

ผลการพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 6

The Results of Model Development of Malaria Elimination by Integrated Network Partners in Health Region 6

วัลภา ศรีสุภาพ วทม.(อาชีวเวชศาสตร์)*

ปราณี ถาวรศิริ สบ.(สาธารณสุขชุมชน)*

สรารุณี นาสวรรค์ สบ.(สาธารณสุขชุมชน)**

สุพจน์ กังใจ วทม.(สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย)***

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

***สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

Wallapa Srisupap M.Sc. (Occupation Medicine)*

Pranee Thavonsiri B.P.H. (Community Public Health)*

Sarawut Nasahwan B.P.H. (Community Public Health)**

Suphoj Kangchai M.Sc. (Industrial Hygiene & Safety)***

*Office of Disease Prevention and Control, Region 6 Chonburi

**Prachinburi Provincial Public Health Office

***Chachoengsao Provincial Public Health Office

Received: January 2, 2024

Revised: February 9, 2024

Accepted: February 12, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 6 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียจากการวิเคราะห์เอกสารสถานการณ์โรค พ.ศ.2559-2561 ร่วมกับประชุมระดมสมองการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงานกับผู้เกี่ยวข้องจำนวน 30 คน คัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจงตามเกณฑ์คือพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาด ความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการคืออำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี และอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึก ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคแบบบูรณาการเป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับพื้นที่กลุ่มเป้าหมายผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่แห่งละ 23 คน รวม 46 คน วิธิดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วางแผนดำเนินการพื้นที่ละ 1 วัน ในเดือน ม.ค., ก.พ.2562 2) ปฏิบัติการตามแผน 3) สังเกตติดตามปัญหาอุปสรรคและ 4) สะท้อนกลับ คืนข้อมูลยกระดับดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2566 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบบันทึก และแบบสังเกตและระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการใช้รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา ผลการศึกษพบว่า 1) บริบทและสถานการณ์โรค ประชาชนขาดความรู้ ความตระหนัก มีการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานและหน่วยงานในพื้นที่ขาดความรู้ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 2) รูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมมีองค์ประกอบดังนี้ 1. คณะกรรมการ/คณะทำงานป้องกันควบคุมโรค 2. ระบบการเฝ้าระวังโรค 3. ระบบการตรวจรักษาและติดตามผู้ป่วย 4. ระบบการวางแผน กำกับติดตามและประเมินผล 5. ระบบการสนับสนุนระดมทรัพยากรและ

งบประมาณอย่างเป็นรูปธรรม การปรับบทบาทภารกิจการดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมโรค สสจ. และ ศตม.สคร.6 ชลบุรี เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนและกำกับติดตามการดำเนินงานบูรณาการงานประจำ 3) สรุปและประเมินผลการใช้รูปแบบ ปรารจันบุรีได้รับรองเป็นจังหวัดต้นแบบปลอดมาลาเรียในปี พ.ศ. 2566 และจะเชิงเทราขอรับรองในปี พ.ศ.2569

คำสำคัญ: การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย บูรณาการเครือข่าย เขตสุขภาพที่ 6

Abstract

The three aims of this study were to study the context, create and evaluate an integrated malaria elimination model in collaboration with partners in the Health Region 6 network. This study employs an action research methodology based on Kemmis and McTaggart's model, with three phases: phase one, assessing the setting and status of malaria in B.E. 2559–2561, and then brainstorming with 30 key persons about the operation's planning, aims, and results. The study was conducted in two districts, Na Di in Prachinburi Province and Tha Takiap in Chachoengsao Province, using purposive sampling based on three criteria: first, malaria transmission areas; second, readiness; and third, desire to participate throughout the project. During this phase, data was selected using the recording form. Phase two, the development of an integrated disease eradication model, was a participatory action research study involving 23 people from each location for a total of 46. The operation consists of four steps, as follows: 1) plan activities for one day per area in January and February 2019; 2) carry out the plan; 3) observe and follow up on barriers; and 4) reflect, return information, and raise the degree of activity. The tools utilized from fiscal year B.E. 2562 to 2566 were semi-structured interviews, recording forms, and observation forms, and phase three summarizes and assesses the use of quantitative and qualitative research models. Semi-structured interviews and recordings were employed as approaches. The data is evaluated using both descriptive and content analyses. The study's findings demonstrated that, first, in the setting of the illness, people lacked sufficient knowledge and awareness. There was labor mobility, and local authorities lacked knowledge of malaria removal. Second, the prototype area's malaria elimination model, which was integrated with network partners, consisted of five components: first, establishing a collaborative team for malaria prevention and control; second, implementing a disease monitoring system; third, assessing, treating, and following up with patients; fourth, planning, monitoring, and evaluating a system; and fifth, coordinating resource and financial support from relevant organizations. The mission roles have been realigned to ensure that each agency understands its responsibilities and can conduct surveillance and control measures for malaria following the guidelines for malaria elimination. The Provincial Public Health Office and the Office of the Provincial Administrative Organization 6 Chonburi/Immigration Bureau play a crucial role as mentors, providing support and supervision. Malaria elimination efforts have been integrated into the public health system. Third, the summaries and assessments of the approach serve as a blueprint for expanding operations across the entire province. In B.E.2566, Prachinburi successfully obtained certification as a malaria-free province, and Chachoengsao will aim to achieve the same certification in B.E.2569.

Keywords: Malaria elimination, Integration network partners, Health Region 6

บทนำ

โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่ต้องเฝ้าระวังจัดตามพันธะสัญญากับนานาชาติ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 มีเป้าหมายให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ. 2567⁽¹⁾ การบริหารจัดการที่ผ่านมาเป็นโปรแกรมแนวตั้ง (Semi Vertical Program) ภายใต้กรมควบคุมโรค กองโรคติดต่อ นำโดยแมลงทำหน้าที่กำหนดนโยบายระดับชาติ (National Program) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 1-12 ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายสู่แผนปฏิบัติงาน ซึ่งมีหน่วยงานภายใต้กำกับ สคร. ได้แก่ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (ศตม.) หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (นคม.) รับผิดชอบการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังโรค ป้องกันและควบคุมยุงพาหะ โดยมีมาลาเรียคลินิกตั้งอยู่กับหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (นคม.) เป็นสถานบริการตรวจรักษาหลักอยู่ในพื้นที่ ถือว่าเป็นโครงสร้างการปฏิบัติงานที่เบ็ดเสร็จได้รับงบประมาณจากโครงการกองทุนโลก การสนับสนุนกำลังจะสิ้นสุดลง บุคลากรจำนวนมากที่มีความชำนาญจะเกษียณอายุราชการ ไม่มีแผนทรัพยากรบุคคล การกำจัดโรคและป้องกันการกลับมาซ้ำใหม่⁽²⁾ ปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการหยุดการแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ 37 จังหวัด⁽³⁾

เขตสุขภาพที่ 6 มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี และสระแก้ว โดยมี ศตม. 6.1-6.5 จำนวน 5 แห่ง ดูแลรับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2561 มีเจ้าหน้าที่ ศตม. จำนวน 148 คน เป็นลูกจ้างประจำ 64.2% ปี พ.ศ. 2566 จะลดลงร้อยละ 65 และลดจำนวนลงเรื่อยๆ แม้ว่าสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดปลอดมาลาเรียเพียงจังหวัดเดียวในเขต⁽³⁾ พบการระบาดในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติที่มีพื้นที่รอยต่อหลายจังหวัด ทำให้พื้นที่

ที่ปลอดการแพร่เชื้อแล้วกลับมาแพร่ระบาดโรคในหลายพื้นที่⁽⁴⁾ จากปัญหาที่ต้องดำเนินการให้ได้ตามนโยบายภายใต้บริบทที่บุคลากรผู้เชี่ยวชาญกำลังจะเกษียณอายุราชการจำนวนมาก สภาพบริบทการทำงานที่ผ่านมาไม่เอื้อให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมรับผิดชอบการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และสภาพบริบทของพื้นที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรค มีการเคลื่อนย้ายเข้ามาในพื้นที่เสี่ยงอยู่ตลอดเวลา ทำให้คณะผู้วิจัยเกิดคำถามวิจัยว่า “ผลการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายรูปแบบใด ที่เหมาะสมกับกำจัดโรคไข้มาลาเรียเขตสุขภาพที่ 6 สามารถแก้ปัญหาตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน” คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการศึกษาเรื่อง “ผลของการพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 6” ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียเขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 6
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 6

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart รูปแบบ PAOR ได้แก่ การวางแผน (P: Planning) การลงมือปฏิบัติ (A: Action) การสังเกต (O: Observation) และการสะท้อนผล (R: Reflection) การปฏิบัติงานของตนเองเป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานที่ดีขึ้น⁽⁵⁾ ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ 2562-2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียด้วยการวิเคราะห์เอกสารและสถานการณ์โรคสามปีย้อนหลัง (พ.ศ.2559-2561) โดยการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ร่วมกับประชุมระดมสมองวิเคราะห์บทบทวนแนวทาง ปัญหาอุปสรรคการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย การวางแผน กำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเขตสุขภาพที่ 6 ภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป ระยะเวลาเดือนธันวาคม 2561 (1 วัน) ร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ หัวหน้ากลุ่มโรคติดต่อ ผู้รับผิดชอบโรคไข้มาลาเรียของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี (สคร.6) หัวหน้าศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 6.1-6.5 (ศตม.6.1-6.5) ผู้รับผิดชอบของศตม.ทั้ง 5 แห่ง ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต. รวม 30 คน เพื่อร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาด้วยวิธีเจาะจง (Purposive selection) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) พื้นที่ที่ยังคงมีการแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรีย 2) บุคลากรและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีความเข้มแข็ง และ 3) มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัยตลอดโครงการ นำไปสู่การเลือกพื้นที่ศึกษาตามเกณฑ์ดังกล่าว ได้แก่ 1) อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี และ 2) อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบบันทึกประเด็นการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ ข้อคำถาม 7 ข้อเกี่ยวกับลักษณะที่ตั้ง อาณาเขตติดต่อ สภาพลักษณะภูมิประเทศ พื้นที่ ลักษณะแหล่งน้ำธรรมชาติ แหล่งเพาะพันธุ์ยุง การประกอบอาชีพประชาชน วิถีชีวิตของประชาชนในชุมชน การอพยพเคลื่อนย้าย และสุขภาพ การเจ็บป่วยในชุมชน และ 2) แบบบันทึกการจัดทำแผนการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบที่ศึกษา การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยดัชนี IOC (Index of Item-objective Congruence) พบว่าทุกประเด็นมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการ เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับ

พื้นที่ศึกษา กลุ่มเป้าหมายจำนวน 46 คน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มโรคติดต่อ ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อ นำโดยแมลงของ สสอ. สสจ.รพช. รพ.สต. อบต. อสม. แกนนำชุมชน ร่วมกับผู้จัดการแผนงานโรคไข้มาลาเรียของ สคร.6 ชลบุรี หัวหน้าและผู้รับผิดชอบโรคไข้มาลาเรียของศตม.ที่ 6.1 และ 6.2 แห่งละ 23 คน โดยดำเนินการ 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart วงจรแบบขดลวดยกระดับต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 จำนวน 5 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อทบทวน จัดทำแผนงาน/งบประมาณ ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่แห่งละ 1 ครั้งในเดือน ม.ค. และ ก.พ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับสถานการณ์ การดำเนินงาน การแก้ปัญหาการสนับสนุน การมีส่วนร่วมแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามมาตรการกรมควบคุมโรค ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และ 2) แบบบันทึกเกี่ยวกับโครงการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยดัชนี IOC พบว่าทุกประเด็นมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกการประชุม

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการตามแผน ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน สอบสวนและควบคุมโรคการแพร่ระบาดของโรคของผู้รับผิดชอบในพื้นที่เจ้าหน้าที่ศตม. สคร. 6 ชลบุรี ติดตามเป็นพี่เลี้ยง พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่าย สนับสนุนทางวิชาการเป็นรายไตรมาสปีละ 4 ครั้งตามบริบทของปัญหาในแต่ละพื้นที่ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึก และแบบสังเกตเกี่ยวกับการดำเนินการนำแผนไปสู่การปฏิบัติเฝ้าระวัง ป้องกัน สอบสวนและควบคุมโรค การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยดัชนี IOC พบว่าทุกประเด็นมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย

การติดตามการดำเนินงานตามแผนจากผู้เกี่ยวข้อง ไตรมาสละ 1 ครั้ง ปีละ 4 ครั้ง ระหว่างปี พ.ศ.2562-2566

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการทำงานร่วมกัน ผลการติดตามการเยี่ยมเสริมพลัง ความก้าวหน้าและผลการประเมินการดำเนินงาน การสนับสนุน การให้คำแนะนำ โดยผู้จัดการแผนงาน สคร.6 ชลบุรี ผ่าน ศตม.ในพื้นที่ เพื่อปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ และนำมาใช้สะท้อนผลในขั้นตอนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับกิจกรรมการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ การมีส่วนร่วม การสนับสนุน ปัญหาอุปสรรค 2) แบบบันทึก และแบบสังเกต การดำเนินการนำไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการทำงานของภาคีเครือข่ายและผลลัพธ์นวัตกรรม การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยดัชนี IOC พบว่าทุกประเด็นมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างปี พ.ศ.2562-2566 ไตรมาสละ ครั้ง ปีละ 4 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล จัดประชุมคืนข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการปฏิบัติงาน หาปัจจัยสำเร็จ จุดอ่อนที่ต้องพัฒนา และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มากำหนดทิศทางร่วมกันและเป็นแนวทางในการปรับแผนสู่การปฏิบัติ ครอบงำระดับในปีต่อไป ประเมินผลทุกๆ สัปดาห์ประมาณ ปีละ 1 ครั้ง พื้นที่ละ 1 วัน รวม 2 วัน รวม 10 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับสถานการณ์โรคปัจจุบัน การดำเนินการแบบมีส่วนร่วม ปัจจัยสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค 2) แบบบันทึก และแบบสังเกตการมีส่วนร่วม เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินการ ผลลัพธ์ นวัตกรรม ปัญหาอุปสรรค การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยดัชนี IOC พบว่าทุกประเด็นมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวันประชุมคืนข้อมูล ปีละ 1 ครั้ง พื้นที่ละ 1 วัน รวม 2 วัน รวม 10 ครั้ง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ศึกษาและสรุปผลดำเนินการปีพ.ศ. 2566 ประเมินเชิงปริมาณจากรายงานฐานข้อมูลจากระบบมาลาเรียออนไลน์ตามตัวชี้วัดการดำเนินงานดังนี้ 1) จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ 2) แหล่งแพร่เชื้อโรคลดลงร้อยละ 25 จากปี 2565 และ 3) ดำเนินมาตรการ 1-3-7 ตามเป้าหมายปี 2566 : แจกเตือน สอบสวนและตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย (ร้อยละ 95-95-95) และการติดตามผลการรักษา (ร้อยละ 60) และเชิงคุณภาพ ประเมินจากการสนทนากลุ่ม แนวคำถามการบูรณาการแบบมีส่วนร่วม การบริหารจัดการ และการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบบันทึกผลการดำเนินงาน และจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโรคไข้มาลาเรีย และ 2) แบบประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณลักษณะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ อธิบายข้อมูลด้วยค่า จำนวน ร้อยละ อัตรา และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาริบตและสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียเขตสุขภาพที่ 6

ผลบริบทและสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียเขตสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะพื้นที่เป็นป่าเขา มีแหล่งน้ำอ่างเก็บน้ำ ลำธารน้ำไหล พื้นที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียแพร่พันธุ์ของยุงพาหะเป็นพื้นที่รอยต่อ 5 จังหวัด มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานทั้งประชาชนในพื้นที่ประกอบอาชีพหาของป่า ล่าสัตว์ ลักลอบตัดไม้ในเขตอุทยาน และมีแรงงานข้ามชาติในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย มีพฤติกรรมไม่ป้องกันตนเอง เช่น ถอดเสื้อกั๊กเนื่องจากอากาศร้อนทำให้มีโอกาสแพร่โรค และได้รับเชื้อโรคไข้มาลาเรีย ประชาชนในพื้นที่ยังขาดความตระหนักรู้ในการป้องกันตนเอง ไม่นอนกางมุ้งในป่า ไม่พายา

กันยุงเนื่องจากมีความเชื่อว่าการกัดของยุงทำให้สัตว์ป่าไม่กล้าเข้ามาใกล้ ไม่สูมไฟไต้ยุง เนื่องจากเกรงว่าเจ้าหน้าที่ป่าไม้จะเห็นแสงไฟในเวลากลางคืนและมีร่องรอยในการติดตามจากเจ้าหน้าที่ได้ง่าย สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2561 เป็นอำเภอบพผู้ป่วยสูงสุดของจังหวัด มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 0, 1, 32, 94, 301, 140 และ 40 ราย ตามลำดับ และ อำเภอนาดีเป็นจังหวัดจะเข็ญเป็นอำเภอบพผู้ป่วยสูงสุดของจังหวัด มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 8, 8, 4, 1, 0, 31 และ 64 ราย ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสะท้อนสภาพปัญหาของโรคไข้มาลาเรียเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ บริบทของพื้นที่ (สภาพแวดล้อม ป่า แหล่งน้ำ) เอื้อต่อการแพร่ระบาด และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะเชื้อมาลาเรีย ประชาชนขาดความรู้และตระหนักในพฤติกรรมป้องกันตนเอง และมีประชาชนแรงงานอพยพเสี่ยงต่อการนำโรคมาแพร่กระจายในพื้นที่ โดยมีผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี (สคร.) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (ศตม.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาล (รพ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2) หน่วยงาน

นอกกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และข้อมูลสถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย สำหรับการนำเข้าสู่การพัฒนาแบบต่อไป

2. ผลการพัฒนาแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 6

ผลการพัฒนาแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 6 ดำเนินการ 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต และ ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ เป็นวงจรแบบขดลวดยกระดับต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2566 จำนวน 5 วงรอบ นำเสนอผลตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผลการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับภาคีเครือข่ายดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี และอำเภอนาดี จังหวัดจะเข็ญ ผลการศึกษาพบว่า มีการกำหนดแผนก่อนดำเนินการระบาดเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วย การพัฒนาศาสนาเคมีภัณฑ์ตกค้าง ชุมมั่งด้วยสารเคมีโดยอำเภอนาดี จังหวัดจะเข็ญ รายละเอียดของแผนเพิ่มอีกประเด็นคือ จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ต้นแบบ ได้แก่อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี และอำเภอท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี	อำเภอท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา
1. ค้นหาผู้ป่วยก่อนฤดูการระบาดปีละ 2 ครั้ง ดำเนินการเดือน ก.ย. และ มี.ค. ทุกปี ผู้รับผิดชอบคือ สสอ./รพ./รพ.สต. โดย ศตม. สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์	1. ค้นหาผู้ป่วยก่อนฤดูการระบาดปีละ 2 ครั้ง ดำเนินการเดือน ก.ย. และ มี.ค. ทุกปี ผู้รับผิดชอบคือ สสอ./รพ./รพ.สต. โดย ศตม. สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์
2. พ่นสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้างตามฝาผนังบ้าน ดำเนินการเดือน ก.ย.และ มี.ค. ทุกปี ผู้รับผิดชอบคือ รพ.สต./อปท. โดย อปท. ซื้อและพ่นสารเคมี และ ศตม. สนับสนุนถึงพ่นสารเคมี	2. พ่นสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้างตามฝาผนังบ้าน ดำเนินการเดือน ก.ย. และ มี.ค. ทุกปี ผู้รับผิดชอบคือ รพ.สต./อปท. โดย อปท. ซื้อและพ่นสารเคมี โดย ศตม. สนับสนุนถึงพ่นสารเคมี
3. ชุบน้ำด้วยสารเคมี ดำเนินการเดือน ก.ย. และ มี.ค. ทุกปี ผู้รับผิดชอบคือ รพ.สต./อปท. โดย อปท. ซื้อสารเคมี	3. ชุบน้ำด้วยสารเคมี ดำเนินการเดือน ก.ย. และ มี.ค. ทุกปี ผู้รับผิดชอบคือ รพ.สต./อปท. โดย อปท. ซื้อถึงพ่นสารเคมีและสารเคมี
	4. จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ดำเนินการก่อนพ่นสารเคมีและเจาะเลือด ผู้รับผิดชอบคือ สสอ./รพ./รพ.สต.

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ ปฏิบัติการตามแผนดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน สอบสวนและควบคุมโรค การแพร่ระบาดโรคระหว่างภาคีเครือข่าย พื้นที่ต้นแบบทั้งสองพื้นที่ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2566 ตามแผนที่วางไว้โดยมีรายละเอียดแตกต่างกันตามบริบท ดังนี้คือการปฏิบัติสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ 1) การประชุมระหว่างทีมเครือข่าย 2) การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก/เชิงรับ และการสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนในพื้นที่

3) การควบคุมยุงพาหะในพื้นที่ 4) การเฝ้าระวังและสอบสวนการแพร่ระบาดโรคไข้มาลาเรีย และการสะท้อนข้อมูลกลับ 5) การดูแลรักษาผู้ป่วยและการติดตามผลการรักษาผู้ป่วย 6) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่าย และ 7) การประชุมถอดบทเรียนมีรายละเอียดการดำเนินงานของทั้งสองพื้นที่ใกล้เคียงกัน ดำเนินการยกระดับขึ้นทุกปี จนเสร็จสิ้นการศึกษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ต้นแบบ ได้แก่ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี และอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี	อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา
1. การประชุมระหว่างทีมเครือข่าย อปท. ไม่เข้ามามีบทบาท และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในกิจกรรมนั้น การประสานงาน การดำเนินงานยาก ไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร ดำเนินการปรับกลยุทธ์ รพ.สต.จับคู่กับ อปท.ประสาน และดำเนินงานร่วมกัน การประสานแผนตามระยะเวลาที่ อปท. กำหนด บรรลุในแผนการดำเนินงานประจำปี ของ อปท. 2. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก/เชิงรับ ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง ไม่สามารถตรวจฟิล์มโลหิต ปรับกลยุทธ์เพิ่มศักยภาพให้ รพ.สต. และอปท. 3. การควบคุมยุงพาหะในพื้นที่ สำรวจการใช้มุ้ง อปท. จัดซื้อน้ำยา จนท.ไม่มีทักษะในการพ่นจัดอบรมให้ 4. การเฝ้าระวังและสอบสวนการแพร่ระบาดกลุ่มแรงงานที่เคลื่อนย้าย ประชาชนที่เดินทางในพื้นที่เสี่ยง การรายงานโรค สสจ. เป็นผู้ลงข้อมูลเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ทั้งหมด 5. การรักษาและการติดตามผู้ป่วย อสม.ติดตามการกินยา รพ.สต. ติดตามผลการรักษา ส่งเลือดตรวจ รพ.ควบคุมคุณภาพการตรวจ สสจ. รายงานระบบมาลาเรียออนไลน์ ศตม. ติดตามผลการรักษา 6. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่าย การจัดทำแผนก่อนการระบาด การเจาะเลือด ฟันสารเคมี การรายงาน 7. ประชุมถอดบทเรียนมีความคลาดเคลื่อนของการดำเนินงาน กิจกรรมใดที่ยังไม่ได้ดำเนินการ นำมาวางแผนในปีต่อไป หรือพูดคุยและปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่	1. หน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาประชุมร่วมกันทุกหน่วยงาน เพิ่มกิจกรรมที่ต้องดำเนินงานตามแนวทางการกำจัดทุก ๆ ปี และมีการแบ่งบทบาทการทำงานชัดเจน มีการประสานงานกันระหว่าง สสอ. รพ.สต. และอปท. 2. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก/เชิงรับ ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง ไม่สามารถตรวจฟิล์มโลหิต ปรับกลยุทธ์เพิ่มศักยภาพให้ รพ.สต. และอปท. 3. การควบคุมยุงพาหะในพื้นที่ สำรวจการใช้มุ้ง อปท. จัดซื้อน้ำยา จนท.ไม่มีทักษะในการพ่นจัดอบรมให้ 4. การเฝ้าระวังและสอบสวนการแพร่ระบาดกลุ่มแรงงานที่เคลื่อนย้าย ประชาชนที่เดินทางในพื้นที่เสี่ยง การรายงาน รพ.จะรายงานผู้ป่วยไข้มาลาเรียออฟไลน์ สสอ. รายงานผลการควบคุมโรค 5. การรักษาและการติดตามผู้ป่วย อสม. ติดตามการกินยา รพ.สต.ติดตามผลการรักษา ส่งเลือดตรวจ รพ.ควบคุมคุณภาพการตรวจ สสจ. รายงานระบบมาลาเรียออนไลน์ ศตม.ติดตามผลการรักษา 6. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่าย การจัดทำแผนก่อนการระบาด การเจาะเลือด ฟันสารเคมี การรายงาน 7. ประชุมถอดบทเรียนมีความคลาดเคลื่อนของการดำเนินงาน กิจกรรมใดที่ยังไม่ได้ดำเนินการ นำมาวางแผนในปีต่อไปหรือพูดคุยและปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่

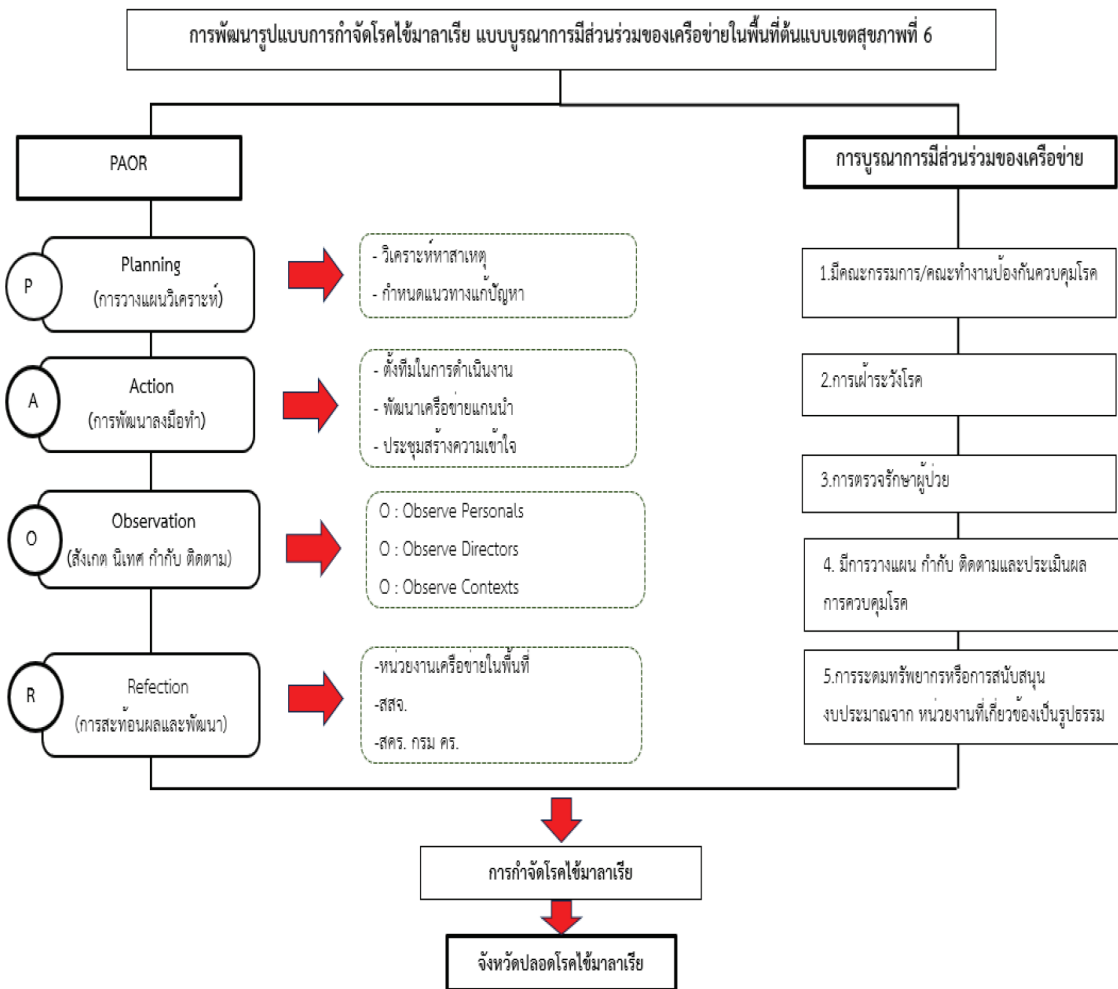
ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต เป็นการทำงานร่วมกัน
ผลการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินวงรอบที่
1-5 ผลการสังเกต ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลของการสังเกตการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ต้นแบบ จำแนกตาม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2566

อำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี	อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา
พ.ศ.2562	
วงรอบที่ 1: พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ชี้แจงทำความเข้าใจ การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย	วงรอบที่ 1: จำนวนผู้ป่วยลดลง กำหนดบทบาทหน้าที่ ภาคีเครือข่ายทุกระดับ
พ.ศ.2563	
วงรอบที่ 2: ไม่พบผู้ป่วย ไม่มีกลุ่มบ้านที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ ภาคีเครือข่ายยังไม่ให้ความสำคัญ เนื่องจากยังมีหน่วยงาน สดม.ในพื้นที่	วงรอบที่ 2: จำนวนผู้ป่วยลดลง แต่ยังมีพื้นที่แพร่เชื้อ มีการประสานงาน รพ.สต. รพ. สสอ.และ อปท.
พ.ศ.2564	
วงรอบที่ 3: ไม่พบผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต.เจาะเลือดกลุ่มเสี่ยง อปท.พ่นสารเคมีและชุบมุ้ง	วงรอบที่ 3: ไม่พบผู้ป่วยในพื้นที่ มีแหล่งแพร่เชื้อโรคลดลง
พ.ศ.2565	
วงรอบที่ 4: คำสั่งแต่งตั้งทีม ประชุมวางแผน จัดทำ Flow chart กำหนดผู้รับผิดชอบ ติดตามกำกับรายงานมาลาเรียออนไลน์ ภาพรวมไม่พบผู้ป่วย	วงรอบที่ 4: ไม่พบผู้ป่วยในพื้นที่ มีแหล่งแพร่เชื้อโรคลดลง รพ.สต. รพ. สสอ. อปท. เป็นแกนหลักดำเนินงาน สสจ. กำกับติดตาม สคร./สดม. สนับสนุนวิชาการ
พ.ศ.2566	
วงรอบที่ 5: ไม่พบผู้ป่วย รายงานในระบบเก็บตัวอย่าง เลือดส่งตรวจ PCR สอบสวนโรค และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม	วงรอบที่ 5: พบผู้ป่วยในพื้นที่ 2 ราย มีแหล่งแพร่โรคลดลง รพ.สต./สสอ.ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ลงข้อมูลเข้าระบบ มาลาเรียออนไลน์ อปท. พ่นสารเคมีและชุบมุ้งด้วยสารเคมี โดย รพ.ติดตามผลการรักษา สสจ.กำกับ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่าทั้งสองพื้นที่มีการปรับกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ประกอบด้วย การจัดทำแผนปฏิบัติการ การสังเกตตรวจสอบและสะท้อนผล การติดตามประเมินขณะปฏิบัติและหลัง

ปฏิบัติการกิจที่ผ่านมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน การมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมประเมิน และร่วมรับผลประโยชน์ ปรับแนวคิด บทบาทการทำงาน ดำเนินการตามแนวทางการกำจัดมาลาเรียด้วยตนเอง อำเภอต้นแบบเป็นพื้นที่ปลอดโรคไข้มาลาเรียได้



ภาพที่ 1 การพัฒนาแบบแผนการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พื้นที่ต้นแบบเขตสุขภาพที่ 6

3. ผลการประเมินผลรูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ต้นแบบ

3.1 จำนวนผู้ป่วย ผู้เสียชีวิตติดเชื้อในพื้นที่และจำนวนแหล่งเชื้อโรค สถานการณ์โรค และจำนวนกลุ่มบ้านที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค ย้อนหลัง 6 ปี (ปี พ.ศ. 2561–2566) จากฐานข้อมูลมาลาเรียออนไลน์ พบว่าจำนวนผู้ป่วยและการติดเชื้อในพื้นที่ต้นแบบลดลงต่อเนื่อง ไม่มีผู้เสียชีวิต ภาพรวมจังหวัดปราจีนบุรีจำนวนผู้ป่วยลดลงมาก โดยเฉพาะอำเภอนาดี ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่และไม่มียุทธศาสตร์ที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อใช้

มาลาเรีย และอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2565 ไม่พบการติดเชื้อในพื้นที่ แต่ปี พ.ศ. 2566 พบติดเชื้อในพื้นที่ 2 ราย สามารถควบคุมการระบาดได้อย่างรวดเร็วและจำนวนกลุ่มบ้านที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อลดลงจากปี พ.ศ. 2561 จำนวน 19 เป็น 4 กลุ่มบ้านในปี 2566 หรือลดลงร้อยละ 78.9

3.2 การเฝ้าระวังโรคตามแนวทางการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามมาตรการ 1–3–7 ผลการประเมินในปี พ.ศ. 2566 พบว่าพื้นที่อำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ ไม่มีการดำเนินมาตรการ 1–3–7 และการติดตามการรักษา และอำเภอท่าตะเกียบ

จังหวัดฉะเชิงเทราในปีพ.ศ.2566 มีผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ 2 ราย สามารถดำเนินมาตรการ 1-3-7 ได้ร้อยละ 100-100-100 และการติดตามการรักษาได้ร้อยละ 100 โดยสรุปทั้ง 2 พื้นที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

3.3 สรุปผลการพัฒนารูปแบบในพื้นที่ต้นแบบ ทั้งสองพื้นที่ด้วยกระบวนการ PAOR พบว่ามีการจัดทำแผนปฏิบัติการ การสังเกตตรวจสอบ และสะท้อนผลกลับ ดำเนินงานเป็นวงรอบของการพัฒนางานต่อเนื่องระหว่าง ปี พ.ศ. 2562- 2566 ตามบริบทของพื้นที่ต้นแบบ โดยมี สคร.6 ชลบุรี และ ศตม.ในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้ ข้อคิดเห็น เสนอแนะและข้อมูลเชิงวิชาการ บูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ประกอบด้วย 6 ประการดังนี้คือ 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงานป้องกันควบคุมโรคฯ 2) การเฝ้าระวังโรค ตามมาตรการ 3) การตรวจรักษาและติดตามผู้ป่วย 4) การวางแผน กำกับติดตามและประเมินผล 5) การระดมทรัพยากร/การสนับสนุนงบประมาณจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย แบบ บูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตสุขภาพที่ 6 การคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ และพื้นที่อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามเกณฑ์คัดเลือกสามประการคือพื้นที่ที่ศึกษายังคงมีการ แพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง และยินดีเข้าร่วมตลอดโครงการวิจัย ทั้งสองพื้นที่ยังคงมีสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียแพร่ระบาด ภาคีเครือข่าย ในพื้นที่เห็นความสำคัญในการดำเนินงาน มีประสบการณ์ ในการแก้ปัญหา ฉะนั้นการเป็นพื้นที่ต้นแบบจึงเป็นการ ทดสอบระบบการทำงานของพื้นที่จากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น ตามแนวทางยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทย การประยุกต์รูปแบบพัฒนาการกำจัดโรค ไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับพื้นที่โดยอาศัยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอและตำบล^(6,7) ตามรูปแบบ PAOR ประกอบด้วย การวางแผนการดำเนินการ (P: Planning) การลงมือปฏิบัติ (A: Action) การสังเกต

(O: Observation) การสะท้อนผล (R: Reflection) สะท้อนคืนผลการดำเนินงาน และปรับปรุงแผนติดตาม ประเมินผลเป็นรอบระหว่างปีพ.ศ. 2562-2566 ร่วมกับ กลไกการบริหารงานของ อปท.ที่สามารถวางแผนหรือ ปรับแผนการพัฒนาท้องถิ่น⁽⁸⁾ให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ต้องใช้ระยะเวลาทำความเข้าใจกับพื้นที่

การปรับกระบวนการทัศน์ในการทำงานควบคุมป้องกัน โรคไข้มาลาเรีย การบูรณาการงาน การใช้ทรัพยากร ร่วมกับทุกภาคส่วน เป็นการปรับบทบาทภารกิจให้ทุก หน่วยงานรู้บทบาท มีเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน ค่อยเพิ่มกิจกรรมต่าง ๆ ให้พื้นที่เกิดความมั่นใจใน กระบวนการของกิจกรรมดำเนินงาน และสามารถพัฒนาระบบ กลไก แนวทาง กระบวนการ วิธีหรือเครื่องมือ มาตรการ และกิจกรรมต่าง ๆ ตามแนวทางกำจัดโรค ไข้มาลาเรียได้ มีการถ่ายโอนภารกิจให้พื้นที่ดำเนินการ เองตามบทบาทหน้าที่ตนโดยมี สสจ.และ สคร.6 ชลบุรี/ ศตม. เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนและกำกับติดตามการดำเนินงาน รูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) การมีคณะทำงาน/ ทีมทำงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย 2) การเฝ้าระวัง โรคตามมาตรการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 3) การตรวจรักษา และติดตามผู้ป่วย 4) การวางแผน กำกับติดตามประเมินผล และ 5) การระดมทรัพยากรและการสนับสนุนงบประมาณ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับ การศึกษาของปิยะพร หวังรุ่งทรัพย์ และคณะ ที่พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้โรคมลาเรียขั้นพื้นฐานอยู่ใน เกณฑ์ระดับดีปานกลาง ยังต้องเพิ่มพูนเรื่องเชื้อดื้อยา รักษา มาลาเรีย และการมีเจตคติด้านบวกต่องานควบคุม ป้องกันโรคมลาเรีย ควรเน้นการฝึกปฏิบัติให้ผู้เรียนได้ เรียนรู้การแก้ปัญหาเพื่อนำสิ่งที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติงานได้จริง เปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุข ระดับอำเภอและตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ป้องกันควบคุมโรคมลาเรียร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วย ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง⁽⁹⁾ และจอมขวัญ โยธา สมุทรและคณะ พบว่าการประสานนโยบาย ความร่วมมือ และการกำกับติดตามและประเมินผลยังมีช่องว่างใน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ขาดแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจจาก กรมควบคุมโรคไปยังหน่วยบริการสุขภาพและ อปท. ที่ชัดเจน ให้สามารถสื่อสารกับหน่วยปฏิบัติในพื้นที่รับ ทราบ ทั้งนี้หน่วยงานฝ่ายสาธารณสุข เช่น สสอ. รพ.สต. รับทราบเรื่องแนวคิดการถ่ายโอนภารกิจ แต่ไม่ทราบ รายละเอียดรวมถึงรูปแบบของการถ่ายโอนดังกล่าว ขณะที่อปท. รับทราบว่าฝ่ายสาธารณสุขต้องการให้อปท. สนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการดำเนินการ พัฒนารูปแบบฯ จึงเป็นความท้าทายในการดำเนินการ และใช้วิกฤติเป็นโอกาสในขณะที่ยังมีสถานการณ์ระบาด ให้สามารถทดลองการพัฒนารูปแบบฯ และสามารถเห็น ผลลัพธ์ของการปฏิบัติจริงในพื้นที่ สคร. จึงควรหา แนวร่วมสำคัญ โดยให้ สสจ. เป็นแกนนำร่วมกับ สคร./ ศตม. เป็นทีมพี่เลี้ยง เป็นทีมเดียวกัน เนื่องจากจำเป็นต้องอาศัยทักษะและองค์ความรู้เฉพาะด้านโรค ไข้มาลาเรีย ทั้ง Mentoring และ Coaching ไปพร้อมกัน เพื่อทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมาย การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายทั้งบุคลากร ข้อมูล งบประมาณ และวัสดุ อุปกรณ์ สอดคล้องกับจุฬารัตน์ หัวหาญ และ อรชร อินทองปาน พบว่าระบบโค้ชได้ผลดีในการพัฒนา ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ โดยกระบวนการโค้ชเริ่มต้นที่การทำความเข้าใจปัญหา หรือแรงจูงใจเป้าหมาย ค้นหาอุปสรรคที่ต้องการก้าวข้าม สร้างความตระหนักรู้ และวางแผนเพื่อสร้างความ เปลี่ยนแปลงไปสู่เป้าหมาย⁽¹¹⁾

จากผลการดำเนินการการพัฒนารูปแบบฯ ทั้งสอง พื้นที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ต้นแบบ ลดลงมาก โดยอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. 2563-2566 ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 10 คนในพื้นที่ที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรีย และขยายรูปแบบฯ การดำเนินงานทั่วทั้งจังหวัดปราจีนบุรี จากการประเมิน ตามตัวชี้วัดปี พ.ศ. 2566 อำเภอนาดีผ่านเกณฑ์ประเมิน ทุกตัว แต่เมื่อพิจารณาผลงานภาพจังหวัดปราจีนบุรี เกณฑ์การมีระบบแจ้งเตือนสอบสวนและตอบโต้

(มาตรการ 1-3-7) และการติดตามการรักษาดำเนินการ ได้ร้อยละ 75.00, 75.00, 0.00 และการติดตาม การรักษาร้อยละ 50.00 ต่ำกว่าเป้าหมาย มาตรการ 1-3-7 : ร้อยละ 95-95-95 และการติดตามการรักษา ร้อยละ 60 ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน เนื่องจากพบผู้ป่วย โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่อำเภออื่นๆ และมีการเปลี่ยน ผู้รับผิดชอบงานใหม่ ไม่มีระบบการถ่ายทอดประสบการณ์ การทำงาน ผู้รับผิดชอบงานใหม่ขาดทักษะและ ประสบการณ์การดำเนินงาน สสจ. ดำเนินการจัดเวที ถอดบทเรียน จัดทำคู่มือแนวทาง และทบทวนแนวทาง การดำเนินงานของรพ. รวมทั้งภาพรวมของจังหวัดอีกครั้ง หนึ่ง แต่จากการสอบสวนโรคไม่พบการติดเชื้อมากกว่า 10 คนในพื้นที่ แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้จะมีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย เข้ามาในพื้นที่ (Imported case) การมีมาตรการค้นหา สกัดกั้นและสามารถป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อ ต่อเนื่อง พื้นที่มีการบูรณาการงาน โดยมีระบบแจ้งเตือน สอบสวนและตอบโต้ตามมาตรการ 1-3-7 ในพื้นที่ ทำให้ ไม่เกิดการติดเชื้อมากกว่า 10 คนในพื้นที่

การประเมินจังหวัดปลอดโรคไข้มาลาเรีย มีเกณฑ์ สำคัญคือ พื้นที่ในจังหวัดดังกล่าวต้องปลอดการแพร่เชื้อ ทุกพื้นที่ ไม่มีการรายงานผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 10 คน ต่อเนื่อง ระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และมีศักยภาพในการป้องกัน การกลับมาแพร่เชื้อใหม่ตามเกณฑ์ที่กำหนด⁽¹²⁾ ส่งผลให้ ในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดปราจีนบุรี ได้รับรองเป็นจังหวัด ปลอดโรคไข้มาลาเรีย และเป็นพื้นที่ตัวอย่างในการจัดทำ แผนป้องกันการกลับมาแพร่เชื้อใหม่ของจังหวัดปราจีนบุรี (Prevention of Re-introduction: POR) ดำเนินการได้ จริงเช่นเดียวกับอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจากปี พ.ศ. 2561 จำนวน 64 ราย (สูงสุดในจังหวัด) ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2565 ไม่พบผู้ป่วย และในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 10 คน 2 ราย การดำเนินการตามมาตรการ 1-3-7 และการติดตามการรักษาผ่านเป้าหมายร้อยละ 100 ทุกกระบวนการ พื้นที่มีการบูรณาการงานร่วมกัน แบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน สามารถดำเนินการ ควบคุมการระบาดได้อย่างรวดเร็ว และไม่มีกรณีการแพร่เชื้อ ไปสู่พื้นที่อื่น โดยจังหวัดฉะเชิงเทรา มีแผนขอรับการ

ประเมินจังหวัดปลอดโรคไข้มาลาเรียในอีก 3 ปีข้างหน้า และปัจจุบันได้มีการขยายการพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งเขตสุขภาพที่ 6

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 6 สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 6 โดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานรวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ ใช้ข้อมูลของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ในการติดตามสอบสวนโรคและการรักษา พร้อมทั้งนำผลดังกล่าวไปสู่การวางแผนร่วมกัน เน้นการทำงานเชิงรุกในการค้นหาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยง และติดตามการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และคืนข้อมูลผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ผลรูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 6 สะท้อนให้เห็นว่ายังมีความจำเป็นสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (ศตม.) โดยเฉพาะความก้าวหน้าของวิชาการสมัยใหม่ของโรคไข้มาลาเรีย เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้บุคลากรของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (ศตม.) ในการนำหลักวิชาการสู่การปฏิบัติพื้นที่อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นการยกระดับการทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่

2. ควรพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่มีการถ่ายโอนภารกิจ (รพ.สต.) ภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยเฉพาะพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมเครือข่ายคณะทำงานโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี และอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดปราจีนบุรี ได้แก่เจ้าหน้าที่ สสจ. สสอ. รพ. รพ.สต. และ อปท. ที่ร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคแบบบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 6

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียปี 2564-2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2066]. เข้าถึงได้จาก: https://malaria.ddc.moph.go.th/downloadfiles/Elimination_malaria_y2564-2568_plan.PDF
2. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2559.
3. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง. แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2562.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อการป้องกันการกลับมาแพร่เชื้อใหม่ของโรคไข้มาลาเรีย; 6-8 กรกฎาคม 2565; ณ โรงแรมเดอะไฮด์ บางแสน. ชลบุรี; สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี; 2565. หน้า 5-9.
5. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Australia: Deakin University Press.; 1988.

6. สำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค. คู่มือการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล (CDCU/SRRT). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2562.
7. กองโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการโรคไข้มาลาเรีย (Malaria Hazard Specific Plan) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2066]. เข้าถึงได้จาก: <https://malaria.ddc.moph.go.th/downloadfiles/MalariaHazard-SpecificPlan.PDF>
8. สำนักพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. คู่มือการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา แผนพัฒนาสามปีแผนปฏิบัติการและการติดตามประเมินผล. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น; 2565.
9. ปิยะพร หวังรุ่งทรัพย์, สุพจน์ รัตนเพียร, สุธน คุ่มเพชร, สถิต บุญเป็ง, ปรีชา เปรมปรี. การประเมินศักยภาพความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขด้านมาลาเรียเพื่อรองรับงานกำจัดโรคมาลาเรียในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561; 27(4): 663-72.
10. จอมขวัญ โยธาสุมทร, วิไลลักษณ์ แสงศรี, วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, ศรีเพ็ญ ตันติเวช. การประเมินผลยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศ และระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (ยุทธศาสตร์ที่ 3) ภายใต้ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/documents/183244>.
11. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, อรชร อินทองปาน. การวิจัยและพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558; 25(1): 167-77.
12. กองโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินรับรองจังหวัดปลอดโรคไข้มาลาเรีย ปี 2565. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2565.