ. โรคไข้อยู่ติดออก. นนทบุรี:
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสาร
อัดสำเนา). 2544.
6. Becker M.H., and Mainman, L.A. the health
belief model: origins and correction in psycho-
logical theory. health education monograph
1974; 4(3): 336-53.
7. พิริยะ อนุกุล. การมีส่วนร่วมของประชาชนใน
การป้องกัน และควบคุมโรคไข้อยู่ติดออก: ศึกษา
เฉพาะกรณี เทศบาลตำบลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ
จังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒน บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. 2551.
8. สุพัฒน์ ปัญจมทุม, สกฤษณ์ ผากอง, และมานพ
ทองตัน. การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้อยู่ติดออกของประชาชนอำเภอหนองแค
จังหวัดสระบุรี. วารสารควบคุมโรค 2547; 31(3):
67-73.
9. วิโรจน์ ฤทธาธร. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติใน
การดำเนินงาน ป้องกัน และควบคุมโรคไข้อยู่ติดออก
ของเจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง
ในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2543.
10. ทวีศักดิ์ วัดอุดม. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคไข้อยู่ติดออก
กรณีศึกษา อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัด
สุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
(พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
2543.
11. เนรมิต จันทรทอง. การมีส่วนร่วมของประชาชน
ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้อยู่ติดออก:
ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลหนองหิน อำเภอเมือง
ยโสธร จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พัฒนบริหารศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2540.
12. พลเกต อินตา. การมีส่วนร่วมของประชาชนใน
การป้องกัน และควบคุมโรคไข้อยู่ติดออก ศึกษา
กรณี: อบต.ขนาดใหญ่ในเขตอำเภอ เมืองเชียงใหม่
จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2547.
13. ปาริชาติ วลัยเสถียร และคนอื่นๆ. กระบวนการและ
เทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพมหานคร:
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2543.
14. ชินรัตน์ สมสืบ. การพัฒนาชนบท. ยะลา: วิทยาลัย
การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา. (เอกสาร
อัดสำเนา). 2539.
15. Maslow. Motivation and personality. New York:
Westriss Press; 1994.